

RESOLUÇÃO 005/2025

Esta Resolução estabelece as regras de utilização do Fundo de Assistência Compartilhada – FAC da **COONECTA** para fins de uso dos benefícios **APP - ACIDENTES PESSOAIS PASSAGEIROS**

Sr.(a) ASSOCIADO(A), seja bem-vindo!

A leitura desta resolução é de suma importância, pois trará informações valiosas para que você possa usufruir de todos os benefícios oferecidos pela COONECTA.

Para utilização dos produtos **APP - ACIDENTES PESSOAIS PASSAGEIROS**, o ASSOCIADO deverá entrar em contato com a Central de Atendimento, que fará o imediato registro da solicitação, observando as contratações da Proposta de Admissão e respeitando seus critérios e limites previstos nesta Resolução.

PREÂMBULO

Essa Resolução contempla o pacote de benefícios oferecidos pela **COONECTA** para utilização do benefício **APP - ACIDENTES PESSOAIS PASSAGEIROS**.

Além disso, tem como objetivo principal garantir a utilização do(s) benefício(s) descrito(s) na Proposta de Admissão, e definir as regras de gestão em prol dos ASSOCIADOS ATIVOS e ADIMPLENTES, conforme as normas estabelecidas a seguir.

CAPÍTULO I

DO ÂMBITO TERRITORIAL

Art. 1º - A Proteção para APP será em todo o território brasileiro, conforme limitações descritas nesta resolução.

Parágrafo único - As garantias previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em todo o globo terrestre, desde que envolvendo o veículo inscrito na Proposta de Admissão, exceto para as garantias de Diárias de Incapacidade (DI) e Assistência Funeral por Morte Acidental, quando optado pela prestação de serviço, que estarão cobertos apenas os eventos ocorridos no território brasileiro.

CAPÍTULO II

DA VIGÊNCIA

Art. 2º - Os períodos de cobertura e vigência do benefício estarão subordinados aos da proteção contratada.

Parágrafo único - Caso a fornecedora não tenha interesse em renovar o benefício, comunicará ao estipulante sua decisão, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência, cujo fato será igualmente comunicado e alinhado perante seus ASSOCIADOS.

CAPÍTULO III

DA CARÊNCIA

Art. 3º - Não haverá prazo de carência para os eventos cobertos por este plano, exceto no caso de suicídio do beneficiário ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá à 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso.

Parágrafo único - Em caso de morte do beneficiário por suicídio, durante o prazo de carência mencionado acima, o presente benefício não prevê a reversão de provisões técnicas, nem a devolução de quaisquer valores, aos beneficiários do falecido, uma vez que a estrutura técnica do plano não a permite.

CAPÍTULO IV

DOS OBJETIVOS

Art. 4º - Esta resolução tem como objetivo principal garantir a proteção na modalidade de benefício, descrito na proposta de admissão e definir as regras de gestão em prol dos ASSOCIADOS ATIVOS e ADIMPLENTES para amparo de passageiro que esteja no interior do veículo em decorrência de acidente de trânsito, desde que devidamente licenciado para o transporte de pessoas, até o limite do valor estipulado na respectiva Proposta e/ou Termo de Admissão, conforme as normas estabelecidas.

Art. 5º - Considera-se Acidente Pessoal de Passageiro o evento provocado por acidente de trânsito com o veículo do ASSOCIADO, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente dos passageiros e do condutor do veículo.

Parágrafo único: O benefício começa no momento do ingresso do passageiro no veículo e termina no momento da sua saída;

Art. 6º - Este benefício visa oferecer proteção contra acidentes pessoais dos passageiros de veículo(s), condutor de motocicleta e/ ou a um único passageiro, por meio de sua respectiva PLACA, RENAVAL e/ou CHASSI, devidamente licenciado(s) para o transporte de pessoas e conduzido(s) por motorista(s)

legalmente habilitado(s), garantindo, dentro dos limites estipulados na contratação do produto, o pagamento de indenização à(s) vítima(s) ou a seus beneficiários, caso o(s) passageiro(s) venha(m) a falecer e/ou invalidar-se, de forma permanente, e/ou seja(m) submetido(s) a tratamento médico, em decorrência de evento coberto envolvendo o(s) referido(s) veículo(s).

Art. 7º - Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- I- As doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- II- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de acidente protegido.

Art. 8º - O benefício garante ressarcimento, após pagamento do DPVAT, sendo a COONECTA responsável pela diferença do ressarcimento, que é igual ao valor do plano subtraindo o valor do DPVAT, que for obrigado em decorrência de acordo autorizado ou sentença judicial cível em julgado, desde que esteja amparado e protegido.

