



Aplica-se o disposto nas Condições Gerais do seguro Real Vida Saúde – DG a tudo o que não estiver especificamente definido nas Condições Especiais das respectivas Coberturas.

## DOENÇAS GRAVES

### ARTIGO 1.º

#### ÂMBITO DA COBERTURA

1. A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas, com diagnósticos, tratamentos, internamentos, cuidados continuados, cuidados paliativos, serviços ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou Situações Clínicas a seguir indicadas, desde que os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico ocorram durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respectivo período de carência.

2. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com as seguintes doenças ou procedimentos:

#### Cancro

##### **O que está seguro:**

Doença que se manifeste pela presença de um tumor maligno caracterizado por um crescimento descontrolado de células malignas e invasão de tecidos (localmente ou à distância). O termo “cancro” inclui as leucemias, as doenças malignas do sistema linfático (como Doença de Hodgkin) e todas as formas de tumores “in situ” (tumores de pequenas dimensões, sem metastização).

O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida.

No âmbito desta patologia (cancro) não se encontram garantidas as situações clínicas abaixo referidas.

##### **O que não está seguro:**

- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno;
- Cancro da próstata em estadio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas;
- Melanoma maligno estadio IA (T1a, 1b, 1c);
- Displasia do colo do útero e Sarcoma de Kaposi;
- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana (HIV).

#### Cirurgias das Artérias Coronárias

##### **O que está seguro:**

Tratamento cirúrgico de revascularização das artérias coronárias, na cardiopatia isquémica. Encontram-se incluídos a cirurgia convencional (de pontagem ou by-pass) e o tratamento endovascular (angioplastia com balão e/ou colocação de stent) destinado à dilatação destas artérias.

No âmbito das cirurgias das artérias coronárias não se encontram garantidas as cirurgias e procedimentos abaixo referidos.

##### **O que não está seguro:**

- Cirurgias causadas por lesões traumáticas da aorta;
- Cirurgias motivadas por alterações congénitas;
- Técnicas não cirúrgicas como o tratamento de estenoses/obstruções com laser, e qualquer outra técnica que não requeira abertura cirúrgica do tórax (toracotomia), com excepção da angioplastia com balão e/ou com colocação de stent.

#### Enfarte do Miocárdio

##### **O que está seguro:**

Morte (necrose) de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência de fluxo sanguíneo local. Esta necrose deve ser recente e claramente objectivada por todos os critérios a seguir indicados:

- a) História de pré-cordalgias características da cardiopatia isquémica (angina de peito);
- b) Alterações electrocardiográficas específicas do enfarte do miocárdio;
- c) Elevação das enzimas cardíacas específicas do enfarte do miocárdio, ou de outros marcadores bioquímicos característicos desta patologia.

No âmbito do enfarte do miocárdio não se encontram garantidas as situações clínicas abaixo referidas.

##### **O que não está seguro:**

- Sequelas e cicatrizes de enfartes do miocárdio diagnosticados em electrocardiograma;
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST e com elevação isolada da Troponina I ou T;
- Outros síndromes coronários agudos (por exemplo angina de peito estável ou instável).

#### Insuficiência Renal Crónica

##### **O que está seguro:**

Etapa final de doença renal que se manifesta por uma insuficiência irreversível da função de ambos os rins, resultando na necessidade de realização regular e permanente de hemodiálise ou diálise peritoneal, ou resultando na necessidade de transplantação renal. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (Nefrologista).

##### **O que não está seguro:**

- Insuficiência renal aguda.

#### Acidente Vascular Cerebral (AVC)

##### **O que está seguro:**

Qualquer acidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte (morte do tecido cerebral) e a hemorragia cerebral. Está incluída também a embolia cerebral de causa extra-craniana. O diagnóstico deve ser estabelecido mediante a presença de sintomas clínicos característicos da doença, evidência de lesões cerebrais registadas em tomografia axial computadorizada (TAC) e ressonância magnética nuclear (RMN), e confirmado por médico especialista (Neurologista). A deficiência neurológica tem de ser confirmada e documentada três meses após o estabelecimento do diagnóstico, novamente por médico especialista (Neurologista).

No âmbito dos acidentes vasculares cerebrais não se encontram garantidas as situações clínicas abaixo referidas.

##### **O que não está seguro:**

- Acidentes isquémicos transitórios (AIT);
- Lesões cerebrais traumáticas;
- Sintomas neurológicos secundários a enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem défice neurológico;
- Acidentes isquémicos vertebro-basilares.

#### Tratamento das Doenças Valvulares do Coração

##### **O que está seguro:**

Intervenção cirúrgica sobre uma ou mais válvulas cardíacas para tratamento da sua patologia (valvulopatia). Estão incluídas as

cirurgias convencionais e endovasculares de dilatação (valvulotomia ou valvuloplastia) e as cirurgias convencionais e endovasculares de substituição (com válvulas biológicas ou protésicas).

O diagnóstico da valvulopatia e a necessidade do seu tratamento cirúrgico devem ser estabelecidos por médico especialista (Cardiologista), que deverá basear o seu parecer em estudo ecocardiográfico.

No âmbito do tratamento cirúrgico destas doenças não se encontra garantida a situação clínica abaixo referida.

**O que não está seguro:**

- Tratamento cirúrgico de valvulopatias congénitas.

Esclerose Múltipla

**O que está seguro:**

Doença cujo diagnóstico deve ser baseado em sintomas clínicos típicos de desmielinização, deterioração das funções motoras e sensoriais, e confirmado por Ressonância Magnética Nuclear (RMN).

A Pessoa Segura deve apresentar défices neurológicos mantidos durante pelo menos 6 meses, ou ter um mínimo de dois episódios (cl clinicamente documentados) com um intervalo de um mês entre eles, ou um episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos do líquido cefalo-raquidiano (LCR), bem como lesões cerebrais específicas detectadas na Ressonância Magnética Nuclear.

