

Manual do Segurado Acidentes Pessoais MetLife

Olá!

Estamos felizes em garantir sua Proteção. Agora, você conta com a cobertura da MetLife, uma das seguradoras mais conceituadas do país, junto com a gente.

Criamos este Manual do Segurado para te ajudar com as informações sobre o **seu Seguro Acidentes Pessoais MetLife**. Além disso, aqui você poderá conhecer melhor as coberturas contratadas e os benefícios do seguro. Por isso, é muito importante que você leia com atenção, combinado?

Ah, importante lembrar que esse material é apenas um resumo de todas as coberturas disponíveis no Seguro Acidentes Pessoais Inove, sendo que as coberturas contratadas por você são as que constam em seu Certificado Individual.

Observação: Este documento é um resumo das Condições Gerais.

1. Objetivo do seguro

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a(os) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

2. Definições

2.1. **Segurado:** é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

2.2. **Prêmio:** é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) cobertura(s) contratada(s) e informado no Certificado Individual do Seguro.

2.3. **Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura (s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio.

2.4. **Capital Segurado:** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado Contratado.

2.5. **Franquia:** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

2.6. **Coberturas:** É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a Seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes no certificado individual.

2.7. **Comoriência:** é a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas do segurado e beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

2.8. **Sinistro:** é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.

2.9. **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora ao Segurado, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das coberturas.

2.10. **Riscos excluídos:** são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro. **Condições Contratuais:** é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

2.11. **Doença preexistente:** é qualquer condição de saúde ou doença que uma pessoa tem conhecimento antes de contratar o Seguro. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

2.12. **Interesse legítimo:** vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

2.13. **Proponente:** é a pessoa física ou jurídica cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

2.14. **Proposta de Adesão:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse e o risco a ser garantido, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva do seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.15. Questionário de Avaliação de Risco: é o documento que engloba a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA), conjunto de questões sobre as características do segurado, do objeto segurado e do risco, produzido e submetido pela Seguradora, o qual deve ser respondido pelo Proponente para fins da avaliação e aceitação do risco e que é parte integrante da proposta.

3. Riscos Excluídos

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças e acidentes preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da resposta ao Questionário de Avaliação de Risco. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da Cobertura Doenças Preexistentes específicas declaradas no Questionário de Risco que integra a Proposta de Adesão.

d) Nestas hipóteses, o Certificado Individual discriminará a(s) Doença(s) Preexistente(s) objeto(s) de exclusão de Cobertura.

e) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do seguro; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

e.1) A presente exclusão não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;

i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.2. Na hipótese de o sinistro decorrer de ato doloso praticado por um dos beneficiários contra a vida do segurado, será excluído da Cobertura o Beneficiário responsável, mantendo-se o direito dos demais Beneficiários ao recebimento da indenização, proporcionalmente ao valor que lhes couber.

3.3. Não haverá Cobertura securitária, para nenhum Beneficiário, quando o Seguro tiver sido celebrado com o objetivo de fraudar a Seguradora, inclusive nos casos em que o sinistro tenha sido premeditado ou provocado com essa finalidade.

4. Coberturas Disponíveis

4.1. Morte Acidental

Esta cobertura, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, de acordo com o capital contratado, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

4.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: Esta cobertura garante o pagamento de uma Indenização ao Credor em caso de Invalidez Permanente e Total do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

4.2.1. Invalidez Permanente Total por Acidente é a perda ou impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos, decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento, e quando da alta médica definitiva. É considerada Invalidez Permanente e Total por Acidente:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos; ou
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores; ou
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores; ou
- d) Perda total do uso de ambas as mãos; ou
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior; ou
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés; ou
- g) Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h) Alienação mental total e incurável; ou
- i) Nefrectomia bilateral

4.3. Nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem abolirlos por completo, não haverá Indenização a ser paga, pois a Cobertura estabelecida nesta Cláusula Adicional limita-se a riscos de Invalidez Permanente Total por Acidente.

4.4. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da Indenização.

4.5. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista acima, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula Adicional.

4.6. Além dos riscos expressamente excluídos da Cobertura básica e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da Cobertura desta Cláusula Adicional, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- b) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- c) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

5. Assistências Disponíveis

- 5.1. Anexo I – Assistência Intercorrência Cirúrgica
- 5.2. Anexo II – Lista de eventos cobertos

6. Elegibilidade

- 6.1. Limite de idade de 18 (dezoito) anos e máximo de 80 (oitenta) anos na data da adesão.