Art. 9º - O ASSOCIADO será o único responsável pelas diferenças que vier a pagar, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, aos passageiros acidentados ou aos seus beneficiários;

CAPÍTULO V

DAS DEFINIÇÕES

Art. 10 - São definições adotadas pela COONECTA, para os fins da oferta do presente benefício:

I - Acidente de Trânsito: Choque, colisão, abalroamento ou capotagem envolvendo direta ou indiretamente o veículo protegido, durante o deslocamento ou locomoção por seus meios próprios, desde que esteja trafegando por via normalmente aberta para o tráfego de veículos em geral.

II - Acidente Pessoal de Passageiros: O evento ocorrido exclusivamente no veículo protegido, com data caracterizada, externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do passageiro, ou que torne necessário seu tratamento médico, incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) os acidentes de trânsito decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o beneficiário ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) os acidentes de trânsito decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) os acidentes de trânsito decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- d) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem

traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.;

II.I - Excluem-se deste conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente de trânsito;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente de trânsito;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal de passageiros, conforme definido acima.

III - Termo de Admissão: É o documento emitido pela fornecedora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

IV - Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais beneficiários, na hipótese de ocorrência do evento.

V - Capital Beneficiário: Valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela fornecedora na ocorrência do evento.

VI - Carência: Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Beneficiário não terá direito à garantia contratada.

VII - Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

VIII - Central de Atendimento: é o serviço de discagem direta gratuita (DDG), pertencente à empresa prestadora terceirizada, contratada pela Fornecedora e encarregada de tomar as providências necessárias à execução do funeral do Beneficiário.

IX - Certificado Individual: É o documento destinado ao beneficiário, emitido pela Fornecedora contratada no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do benefício ou da alteração de valores de capital beneficiário ou prêmio.

X - Proteção Individual: Proteção de cada beneficiário incluído no Termo de Admissão, com início na data de sua aceitação pela Fornecedora, e término limitado ao final da vigência estipulada.

XI - Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as condições gerais e, no caso de plano coletivo, o contrato, a proposta de contratação, a Proposta de Admissão e o certificado individual.

XII - Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de benefício, estabelecendo obrigações e direitos, da fornecedora, dos beneficiários, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

XIII - Condutor: É a pessoa física que dirige o veículo protegido.

XIV - Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a fornecedora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da fornecedora, dos beneficiários, e dos beneficiários.

XV - Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano.

XVI - Certificado Individual: É o documento destinado ao beneficiário, emitido pela Fornecedora contratada no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do benefício ou da alteração de valores de capital beneficiário ou prêmio.

XVII - Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do beneficiário, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

XVIII - Data do Evento: Considera-se como data do evento, para efeito de acidentes pessoais, a data do acidente.

XIX - Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

XX - Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela fornecedora na apuração do resultado operacional da proteção, em determinado período.

XXI - Formulário de Aviso de Evento: É o documento, fornecido pela fornecedora, pelo qual é feita a comunicação de um evento à fornecedora.

XXII - Garantias: São as obrigações que a fornecedora assume perante o beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto.

XXIII - Grupo Beneficiário: É a totalidade do grupo beneficiário efetivamente aceita e incluída na proteção.

XXIV - Grupo Protegido: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na proteção.

XXV - Indenização: Valor que a fornecedora deverá pagar ao beneficiário ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

XXVI - Índice Proposta de Pactuado: Índice contratado para a atualização dos prêmios e capitais beneficiários, na forma indicada nas Condições Gerais e na Proposta de Admissão.

XXVII - Invalidez Permanente: Perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

XXVIII - Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco (eventos cobertos) propostas serão garantidas pela fornecedora.

XXIX - Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio beneficiário, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

XXX - Nota Técnica Atuarial: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

XXXI - Passageiro: É a pessoa física transportada no veículo protegido, inclusive seu condutor.

XXXII - Período de Cobertura: Aquele que durante o qual o beneficiário ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais beneficiários contratados.

XXXIII - Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do benefício.

XXXIV - Proponente: O interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, propondo a sua admissão mediante o preenchimento da respectiva proposta.

XXXV - Proposta de Admissão: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

XXXVI - Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser

garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

XXXVII - Proprietário: Pessoa física ou jurídica que detém a propriedade do veículo protegido.

XXXVIII - Reabilitação da Proteção: É o restabelecimento do direito às garantias, anteriormente suspensas

por inadimplência, ocorrido a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do(s) prêmio(s).

XXXIX - Regime de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os beneficiários e/ou pelo estipulante do Plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

XL - Resgate: É o instituto que permite ao beneficiário, antes da ocorrência do evento e quando tecnicamente possível, o resgate de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

XLI - Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano de benefício.