O diagnóstico esclerose múltipla deve ser estabelecido de forma inequívoca por médico especialista (Neurologista).

Paralisia das Extremidades

**O que está seguro:**

Perda total e irreversível do uso de duas ou mais extremidades por paralisia (plegia) resultante de doença da medula espinal. Entende-se por extremidades os membros superiores e inferiores. Estão incluídas as tetraplegias, as hemiplegias (direita ou esquerda) e as paraplegias.

A paralisia tem de persistir durante um período mínimo de três meses, e o seu diagnóstico deve ser determinado por médico especialista (Neurologista).

**O que não está seguro:**

- Paralisias de causa traumática.

3. Ficam ainda garantidas em regime de prestações em reembolso as despesas decorrentes de consultas e exames complementares de diagnóstico efectuados para estudo da doença grave considerada contratualmente coberta e desde que medicamente adequados e realizados em prestadores convencionados.

4. Fica garantido o pagamento de consultas de Psicologia no máximo de 8 por sinistro.

**ARTIGO 2.º**

**ACTIVAÇÃO DA COBERTURA**

Para accionar a Cobertura será necessário preenchimento de formulário disponibilizado pela entidade Gestora de Saúde através de contacto da Pessoa Segura para a linha de apoio.

**ARTIGO 3.º**

**PRÉ-AUTORIZAÇÃO**

1. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente

cobertura requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde.

2. A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da doença grave, dentro da rede convencionada.

**ARTIGO 4.º**

**REGIME DE PRESTAÇÕES**

O pagamento das despesas garantidas no âmbito da presente Condição Especial é efectuado em regime de prestações na rede.

Ficam exclusivamente garantidas em regime de prestação por reembolso, as despesas efectuadas no âmbito do nº 3 do artigo 1 da presente Condição Especial.

**ARTIGO 5.º**

**PRÉMIO E DURAÇÃO DA GARANTIA**

Aquando do diagnóstico de uma doença grave e accionada a cobertura, esta mantém-se em vigor com pagamento de prémio até se encontrar esgotado o respectivo capital, sem limite temporal para o efeito.

O capital desde que afecto ao tratamento de uma doença grave, deixa de poder ser utilizado em qualquer outra doença grave, que posteriormente venha a ser diagnosticada.

Se no seguimento de uma doença grave, o Tomador do Seguro manifestar desinteresse em manter o seguro, o mesmo cessa no final da anuidade em que a doença grave for diagnosticada, deixando de pagar prémios a partir dessa data. O capital poderá ser utilizado para o tratamento da doença grave até se esgotar, durante um período máximo de 5 anos desde a data de diagnóstico.

**HOSPITALIZAÇÃO**

**ARTIGO 1.º**

**ÂMBITO DA COBERTURA**

1. A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas pela Pessoa Segura em consequência de Hospitalização numa unidade hospitalar, motivada por doença ou acidente.

2. Para os devidos efeitos, são considerados todos os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar com internamento por período igual ou superior a 24 horas e que não se prolongue no tempo por período superior a 365 dias. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de actos cirúrgicos cuja valorização seja igual ou superior a 100 K.

Os honorários médicos do cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista ficam condicionados ao resultado do produto entre o valor máximo de k estabelecido, € 6,75 e o número de k atribuídos ao acto médico, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

3. Para o efeito da presente cobertura o respectivo limite de indemnização constitui um sub-limite do capital estabelecido para a cobertura de Doenças Graves, sendo o mesmo renovável anualmente até ser accionada a cobertura de Doenças Graves.

4. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

**O que está seguro:**

- a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico-cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
- b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- c) Quimioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital;
- f) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
- g) Diárias da Pessoa Segura;
- h) Enfermagem (não privativa);
- i) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
- j) Medicamentos administrados durante o internamento;
- k) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos actos médicos (bloco operativo, sala de recobro, etc...) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc...);
- l) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal.

**O que não está seguro:**

- a) Pagamento das despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, excepto se resultante de acidente garantido por este Contrato.
- b) Cirurgias ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), excepto para situações com mais de 4 dioptrias"
- c) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de tv, etc...;
- d) Enfermagem privativa;
- e) Honorários de parteiras;
- f) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos;
- g) Despesas de saúde e internamento, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos realizados constituam cuidados continuados ou tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora, recuperação ou motivos sociais.

**ARTIGO 2.º****PRÉ-AUTORIZAÇÃO**

Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde.

**ARTIGO 3.º****REGIME DE PRESTAÇÕES**

O pagamento das despesas garantidas no âmbito da presente Condição Especial é efectuado em regime de prestações na rede e/ ou por prestações por reembolso.

**ARTIGO 4.º****PRÉMIO E DURAÇÃO DA GARANTIA**

Aquando do diagnóstico de uma doença grave, a cobertura de Doenças Graves e a de Hospitalização, caso subscrita, mantem-se

em vigor, com pagamento de prémio até se encontrar esgotado o capital da primeira (Doenças Graves), sem limite temporal para o efeito. O capital de Hospitalização será renovado anualmente.

Se no seguimento de uma doença grave, o Tomador do Seguro manifestar desinteresse em manter o seguro, o mesmo cessa no final da anuidade em que a doença grave for diagnosticada, deixando de pagar prémios a partir dessa data. O capital de Doenças Graves poderá ser utilizado para o tratamento da doença grave até se esgotar, durante um período máximo de 5 anos desde a data de diagnóstico.

**PARTO****ARTIGO 1.º****ÂMBITO DA COBERTURA**

1. A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em consequência de internamento exclusivamente para realização de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

2. Os honorários médicos do cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista ficam condicionados ao resultado do produto entre o valor máximo de k estabelecido, € 6,75 e o número de k atribuídos ao acto médico, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

3. Qualquer internamento motivado por gravidez, que não para a realização dos actos acima mencionados (Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez) estará coberto pela cobertura de Hospitalização.

4. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

**O que está seguro:**

- a) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada, nomeadamente médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentista quando tal se justifique;
- b) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operativo, recobro e equipamentos);
- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efectuados durante o período de internamento;
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.
- f) Transporte terrestre para ou do Hospital.

**O que não está seguro:**

- a) Interrupção Voluntária da Gravidez;
- b) Enfermagem privativa;
- c) Despesas com acompanhante.
- d) Honorários de parteiras;
- e) Despesas de natureza particular, nomeadamente telefone, aluguer de tv, etc...;

**ARTIGO 2.º****PRÉ-AUTORIZAÇÃO**

Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura

requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde.

### **ARTIGO 3.º** REGIME DE PRESTAÇÕES

O pagamento das despesas garantidas no âmbito da presente Condição Especial é efectuado em regime de prestações na rede e/ou por prestações por reembolso.

### **ACESSO À REDE**

#### **ARTIGO 1.º** ÂMBITO DA COBERTURA

1. A presente Condição Especial garante, através da sua Rede Médica Convencionada, o acesso a um conjunto de prestadores médicos, através dos quais a Pessoa Segura poderá usufruir de benefícios que se traduzem no acesso a actos de medicina ambulatória, consultas de especialidade, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços convencionados, de acordo com as condições constantes nas Condições Particulares.

A Pessoa Segura terá acesso aos seguintes serviços:

- Ambulatório
- Consultas de especialidade
- Medicina Física e Reabilitação
- Exames Auxiliares e Diagnóstico
- Parto
- Próteses e Ortóteses
- Internamento Hospitalar
- Estomatologia, excepto se contratada a cobertura de Acesso à Rede de Estomatologia - Dentinet

2. Os valores convencionados para as coberturas descritas acima poderão variar de acordo com as condições protocoladas com cada um dos prestadores que integram a Rede Convencionada.

3. A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede Médica poderá variar consoante as especialidades e as capacidades disponíveis do prestador para a prática de determinadas consultas, exames clínicos ou outros meios complementares de diagnóstico.

#### **ARTIGO 2.º** REGIME DE PRESTAÇÕES

Acesso a rede médica convencionada, mediante a disponibilização de serviços de cuidados de saúde, aos quais a Pessoa Segura tem acesso suportando a totalidade dos respectivos custos a preço de rede.

Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção.

### **ACESSO À REDE ESTOMATOLOGIA – DENTINET**

#### **ARTIGO 1.º** ÂMBITO DA COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, através da Rede Dentinet, o acesso a preços convencionados a consultas em

médicos especialistas em estomatologia, medicina dentária, cirurgia dentária, ortodontia, higiene oral ou próteses estomatológicas, clínicas, centros de diagnóstico ou outras unidades de cuidados de saúde dentários, na rede clínica convencionada, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência da Apólice.

Encontra-se garantido o acesso a:

- a) Tratamentos ambulatórios do foro estomatológico e outros actos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
- b) Honorários médicos;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos estomatologistas, de medicina dentária ou de maxilo-facial;
- d) Limpezas dentárias;
- e) Próteses dentárias;
- f) Ortodontia.

A rede de Prestadores Clínicos e tabela de co-pagamentos convencionados, encontra-se actualizada em [www.dentinet.pt](http://www.dentinet.pt).

#### **ARTIGO 2.º** REGIME DE PRESTAÇÕES

1. Acesso à Rede Dentinet, mediante a disponibilização de serviços de cuidados de saúde dentária, aos quais a Pessoa Segura tem acesso suportando a totalidade dos respectivos custos a preço de rede.

Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção.

2. São os garantidos, sem qualquer custo, os actos de diagnóstico e prevenção que integram o anexo I.

### **ACESSO À REDE DE BEM-ESTAR**

#### **ARTIGO 1.º** ÂMBITO DA COBERTURA

1. A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, o direito de acesso à Rede de Serviços ligados à Saúde e Bem-Estar.

Entende-se por “Saúde e Bem-Estar” os serviços ligados à Saúde mas considerados fora do âmbito da medicina convencional e/ou não abrangidos pelo Contrato de Seguro de Saúde.

2. Ficam abrangidos, entre outros, os seguintes serviços na área das medicinas complementares e do bem estar físico e mental:

- Osteopatia;
- Podologia;
- Psicologia;
- Estética;
- Acupunctura;
- SPA's;
- Preparação para o Parto;
- CrioPreservação de células estaminais;
- Termas;
- Assistência Domiciliária;
- Genética;
- Homeopatia;
- Nutrição;
- Quiroprática;
- Shiatsu;
- Talassoterapia.

**ARTIGO 2.º**  
REGIME DE PRESTAÇÕES

Acesso à Rede de Serviços ligados à Saúde e Bem-Estar, mediante a disponibilização de serviços na área das medicinas complementares e do bem estar físico mental saúde, aos quais a Pessoa Segura tem acesso suportando a totalidade dos respectivos custos a preço de rede.

Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da utilização do serviço.

**PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES****ARTIGO 1.º**  
ÂMBITO DA COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, o acompanhamento do doente convalescente no período pós-cirúrgico ou pós-hospitalização decorrente do âmbito da cobertura de Doenças Graves e Hospitalização, esclarecendo as suas dúvidas, prevenindo complicações, evitando idas à urgência, consultas adicionais e a readmissão hospitalar, mediante:

- Contacto telefónico por parte do profissional de saúde da AdvanceCare no primeiro dia útil a seguir à alta hospitalar;
- Disponibilização à Pessoa Segura de uma linha telefónica e de um endereço de e-mail para esclarecimento de dúvidas.

O serviço de acompanhamento vigora durante o 1º mês pós-cirurgia ou internamento.

**ARTIGO 2.º**  
EXCLUSÕES

1. Consequências imputadas à Pessoa Segura no seguimento de informação deficiente, incorrecta ou inexacta por ela prestada.
2. Consequências do não cumprimento das informações fornecidas.