7. Capital/Plano

COBERTURAS	CAPITAIS
Produtos	AP
Morte Acidental	R\$ 22.000,00
IPTA	R\$ 22.000,00
Assistência	Intercorrência Cirúrgica

8. Vigência

- 8.1. Vigência individual de 12 (doze) meses.
- 8.2. O início de vigência do Seguro, se aceita a proposta, terá início a partir das 24 (vinte e quatro horas) da data do pagamento do prêmio do Seguro, e constará no Certificado Individual.
- 8.3. As coberturas contratadas terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual.

9. Acúmulo de Risco

- 9.1. Limite máximo de capital por CPF conforme tabela de coberturas e capitais.

10. Custeio do seguro

- 10.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio estabelecida contratualmente é não contributória - aquele em que o Seguro não é custeado pelo Segurado.

11. Beneficiários

É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

10.1. Cabe ao Segurado, por manifestação expressa de vontade, a qualquer tempo, antes da ocorrência do sinistro, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s).

10.2. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do sinistro. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, exonerá-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

10.3. A substituição do Beneficiário não poderá ser efetuada se o Seguro tiver como Interesse Legítimo declarado a garantia de alguma obrigação, enquanto essa obrigação existir, ou sem que seja declarado novo Interesse Legítimo referente ao beneficiário que se pretende indicar.

10.4. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração ou ato de última vontade.

10.5. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência.

10.6. Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

10.7. Caso a seguradora não tenha sido informada sobre a substituição do beneficiário ocorrida por ato entre vivos ou declaração de última vontade do Segurado, estará desobrigada de qualquer responsabilidade ao realizar o pagamento ao beneficiário anteriormente indicado.

10.8. Caso o Segurado seja separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

10.9. Não prevalecerá a indicação de Beneficiário nas hipóteses de revogação da doação por ingratidão, conforme previsto na legislação civil.

12. Cancelamento

A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

9.1. A qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;

9.2. No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;

9.3. Por inadimplência nos termos da cláusula 13.5 e seguintes.

9.4. na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

9.5. Com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;

9.6. Na hipótese do Segurado, seu(s) preposto(s) ou seu(s) Beneficiário(s) agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

9.7. O Segurado tem o direito de arrependimento, tornando o Seguro nulo de pleno direito no prazo de 7 (sete) dias, a partir do Início de Vigência da Apólice, mediante requerimento feito à Seguradora através de seus canais de atendimento. Com o recebimento da solicitação do arrependimento, a Seguradora devolverá qualquer Prêmio recebido, livre de taxas ou encargos e atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da devolução do seu valor.

11. Reenquadramento E Atualização Dos Valores Do Seguro

11.1. O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, será atualizado anualmente, no aniversário da Apólice pela aplicação do percentual de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

11.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

12. Procedimentos Em Caso De Sinistro

12.1. Na ocorrência de sinistro o(s) Segurado/Beneficiário(s) deverá(ão) entrar em contato com a Seguradora pela Central de Atendimento, por escrito ou deverá(ão) dar entrada nas documentações de forma eletrônica, enviando cópia dos documentos de abertura e informações complementares.

12.2. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la, prazo este contado da data de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, a apresentação dos documentos previstos na Cobertura pleiteada e documentos e informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados na Apólice.

12.3. Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis e claros.

12.4. Reconhecida a cobertura, a seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura.

12.5. O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

12.6. Os documentos básicos para a análise da Cobertura estão expressamente listados no item das condições especiais de cada Cobertura.

12.7. Dúvidas consultar: <https://www.metlife.com.br/suporte-e-servicos/vida/formulario/>

13. Cobrança E Pagamento Dos Prêmios

13.1. É de responsabilidade do Estipulante a cobrança e repasse para Seguradora do Prêmio do Seguro.

13.2. A periodicidade de pagamento será mensal.

13.3. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

13.4. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

13.5. O não pagamento da primeira parcela ou do prêmio único até o vencimento, implicará no cancelamento automático do Seguro, sem direito à cobertura, salvo disposição contratual expressa em sentido contrário.

13.6. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, superior a 45 (quarenta e cinco) dias consecutivos ou alternados, o Estipulante e o Segurado serão notificados por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

13.7. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das Coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

13.8. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência e não purgada a mora, a Seguradora suspenderá a Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado e ao Estipulante, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

13.9. O recebimento da notificação, ou a recusa em recebê-la, pelo Segurado ou pelo Estipulante, formalizará o cancelamento do Seguro.

13.10. Caso o Estipulante e/ou Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja localizado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para regularização da parcela em atraso, previsto na notificação, terá início na data em que a tentativa de entrega for considerada frustrada.

14. Disposições Finais

As cláusulas e disposições aqui descritas constituem um resumo das principais condições do seguro. Restrições se aplicam. O produto se encontra registrado na SUSEP sob o Processo nº 15414.003220/2010-81, Grupo e Ramo nº 0982 sendo de responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência S/A, CNPJ: 02.102.498/0001-29, código SUSEP 0635-1, Endereço Av. Eng. Luis Carlos Berrini, 1253 – 15º Andar. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP e podem ser consultadas através do número de processo constante neste documento no site www.susep.gov.br ou pelo Disque SUSEP: 0800 021 8484 - 0800-021-8484 (dias úteis das 9:30h às 17:00h). SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

O registro do produto na SUSEP é automático e não implica aprovação, recomendação por parte da autarquia.

Recomenda-se a leitura atenta das Condições Gerais, disponíveis para consulta no endereço eletrônico www.metlife.com.br. O segurado ou quaisquer interessados podem verificar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora diretamente no site da SUSEP: www.susep.gov.br. A Política de Privacidade da Informação da MetLife está disponível no site <https://www.metlife.com.br/politica-de-privacidade/> ou através da Central de Atendimento ao Cliente. A FRAUDE CONTRA SEGUROS É CRIME DENUNCIE (21) 2253-1177 OU 181 – WWW.FENASEG.ORG.BR.

Plataforma oficial para registro eletrônico de reclamações por consumidores: www.consumidor.gov.br

A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se aplicável. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer voluntariamente declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário a Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora. A omissão ou erro culposos acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas. Se diante dos fatos não revelados, tornarem tecnicamente impossível a Cobertura ou se o Risco não for normalmente aceito pela Seguradora, o seguro será cancelado em relação ao segurado envolvido, mantendo-se a obrigação do segurado em ressarcir as Despesas de Contratação realizadas pela Seguradora.

Este seguro possui vigência determinada, facultando à Seguradora a opção por não renovar a apólice no vencimento, sem obrigação de devolução dos prêmios pagos, conforme disposto nas condições contratuais.

O acesso à apólice poderá ser realizado por meio do portal eletrônico da MetLife, disponível em www.metlife.com.br, mediante cadastro prévio de usuário e senha pessoal e intransferível. Após login, o segurado poderá consultar integralmente sua apólice e efetuar o download do respectivo documento.

15. Central de Atendimento:

Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 Life - 3003 5433 (Segunda a sexta das 9h às 18h - exceto feriados, capitais e grandes centros) e 0800 MetLife - 0800 638 5433 (Segunda a sexta das 9h às 18h - exceto feriados, demais localidades) | SAC - Serviço de Apoio ao Cliente para reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios: 0800 746 3420 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Ouvidoria: 0800 202 1264 (Segunda a sexta das 9h às 18h - exceto feriados, em todo Brasil)

Anexo I – Assistência Intercorrência Cirúrgica

1. Objetivo

1.1. Este Serviço Complementar oferece proteção financeira para você e para a clínica, cobrindo despesas caso aconteça alguma intercorrência (complicação) relacionada às cirurgias contratadas, como Catarata, Hérnia, Vesícula, Varizes ou Amígdala.

1.2. A assistência é pessoal, individual e intransferível, e pode ser realizada de duas formas:

- **Pagamento direto:** Quando o atendimento da intercorrência é realizado em clínicas e hospitais credenciados à rede.
- **Reembolso:** Quando o atendimento ocorre fora da rede credenciada, com valores reembolsados conforme tabelas de referência disponíveis no mercado.

2. Âmbito Territorial

2.1. A cobertura é válida para intercorrências em todo o território nacional, independentemente do local onde a cirurgia original foi realizada. Caso existam hospitais credenciados na localidade da intercorrência, o paciente será direcionado a eles

3. Abrangência da Cobertura

3.1. A assistência cobre despesas médicas e hospitalares necessárias para:

- Diagnóstico, tratamento, recuperação e restabelecimento do paciente após complicações diretas do procedimento cirúrgico contratado, até a alta hospitalar.
- Inclui despesas com outras especialidades médicas, desde que as intercorrências sejam diretamente relacionadas à cirurgia original.