**ARTIGO 3.º**  
REGIME DE PRESTAÇÕES

Acesso a acompanhamento clínico, garantido no regime de prestações na rede, mediante a solicitação ao Prestador de Serviços de Saúde.

**SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL****ARTIGO 1.º**  
ÂMBITO DA COBERTURA

1. A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura o acesso aos serviços de Segunda Opinião Médica consubstanciado exclusivamente no apoio à elaboração do dossiê clínico e envio para avaliação pelos melhores especialistas de saúde pertencentes à Rede Advancecare.

Não há limite de solicitações, sempre que a Pessoa Segura não fique satisfeita com o resultado do relatório de segunda opinião médica, poderá solicitar nova avaliação.

2. Ficam garantidos mediante solicitação da Pessoa Segura:

- Organização do dossiê médico bem como a realização em Portugal de todos os exames médicos, análises clínicas ou outra informação necessária à instrução do mesmo;

- Recolha de segunda opinião junto dos melhores especialistas a nível mundial relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivo tratamento;

- Elaboração e disponibilização à Pessoa Segura do relatório final com as conclusões e recomendações.

**ARTIGO 2.º**  
EXCLUSÕES

Não se encontra garantido qualquer tipo de deslocação ou procedimento médico realizado em Portugal ou no estrangeiro, ainda que resulte da opinião médica, recomendação nesse sentido.

**ARTIGO 3.º**  
REGIME DE PRESTAÇÕES

Acesso à Rede AdvanceMedical, garantido no regime de prestações na rede, mediante a solicitação ao Prestador de Serviços de Saúde.

**ACESSO À REDE EM ESPANHA – HNA****ARTIGO 1.º**  
ÂMBITO DA COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, as despesas médicas consideradas ao abrigo da Cobertura de Doenças Graves, se contratadas, e de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares para a respectiva cobertura, na rede HNA em Espanha.

**ARTIGO 2.º**  
PRÉ-AUTORIZAÇÃO

1. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde.

2. A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da doença grave, dentro da rede HNA – Espanha.

**ARTIGO 3.º**  
EXCLUSÕES

As exclusões aplicadas são as consideradas para a cobertura de Doenças Graves.

**ARTIGO 4.º**  
REGIME DE PRESTAÇÕES

Acesso à Rede HNA - Espanha, garantido no regime de prestações na rede, mediante a solicitação ao Prestador de Serviços de Saúde.

**ARTIGO 5.º**  
DURAÇÃO DA COBERTURA

A presente cobertura cessa simultaneamente com a Cobertura de Doenças Graves.

## TRATAMENTOS POR DOENÇAS GRAVES - BEST DOCTORS

### ARTIGO 1.º

#### ÂMBITO DA COBERTURA

1. A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, a cobertura dos serviços e das despesas médicas efectuados no âmbito da rede Best Doctors desde que resultem de qualquer uma das doenças ou condições clínicas garantidas, cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenha ocorrido durante o período de vigência da cobertura.

2. O disposto no número anterior encontra-se condicionado ao cumprimento das seguintes condições:

- Procedimento realizado durante o período de cobertura;
- Diagnóstico que deu azo ao procedimento médico, confirmado pelo serviço InterConsulta (a segunda opinião médica);
- Doença ou situação clínica relevante que não tenha sido diagnosticada e não tenha documentação médica de sintomas no prazo de 10 anos previamente à data de início da inclusão da Pessoa Segura ou durante o período de carência referido nas Condições Particulares;
- Tratamento é clinicamente necessário;
- Despesas no âmbito do Montante Segurado e dos limites previstos nas Condições Particulares;
- Tratamento é disponibilizado pela Best Doctors de acordo com o Procedimento em caso de Sinistro definido no artigo 6;
- Despesas médicas realizadas fora de Portugal excepto as despesas previstas no nº 3.5. do artigo 3;
- Despesas de quaisquer diagnósticos médicos, tratamentos, serviços, medicamentos ou prescrições cobertos pela Apólice de Seguro conforme artigo 3.

### ARTIGO 2.º

#### DOENÇAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com as seguintes doenças graves e procedimentos clínicos:

##### a) Tratamento oncológico

###### **O que está Seguro:**

- Qualquer tumor maligno inclusive leucemia, sarcoma e linfoma (excepto linfoma cutâneo), caracterizado pelo crescimento descontrolado e disseminação de células malignas e a invasão de tecidos;
- Cancro in-situ que esteja circunscrito ao epitélio, sendo esta a respectiva origem e sem invasão do estroma nem dos tecidos adjacentes;
- Qualquer alteração pré-cancerígena em células que são citologicamente ou histologicamente classificadas como displasia de alto grau ou displasia grave.

###### **O que não está Seguro:**

- Qualquer tumor nos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV);
- Cancro de pele excepto nos casos de melanomas malignos.

##### b) "By-pass" das artérias coronárias (revascularização do miocárdio)

###### **O que está Seguro:**

Realização de cirurgia de acordo com a recomendação do

Cardiologista para corrigir o estreitamento ou bloqueio de uma ou de mais artérias coronárias através de by-pass.

###### **O que não está Seguro:**

- Toda e qualquer doença coronária cujo tratamento seja realizado recorrendo a outras técnicas que não o by-pass das artérias coronárias, tais como a angioplastia;

##### c) Substituição ou reparação da válvula cardíaca

Realização de cirurgia de acordo com as recomendações de um Cardiologista para a substituição ou reparação de uma ou mais válvulas cardíacas.

##### d) Neurocirurgia

###### **O que está Seguro:**

- Qualquer intervenção cirúrgica ao cérebro ou a qualquer outra estrutura intracraniana;
- Tratamento de tumores benignos localizados na espinal medula.