3.2. Importante: Não há cobertura para complicações causadas por doenças preexistentes, concomitantes ou supervenientes, como descompensação de condições de saúde anteriores.

4. Riscos Cobertos

4.1. A assistência cobre os seguintes itens, desde que relacionados diretamente às intercorrências trans e pós-operatórias do procedimento cirúrgico contratado:

- Exames laboratoriais e de imagem (SADT – Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia);
- Honorários médicos (exceto do cirurgião responsável pelo procedimento original);
- Transfusões de sangue, oxigênio e sua aplicação (exceto oxigenoterapia hiperbárica);
- Diárias de internação em enfermaria, ou UTI;
- Transporte em ambulância (**até 100 km de distância**);
- Tratamentos clínicos e cirúrgicos relacionados às intercorrências;

- Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), desde que justificado tecnicamente para o tratamento da intercorrência

5. Riscos Excluídos

5.1.1. Não serão cobertos pela assistência os seguintes itens ou situações:

- **Complicações causadas por negligência ou culpa exclusiva do paciente ou de terceiros não relacionados à equipe médico-hospitalar.**
- **Problemas com órteses, próteses ou equipamentos hospitalares devido a defeitos de fabricação, conservação ou manuseio.**
- **Danos causados por acidentes naturais ou fenômenos da natureza.**
- **Complicações sem relação direta com o procedimento cirúrgico contratado.**
- **Problemas estéticos, como cicatrizes hipertróficas, queloides, assimetrias, estrias, flacidez, fibrose, irregularidades na pele, entre outros.**
- **Tratamentos continuados, permanentes ou experimentais, como homecare, quimioterapia, radioterapia, transplantes de órgãos, diálises, entre outros.**
- **Outros itens específicos, como oxigenoterapia hiperbárica, ozonioterapia, curativos a vácuo, sequelas motoras, neurológicas, AVC, paralisias, danos corporais, estéticos, morais, judiciais, entre outros.**

6. Limites da Cobertura

6.1. O valor máximo pago ou reembolsado por intercorrências será de até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). A definição do valor a ser pago ou reembolsado será determinado a partir da comprovação do custo realizado por meio de documentos (Nota Fiscal) e respeitando os limites estabelecidos nas tabelas de referência (SIMPRO, BRASÍNDICE, CBHPM 16, entre outras).

6.2. Despesas que ultrapassem esse limite são de responsabilidade da clínica e/ou do paciente.

7. Elegibilidade

7.1. Para ter direito à assistência, é necessário cumprir as seguintes condições:

• **Restrições de Elegibilidade:**

- A cobertura é válida para pacientes com classificação de risco cirúrgico até **ASA II**.
- Pacientes **ASA III ou superior** não possuem autorização automática e serão submetidos à avaliação individual pela área técnica, que poderá aprovar ou negar conforme análise.
- Não é permitido contratar a assistência para cirurgias realizadas no mesmo dia da inclusão.

8. Perda do Direito à Cobertura

8.1. O direito à assistência será perdido nas seguintes situações:

- Comunicação da intercorrência após o término da vigência do contrato (60 dias, conforme contratado).
- A cobertura é válida apenas para pacientes **ASA I e ASA II**. Se for identificado depois que o paciente era **ASA III ou superior**, a assistência poderá ser negada.
- Não haverá assistência para intercorrências listadas como “**Riscos Excluídos**”.
- Manipulação de informações (ex.: datas, estado de saúde) para obter cobertura indevida.
- Uso de produtos não aprovados pela Anvisa, como polimetilmetacrilato (PMMA).

9. Vigência da Assistência

9.1. **Início:** A cobertura começa no momento do ato cirúrgico contratado, desde que a inclusão do beneficiário tenha sido realizada até às 23h59 do dia anterior.

9.2. **Término:** A vigência padrão é de 60 dias após a data do ato cirúrgico, conforme contratado.

9.3. **Prazo para Correção de Intercorrências:** Procedimentos para tratar intercorrências podem ser realizados em até 365 dias após o ato cirúrgico original.

10. Condições de Reembolso

10.1. Para que as despesas sejam reembolsadas, é necessário:

- Que a intercorrência seja diretamente relacionada ao procedimento cirúrgico cadastrado.
- Que o cirurgião responsável pelo procedimento original seja um profissional legalmente habilitado.
- Que a intercorrência seja comunicada e diagnosticada dentro do prazo de vigência (60 dias).

10.2. **Itens Não Cobertos no Reembolso:**

- Honorários do cirurgião responsável pelo procedimento original.
- Cirurgias reparadoras relacionadas a outros procedimentos cirúrgicos.
- Materiais, medicamentos, curativos, terapias e fisioterapias realizados fora do período de internação hospitalar.

- Despesas relacionadas a planos de saúde (coparticipações, mensalidades, etc.).

11. Transporte de Ambulância

11.1. A cobertura de transporte em ambulância é limitada a:

- Casos de urgência ou emergência médica, comprovados por relatórios médicos com dados objetivos (ex.: saturação de oxigênio, pressão arterial, etc.).
- Distância máxima de 100 km e até 3 trechos.
- A clínica é responsável por contratar o serviço de ambulância.

12. Documentação

12.1. Abertura de Intercorrência:

- Relatório médico legível com hipótese diagnóstica e conduta médica relacionada à intercorrência com data e hora da constatação (assinado e carimbado).

12.2. Consulta Médica

- Evolução da consulta;
- Prescrição médica (caso tenha utilizado medicamentos dentro do ambiente hospitalar ou realizado exames);
- Detalhamento de despesas (fatura);
- Nota fiscal;
- Dados bancários para reembolso;
- Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Assistência intercorrência cirúrgica para pagamento a terceiros)
- Documento de identificação com foto do paciente (frente e verso).

12.3. Exames:

- Resultados dos exames laboratoriais;
- Laudos dos exames de imagens;
- Nota fiscal;
- Dados bancários para reembolso;
- Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Assistência intercorrência cirúrgica para pagamento a terceiros)
- Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

12.4. Internação:

- Prescrição médica;
- Evoluções médicas e de enfermagem;
- Resultados dos exames caso tenha realizado;
- Detalhamento de despesas (fatura);

- Caso haja necessidade de transfusão de hemocomponentes:
- Exame de Hemograma;
- Comprovante de transfusão com o lacre;
- Nota fiscal;
- Dados bancários para reembolso;
- Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Assistência intercorrência cirúrgica para pagamento a terceiros)
- Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

12.5. Transfusão de Hemocomponentes

- Exame de Hemograma;
- Comprovante de transfusão com o lacre;
- Nota fiscal;
- Dados bancários para reembolso;

- Termo de autorização de pagamento preenchido e assinado conforme ID; (Documento fornecido pelo Assistência intercorrência cirúrgica para pagamento a terceiros)
- Documento de identificação com foto do paciente frente e verso.

12.6. Transporte em Ambulância – (até 100km e no máximo três trechos)

- Relatório de transporte do paciente carimbado e assinado pelo responsável da remoção, médico ou enfermeiro, conforme o tipo de remoção realizada;
- Nota fiscal;

12.7. Laudo da Banca Interna

- Relatório emitido pela banca médica em auditoria, com parecer favorável à solicitação, devidamente assinado e carimbado.

Anexo II – Lista de eventos cobertos

#	PROCEDIMENTO
1	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO
2	REMOÇÃO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG-LASER
3	COLECISTECTOMIA
4	HERNIORRAFIA INGUINAL
5	HERNIORRAFIA UMBILICAL
6	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA
7	HERNIORRAFIA INCISIONAL
8	HERNIORRAFIA SEM RESSECÇÃO INTESTINAL ENCARCERADA
9	DIÁSTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS – TRATAMENTO CIRÚRGICO; HERNIORRAFIA UMBILICAL
10	VARIZES
11	ADENOIDECTOMIA
12	ADENO-AMIGDALECTOMIA
13	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA - UNILATERAL; ADENO-AMIGDALECTOMIA BILATERAL
14	TRATAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA
15	LAPAROTOMIA EXPLORADORA, OU PARA BIÓPSIA, OU PARA DRENAGEM DE ABSCESSO, OU PARA LIBERAÇÃO DE BRIDAS EM VIGÊNCIA DE OCLUSÃO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Identificação interna do documento 2VGSRFVDC9-4TCJF71



Nome do arquivo:

Manual_do_Segurado_VF_202601071011207890540.pdf

Data de vinculação à solicitação: 07/01/2026 10:11

Aplicativo: 235883



A autenticidade desse documento pode ser conferida no endereço <https://amorsaude.zeev.it/check>, informando o Número do aplicativo 235883 e Verificador 4TCJF71