##### e) Transplante de órgãos de dador vivo

###### **O que está seguro:**

Transplante cirúrgico no qual a Pessoa Segura recebe um rim, uma parte do fígado, um lobo pulmonar ou uma parte do pâncreas de um dador vivo compatível.

###### **O que não está seguro:**

- Todo e qualquer transplante quando a necessidade inerente à realização do mesmo seja decorrente de hepatite alcoólica;
- Todo e qualquer transplante quando o transplante é realizado como autotransplante;
- Todo e qualquer transplante quando a Pessoa Segura é dadora para terceiros;
- Todo e qualquer transplante de um dador morto;
- Todo e qualquer transplante de órgãos que requeira o tratamento com Células Estaminais;
- O transplante realizado graças à aquisição de órgãos do dador.

##### f) Transplante de medula óssea

Transplante de medula óssea (Bone Marrow Transplantation BMT) ou Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (Peripheral Blood Stem Cell Transplantation PBSCT) de células da medula para o segurado cuja origem provenha:

- Do próprio segurado (transplante autólogo da medula óssea), ou
- De um dador vivo compatível (transplante alogénico da medula óssea).

### ARTIGO 3.º

#### DESPESAS COBERTAS

Despesas Cobertas no âmbito das Doenças Graves:

##### 3.1. Despesas Médicas

###### 3.1.1. Despesas Hospitalares:

a) Internamento, refeições e serviços gerais de enfermagem prestados durante a estadia da Pessoa Segura num quarto, numa enfermaria ou noutro departamento do Hospital ou em unidades de cuidados intensivos ou de recobro;

b) Outros serviços hospitalares nomeadamente os prestados pelos serviços de consultas externas do hospital, assim como despesas relativas aos custos de uma cama para um acompanhante, caso este serviço seja disponibilizado pelo Hospital;

c) A utilização de uma sala de operações e de todos os serviços incluídos.

3.1.2. Despesas realizadas em clínica de ambulatório ou por um centro independente, desde que o tratamento, cirurgia ou a prescrição estejam no âmbito da cobertura da presente Apólice, como se prestados num Hospital.

3.1.3. Honorários médicos, no âmbito da realização de um exame, de tratamento, de cuidados médicos ou de cirurgia.

3.1.4. Honorários de consultas médicas durante o período de Internamento.

3.1.5. Despesas decorrentes de serviços médicos e cirúrgicos, tratamentos ou prescrições:

a) Pela anestesia e pela administração da anestesia, desde que administrados por um anestesista qualificado;

b) Análises de laboratório e de patologia, raios-x para fins de diagnóstico, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografia, mielogramas, eletroencefalogramas, angiogramas, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares necessários para o diagnóstico e tratamento de uma Doença ou Procedimento Médico Coberto, desde que realizado por um Médico ou sob supervisão médica;

c) Transfusões de sangue, administração de plasma e de soro;

d) Despesas relativas à utilização de oxigénio, administração de soluções intravenosas e de injeções.

3.1.6. Despesas com Medicação tomada de acordo com uma prescrição médica durante o período de Internamento da Pessoa Segura para tratamento da Doença ou realização do Procedimento Médico Coberto. A Medicação prescrita, no âmbito do tratamento pós-operatório, tem uma cobertura durante 30 dias a partir da data em que a Pessoa Segura tenha concluído a fase do tratamento realizado fora de Portugal e somente quando forem adquiridos previamente a regressar a Portugal.

3.1.7. Despesas com transferes e transporte terrestre ou por ambulâncias aéreas quando a respectiva utilização é indicada e prescrita por um Médico e pré-aprovada pela Best Doctors.

3.1.8. Despesas com serviços prestados a um dador vivo durante o processo de colheita de um órgão para transplante para a Pessoa Segura como consequência de:

a) Procedimento de investigação para localização de potenciais dadores;

b) De serviços hospitalares prestados ao dador, nomeadamente o internamento num quarto de hospital, ou enfermaria, as refeições, os serviços gerais de enfermagem, os serviços regulares prestados pelo pessoal do Hospital, análises e a utilização de equipamento e de outras infra-estruturas do hospital (excluindo artigos destinados a uso pessoal que não sejam necessários durante o processo de colheita do órgão ou do tecido para transplante);

c) Pelos serviços de cirurgia e médicos para a recolha do órgão ou do tecido do dador para ser transplantado à Pessoa Segura.

3.1.9. Despesas com serviços e materiais disponibilizados para as culturas de medula óssea no âmbito de um transplante de tecido a realizar na Pessoa Segura. Só se indemnizarão as despesas ocorridas a partir da data em que a primeira despesa médica coberta para esse fim for gerada.

Em caso de internamento da Pessoa Segura no estrangeiro, previamente aprovado pela Best Doctors, a Pessoa Segura tem direito a um pagamento no valor de € 100,00 por cada dia e noite passados no hospital, limite a um período máximo de 60 noites por sinistro.

### 3.2. Despesas de deslocação

3.2.1. Deslocação da Pessoa Segura e de um acompanhante para o estrangeiro (mais o dador vivo em caso de transplante) tendo como único e exclusivo objectivo fazer o tratamento aprovado pela Best Doctors. Os planos de viagem serão organizados pela Best Doctors e o Segurador não efectuará o pagamento de quaisquer outros planos de viagem organizados pela Pessoa Segura nem por terceiros em seu nome.

3.2.2. A Best Doctors será responsável por decidir as datas da viagem em função do calendário do tratamento aprovado. Estas datas serão comunicadas à Pessoa Segura de modo a dar-lhe tempo suficiente para tratar de todos os assuntos pessoais necessários.

3.2.3. Caso a Pessoa Segura altere as datas da viagem comunicadas pela Best Doctors, terá de compensar o Segurador e/ou a Best Doctors por todos os custos associados à organização da viagem, excepto se as alterações tiverem sido confirmadas pela Best Doctors como sendo necessárias sob o ponto de vista médico.

3.2.4. Os planos de viagem incluem:

a) Transporte da Pessoa Segura desde a sua morada permanente para o aeroporto ou estação de caminho-de-ferro internacional escolhido.

b) Bilhete em classe económica, de comboio ou de avião, para a cidade de destino do tratamento e o transporte para o hotel escolhido;

c) Transporte do hotel ou hospital para o aeroporto ou estação de caminho-de-ferro internacional escolhido;

d) Bilhete em classe económica, de comboio ou de avião e subsequente transporte para a cidade de morada permanente da Pessoa Segura.

### 3.3. Despesas de alojamento

3.3.1. Alojamento da Pessoa Segura e do acompanhante (mais o dador vivo em caso de transplante) enquanto permanecerem no estrangeiro tendo como único e exclusivo objectivo fazer o tratamento aprovado pela Best Doctors. Os planos de alojamento serão organizados pela Best Doctors e o Segurador não efectuará o pagamento de quaisquer outros planos de alojamento organizados pela Pessoa Segura nem por terceiros em seu nome.

3.3.2. A Best Doctors será responsável por decidir as datas do alojamento em função do calendário do tratamento aprovado. Estas datas serão comunicadas à Pessoa Segura de modo a dar-lhe tempo suficiente para tratar de todos os assuntos pessoais necessários.

3.3.3. A Best Doctors indicará uma data de regresso em função da conclusão do tratamento e com o aval do Médico assistente que declara que a Pessoa Segura está em condições para viajar.

3.3.4. Caso a Pessoa Segura altere as datas da viagem comunicadas pela Best Doctors, terá de compensar o Segurador e/ou a Best Doctors por todos os custos associados à organização do alojamento, excepto se as alterações tiverem sido confirmadas pela Best Doctors como sendo necessárias sob o ponto de vista médico.

3.3.5. Os planos de alojamento abrangidos incluem: reservas de quartos duplos num hotel (3 ou 4 estrelas) que cumpra os critérios de acordo com os melhores interesses da Pessoa Segura.

(A escolha do hotel ficará sujeita à disponibilidade e em função da proximidade em relação ao hospital ou médico num raio de 10 km).

3.3.6. O pequeno-almoço, refeições e custos extra no hotel não estão cobertos. O upgrade do quarto de hotel não será financiado pelo Segurador.



### 3.4. Despesas de repatriamento

Caso a Pessoa Segura (e/ou dador vivo, em caso de transplante) faleça fora de Portugal enquanto estiver a fazer tratamento no âmbito da presente Apólice de Seguro, o Segurador pagará o repatriamento dos restos mortais para Portugal. Esta cobertura está limitada apenas aos serviços necessários para preparar o corpo e ao transporte para Portugal, inclusive:

- Os serviços prestados pela agência funerária que preste o serviço de repatriamento internacional, nomeadamente o embalsamento e todas as formalidades administrativas;
- O caixão obrigatório mínimo;
- O transporte dos restos mortais do aeroporto para o local do funeral escolhido em Portugal.

### 3.5. Despesas de medicação

3.5.1. Custos da Medicação adquirida em Portugal, subsequentemente ao tratamento com mais de 3 noites de hospitalização de uma Doença ou Procedimento Médico Coberto aprovados pela Best Doctors no Certificado Médico Preliminar.

Cobertura ao abrigo da Apólice de Seguro para este Benefício só está disponível nos seguintes moldes:

- Na medida em que a Medicação tenha sido recomendada através da Best Doctors pelo (por) Médico(s) internacional(ais) que tratou(aram) a Pessoa Segura, conforme necessário para a continuidade do tratamento;
- A Medicação tenha sido licenciada e aprovada pela autoridade ou agência médica correspondente em Portugal e cuja prescrição e administração seja regulada;
- A Medicação requeira a prescrição por um Médico em Portugal;
- A Medicação esteja disponível para ser adquirida em Portugal;
- Que nenhuma prescrição ultrapasse uma dose para ser tomada durante um período superior a 2 meses.

O montante máximo das despesas cobertas no âmbito deste benefício, de medicação, está limitado a 50.000,00 Euros por Pessoa Segura durante a vigência da Apólice.

Este limite faz parte do capital total anual definido nas Condições Particulares.

3.5.2. Este benefício não inclui:

- Todos e quaisquer custos de Medicação que sejam suportados pelo Serviço Nacional de Saúde de Portugal ou que seja abrangido por qualquer outra apólice de seguro detida pela Pessoa Segura;
- Custo de administração da Medicação;
- Qualquer aquisição de Medicação realizada fora de Portugal;
- Facturas apresentadas ao Segurador 180 dias após a aquisição da Medicação.

3.5.3. A aquisição da Medicação tem de ser feita e paga directamente pela Pessoa Segura. O Segurador reembolsará a Pessoa Segura quando receber a respectiva prescrição, a factura original e o comprovativo do pagamento.

Quando o custo da Medicação tiver sido parcialmente coberto pelo Serviço Nacional de Saúde de Portugal ou por outra apólice de seguro, o reembolso solicitado deve diferenciar de forma clara os custos inteiramente financiados pela Pessoa Segura e os custos parcialmente financiados.

## ARTIGO 4.º

### EXCLUSÕES GERAIS

Para além das exclusões específicas de cada Doença ou Procedimento Médico, aplicam-se as seguintes exclusões:

- A Seguradora não tem qualquer tipo de responsabilidade caso

se verifiquem as exclusões genéricas seguidamente discriminadas:

- Despesas decorrentes de todas e quaisquer doenças ou procedimentos médicos que não sejam especificamente contemplados ao abrigo artigo 2.

- Todas e quaisquer doenças ou lesões provocadas por guerras, actos de terrorismo, actividade sísmica, tumultos, motins, inundações, erupções vulcânicas, assim como consequências directas ou indirectas de uma reacção nuclear e todos e quaisquer fenómenos extraordinários ou catastróficos; assim como epidemias oficialmente declaradas.

- Todas e quaisquer despesas de saúde relacionadas com alcoolismo, toxicoddependência e/ou consumo de agentes tóxicos provocados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas e/ou psicoactivos, narcóticos ou drogas alucinogénicas. Também são excluídas as consequências e doenças decorrentes de tentativas de suicídios e lesões autoinfligidas.

- Despesas decorrentes de todas e quaisquer doenças ou situações clínicas provocadas intencionalmente ou de forma fraudulenta ou decorrentes de negligência ou imprudência criminal cometidos pela Pessoa Segura ou decorrentes do acto de ter cometido um crime.

- A Seguradora não tem qualquer tipo de responsabilidade caso se verifiquem as exclusões médicas seguidamente discriminadas:

- Situações clínicas pré-existentes que tenha sido diagnosticada e não tenha documentação médica de sintomas no prazo de 10 anos previamente à data de início.

- Tratamentos experimentais assim como diagnósticos, procedimentos terapêuticos e/ou cirúrgicos cuja segurança e fiabilidade não tenham sido cientificamente comprovados.

- Procedimentos médicos necessários devido à SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou qualquer situação clínica decorrentes das mesmas (nomeadamente o sarcoma de Kaposi) ou qualquer tratamento para a SIDA ou HIV.

- Todo e qualquer serviço que não seja clinicamente necessário para o tratamento de uma Doença ou Procedimento Médico Coberto, conforme artigo 2.

- Despesas incorridas no âmbito de qualquer tratamento, serviço, medicamentos ou prescrição médica de uma doença para o qual o melhor tratamento seja um transplante de órgãos.

- Toda e qualquer doença que tenha sido provocada por um transplante de órgãos, excepto quando a doença em questão seja qualificada como uma doença ou procedimento médico coberto.

- O Segurador não tem qualquer tipo de responsabilidade no caso das despesas excluídas seguidamente discriminadas:

- Todas e quaisquer despesas incorridas relativas ou decorrentes de quaisquer procedimentos de diagnóstico, tratamento, serviço, medicamentos ou prescrições médicas de qualquer natureza realizadas em Portugal excepto as despesas previstas no nº 3.5. do artigo 3.

- Todas e quaisquer despesas relativas ou decorrentes de qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, medicamentos ou prescrições médicas de qualquer natureza incorridas no mundo inteiro se:

- a) a Pessoa Segura tiver vivido fora de Portugal durante um período superior a 91 dias consecutivos durante 12 meses previamente ao primeiro pedido de InterConsulta, conforme previsto no artigo 5 ou
- b) a Pessoa Segura não é um residente permanente/fiscal em Portugal no momento de notificação do sinistro.

- Toda e qualquer despesa incorrida no que diz respeito

a qualquer doença diagnosticada ou cujos sintomas sejam medicamente documentados pela primeira vez durante o período de carência.

3.4. Toda e qualquer despesa incorrida sem que tenha sido seguido o procedimento em caso de sinistro, de acordo com o artigo 5.

3.5. Toda e qualquer despesa incorrida no âmbito de serviços de prestação de cuidados em regime de internamento, cuidados de saúde domiciliários ou serviços prestados num centro ou instituição de convalescença, lar de terceira idade, mesmo nos casos em que tais serviços sejam necessários devido à doença ou procedimento médico coberto.

3.6. Toda e qualquer despesa incorrida no âmbito da aquisição (aluguer) de qualquer tipo de prótese ou equipamento ortopédico, colete, ligadura, canadianas, membros ou órgãos artificiais, cabeleiras (inclusive nos casos em que a respectiva utilização seja considerada necessária durante o tratamento de quimioterapia), calçado ortopédico, armações e outros equipamentos ou artigos similares, excepto próteses mamárias (decorrentes de uma mastectomia) e válvulas cardíacas artificiais, necessárias como resultado de cirurgia organizada e paga por esta apólice.

3.7. Toda e qualquer despesa incorrida no âmbito da aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, aparelhos de purificação do ar e de outros artigos ou equipamentos similares.

3.8. Todos os medicamentos que não tenham sido fornecidos por um farmacêutico licenciado ou que possam ser adquiridos sem receita médica.

3.9. Todas e quaisquer despesas incorridas no âmbito da utilização da medicina alternativa, inclusive quando especificamente prescrito por um Médico.

3.10. Todas e quaisquer despesas incorridas para a obtenção de cuidados médicos ou em regime de internamento nos casos de síndrome cerebral, senilidade ou distúrbios cerebrais, independentemente do estado de evolução.

3.11. Honorários de um intérprete, despesas de telefone e outras no âmbito de artigos de utilização pessoal ou que não sejam de natureza médica ou qualquer outro serviço prestado a familiares ou acompanhantes.

3.12. Toda e qualquer despesa incorrida pela Pessoa Segura ou pelos seus familiares ou acompanhantes, excepto aquelas expressamente abrangidas pela cobertura.

3.13. Todas e quaisquer despesas médicas que não sejam habituais, convencionais ou desproporcionadas.

3.14. Todas e quaisquer despesas no âmbito do transporte regular do hotel escolhido para o hospital ou para o consultório do Médico.

## **ARTIGO 5.º**

### **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

1. Após o diagnóstico de uma doença ou procedimento médico coberto, conforme definido no artigo 2, a Pessoa Segura ou qualquer pessoa que haja legalmente em seu nome, deverá participar o sinistro dando cumprimento aos procedimentos referidos nos números seguintes. A Participação de Sinistro será um requisito prévio a qualquer tratamento, serviço, medicamento ou prescrição médica no âmbito das doenças e procedimentos médicos cobertos ao abrigo da presente Apólice.

2. Participação do Sinistro: A Pessoa Segura ou qualquer pessoa que haja legalmente em seu nome, deverá entrar em contacto com a Best Doctors o mais rapidamente possível para notificar o

potencial Sinistro e para requerer o serviço de segunda opinião médica, conhecido como InterConsulta (a segunda opinião médica). A equipa da Best Doctors informará a Pessoa Segura dos passos necessários para se iniciar o processo de InterConsulta (a segunda opinião médica), nomeadamente a autorização assinada da Pessoa Segura que permite à Best Doctors requerer quaisquer exames de diagnóstico relevantes e informação médica. O objectivo do serviço InterConsulta (a segunda opinião médica) é o de confirmar o diagnóstico e a cobertura garantida ao abrigo da Apólice de Seguro. Para o efeito do acima exposto deverá contactar o serviço Best Doctors através do número 800 20 80 78.

3. Avaliação do Sinistro e Seleção de um Hospital Internacional: Após ter concluído o processo InterConsulta (a segunda opinião médica), a Best Doctors disponibiliza um relatório escrito abrangente. O relatório confirmará as opções de diagnóstico e de tratamento através de um médico especialista independente. Se o relatório confirmar o diagnóstico de um sinistro válido ao abrigo da Apólice, e se a Pessoa Segura decidir fazer o tratamento no estrangeiro, fora de Portugal, a Pessoa Segura deverá notificar a Best Doctors da decisão tomada. Nessa altura a Best Doctors disponibilizará à Pessoa Segura uma lista dos Hospitais recomendados no estrangeiro. A Pessoa Segura deverá então informar a Best Doctors, no prazo de três meses após ter recebido o Relatório, qual dos hospitais foi seleccionado.

4. Certificado Médico Preliminar: Assim que a Best Doctors tenha recebido a confirmação da Pessoa Segura do hospital seleccionado, da lista de Hospitais recomendados para tratamento, a Best Doctors organizará os preparativos médicos e logísticos para a correcta admissão da Pessoa Segura no hospital seleccionado e será emitido um Certificado Médico Preliminar válido apenas para o referido hospital. O Certificado Médico Preliminar permitirá o acesso da Pessoa Segura tratamento, serviço, medicamentos e prescrições relevantes no âmbito do sinistro no hospital seleccionado.

Toda e qualquer despesa incorrida pela Pessoa Segura num hospital diferente do referido no Certificado Médico Preliminar não terá cobertura. Toda e qualquer despesa incorrida previamente à emissão do Certificado Médico Preliminar não terá cobertura.

O Certificado Médico Preliminar é válido durante um período de três meses a partir da data de emissão. Caso a Pessoa Segura não tenha iniciado o tratamento no hospital aprovado durante este período de tempo, o Certificado Médico Preliminar deixará de ser válido e terá de ser solicitado um novo Certificado Médico Preliminar.

5. Pagamento: Desde que sejam cumpridos os termos do Certificado Médico Preliminar, o Segurador, ao abrigo dos benefícios da Apólice de Seguro, assumirá directamente as despesas incorridas pela Pessoa Segura de acordo com os limites, as exclusões e as condições previstas na Apólice de Seguro.

6. A Pessoa Segura e os seus familiares deverão autorizar as visitas dos médicos que trabalham para a Best Doctors e/ou para o Segurador e todas e quaisquer diligências que sejam consideradas necessárias pelo Segurador. Caso estas visitas não sejam autorizadas tal será considerado pelo Segurador como uma renúncia inequívoca ao direito de garantir os benefícios sobre o sinistro coberto pela Apólice de Seguro.

## **ARTIGO 6.º**

### **ÂMBITO TERRITORIAL**

As garantias desta cobertura garantem exclusivamente os cuidados de saúde prestados fora do território nacional no âmbito da Rede Best Doctors, obrigando sempre a autorização prévia.

**ANEXO I**

<b>Consultas</b>		<b>Imagiologia</b>	
Primeira consulta de medicina dentária	√	Realização e interpretação de radiografia periapical	√
Consulta de medicina dentária	√	Realização e interpretação de radiografia interproximal	√
Consulta para apresentação e discussão plano de tratamento	√	Realização e interpretação de radiografia oclusal	√
Consulta de reavaliação	√	Realização e interpretação de radiografia panorâmica	√
Consulta de urgência	√	Realização e interpretação de telerradiografia lateral	√
<b>Medicina Dentária Preventiva</b>		Realização e interpretação de telerradiografia frontal	√
Selamento de fissuras	√	Realização de radiografia periapical	√
Aplicação tópica de fluorestos	√	Realização de radiografia panorâmica	√
Profilaxia em adulto	√	Realização de telerradiografia lateral	√
Profilaxia em crianças	√	Realização de telerradiografia frontal	√
Instrução e motivação de higiene oral para adulto	√	Realização de radiografia interproximal	√
Instrução e motivação de higiene oral para criança	√	Realização de radiografia oclusal	√
Aconselhamento nutricional para controlo doenças da cavidade oral	√	Interpretação de radiografia panorâmica	√
Aconselhamento anti-tabagico para controlo e prevenção em saúde oral	√	Interpretação de telerradiografia lateral	√
<b>Cirurgia Oral</b>		Interpretação de telerradiografia frontal	√
Exodontia de dente decíduo monorradicular	√	Interpretação de radiografia axial (Hirtz)	√
Exodontia de dente decíduo multirradicular	√	Interpretação de radiografia antero-posterior dos seios maxilares	√
Exodontia de dente monorradicular	√	Interpretação de radiografia da ATM	√
Exodontia de dente multirradicular	√	Interpretação de radiografia transcraniana	√
<b>Peridontologia</b>		Interpretação de radiografia transfacial	√
Destartarização bimaxilar (inclui polimento dentário)	√	Interpretação de radiografia de mão e punho	√
Destartarização maxilar (inclui polimento dentário)	√	Interpretação de tomografia computadorizada	√
Destartarização mandibular (inclui polimento dentário)	√	Interpretação de ressonância magnética	√
<b>Implantologia</b>		<b>Outros</b>	
Estudo de reabilitação com implantes	√	Remoção de sutura	√
		Atestado médico	√