XLII - Beneficiário: É a pessoa física transportada no veículo protegido, inclusive seu condutor, sobre a qual se estabelecerá o benefício.

XLIII - Fornecedora: É a Seguradora, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais.

XLIV - Serviço de Assistência Funeral: é o rol de procedimentos necessários à realização do funeral e do traslado do corpo do Beneficiário, obedecidos os limites e as condições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato de Benefício. O Serviço de Assistência Funeral será executado por prestadores terceirizados, conveniados à Fornecedora;

XLV - Evento: É a ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de benefício.

XLVI - Superintendência de Benefícios Privados – SUSEP: Órgão governamental regulador e fiscalizador das atividades de seguros.

XLVII - Veículo: É todo veículo automotor de vias terrestres, exceto aqueles que trafegam sobre duas ou três rodas.

CAPÍTULO VI

DOS BENEFÍCIOS OFERTADOS

Art. 11 - Para fins dos Benefícios, entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente e por escrito na Proposta de Admissão, ou em documento específico, para receber o valor da indenização.

§ 1º - Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária deste benefício se comprovado o legítimo interesse para ela figurar nesta condição.

§ 2º - Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for

feita, o capital beneficiário será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do beneficiário, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta das pessoas indicadas neste parágrafo, serão beneficiários os que provarem que a morte do beneficiário os privou dos meios necessários à subsistência.

§ 3º - É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o beneficiário era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

§ 4º - No caso de eventos referentes às garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade (DI), o próprio beneficiário será o beneficiário.

Art. 12 - Os benefícios dividem-se em básicos e adicionais, sendo que o benefício não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas.

Art. 13 - Entende-se por garantia básica:

§ 1º - Morte Acidental (MA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), correspondente ao valor do capital beneficiário, caso o passageiro e/ou motociclista do veículo protegido venha a falecer em virtude de acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste benefício.

I - Para os passageiros menores de 14 (quatorze) anos, a proteção decorrente de acidente pessoal estará adstrita ao reembolso de despesas como, por exemplo, as despesas com funeral (exceto com aquisição de terrenos, jazigos ou túmulo), limitadas ao valor do capital beneficiário, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais e/ou notas fiscais especificadas, as quais, por sua vez, podem ser substituídas, a critério da fornecedora, por outros comprovantes satisfatórios, a serem solicitados oportunamente, observando-se que:

- a) não se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

§ 2º - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização, ao próprio passageiro e/ou motociclista do veículo protegido, limitada ao valor do capital beneficiário, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por acidente pessoal de passageiro(s) e/ ou motociclista, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste benefício.

I - A invalidez permanente mencionada deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

II - Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para sua recuperação), e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a

fornecedora pagará ao próprio beneficiário uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela constante do Anexo I, desta(s).

III - Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista neste plano de benefício para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

IV - Nos casos não especificados neste plano de benefício, a indenização é estabelecida tomando por base a diminuição permanente da capacidade física do beneficiário, independentemente de sua profissão.

V - Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

VI - Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

VII - A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

Art. 14 - As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do beneficiário em consequência do mesmo acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital beneficiário por morte, se contratada esta garantia.

Art. 15 - São garantias adicionais:

§ 1º - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Garante o reembolso, até o limite do capital beneficiário, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Beneficiário para seu tratamento, sob orientação médica, iniciando nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Benefício.

I - As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos no item: Liquidação de Eventos.

II - Cabe ao beneficiário a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

§ 2º - Diárias de Incapacidade (DI): Garante o pagamento do capital beneficiário, observando o limite

contratual máximo de 90 (noventa) diárias, no caso de incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Beneficiário exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Benefício. Esta garantia apenas poderá ser contratada em caso de trabalho autônomo.

§ 3º - Funeral por Morte Acidental (FUN MA): Garante a prestação do Serviço de Assistência Funeral, em caso de morte do Beneficiário ocasionada por causas acidentais, durante a vigência da cobertura individual do Benefício, observados o disposto no item: Riscos Excluídos, sendo este Serviço limitado ao valor do Capital Beneficiário vigente na data de falecimento do Beneficiário.

a) Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral são os descritos abaixo:

- i. Assessoria para as Formalidades Administrativas – a Central de Atendimento solicitará e encaminhará à funerária do município de domicílio do Beneficiário os documentos necessários para o sepultamento ou Cremação (onde existir esse serviço) e adotará as medidas devidas para a realização do funeral, com a devolução de toda a documentação respectiva para os familiares e/ou pessoa responsável, informando o(s) das providências que devem ser tomadas. Se for necessário, um membro da família ou pessoa responsável deverá acompanhar o representante da prestadora de serviço para o encaminhamento das formalidades administrativas.
- ii. Registro de Óbito – a Central de Atendimento efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família e/ou pessoa responsável.
- iii. Serviço de Retorno do Corpo – em caso de falecimento do Beneficiário durante viagem, em todo o território nacional, a Central de Atendimento atenderá às formalidades necessárias para o retorno do corpo, transportando-o em esquife standard até o município de domicílio do Beneficiário.
- iv. Carro Funerário – a Central de Atendimento colocará à disposição dos familiares um carro funerário para o transporte do corpo, do local do óbito até o local do velório, e depois até o local onde se dará o sepultamento, desde que dentro do mesmo município.
- v. Urna Mortuária – a Central de Atendimento disponibilizará urna mortuária padrão (urna sextavada de madeira com visor, seis alças ou alças tipo varão, forrada em tecido, com babado e acabamento externo em verniz de alto brilho. No caso de impossibilidade de utilização da urna padrão, a Central de Atendimento disponibilizará mais 3 (três) tipos de urna, para livre escolha dos familiares ou representante legal.
- vi. Ornamentação – a Central de Atendimento disponibilizará ornamentação para o funeral, que consiste em:
 - vii. uma coroa de flores;
 - viii. enfeite floral (no interior da urna);
 - ix. véu para cobrir o corpo;
- x. Paramentos – a Central de Atendimento responsabilizar-se-á pelos castiçais e velas que acompanharão a urna, bem como pelo aparelho de ozona.
- xi. velório – a Central de Atendimento colocará à disposição dos familiares uma sala velatória ou capela conforme o local do sepultamento.
- xii. mesa de condolências – a Central de Atendimento providenciará uma mesa, no velório, onde será colocado o livro de presença do cerimonial.

xiii. sepultamento ou cremação – a Central de Atendimento adotará as providências para o sepultamento do falecido no túmulo ou jazigo da família. No caso de a família optar por cremação, a mesma deverá ser executada no local de residência do beneficiário ou, caso não haja este serviço na localidade, na cidade mais próxima em que seja possível fazê-lo e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do ASSOCIADO, respeitando o limite do Capital Beneficiário vigente na data do falecimento e compartilhado entre os demais serviços.

xiv. locação de jazigo – caso a família não disponha de local para o sepultamento, a Central de Atendimento responsabilizar-se-á pela locação de um jazigo, em cemitério público municipal. Se a família optar por um cemitério privado, a locação será realizada desde que seus valores sejam equivalentes ou superiores em até 20% (vinte por cento) do valor pago a título de locação ao cemitério municipal. O prazo de duração dar-se-á pelo período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade local.

xv. traslado do corpo – a Central de Atendimento providenciará o transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito somente para a cidade onde realmente o Beneficiário mantinha residência oficial, através do meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada.

b) Os itens citados acima, quando prestados, não poderão somar valor superior ao valor do Capital Beneficiário vigente na data de falecimento do Beneficiário e, na hipótese de a soma dos valores dos itens prestados excederem o limite do Capital Beneficiário, o pagamento do valor em excesso será de responsabilidade do(s) familiar(es) do Beneficiário.

c) Alternativamente, por opção do(s) Beneficiário(s), a prestação do Serviço de Assistência Funeral poderá ser substituída pelo reembolso, ao responsável pelo pagamento, das despesas ocorridas com o funeral do Beneficiário, limitado ao(s) valor(es) da(s) respectiva(s) Nota(s) Fiscal(is), e respeitando-se o Capital Beneficiário vigente na data do falecimento.

d) Todos os itens do Serviço serão prestados de acordo com a infraestrutura, regulamentos, legislação, costumes, localização e horário do local do sepultamento.

e) Todos os itens do Serviço serão executados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pelo(s) familiar(es) do Beneficiário.

§ 4º - Rescisão Contratual (RC): Garante ao Estipulante do Benefício o pagamento do capital beneficiário contratado para esta garantia em caso de morte do beneficiário decorrente de acidente pessoal coberto, durante a vigência do Benefício, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista. Esta garantia apenas poderá ser incluída quando houver vínculo trabalhista formal entre beneficiário e estipulante, o veículo beneficiário for de propriedade do estipulante e cuja função do beneficiário seja realizada no veículo.

Art. 16 - As garantias adicionais, quando contratadas, somente podem ser concedidas para a totalidade do Grupo Beneficiário.

CAPÍTULO VII

DOS RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 17 - Além das exclusões já destacadas nesta Resolução, estão expressamente excluídos de todas as

garantias deste benefício os eventos ocorridos em consequência:

- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b) de competições, gincanas, apostas e provas de velocidade, legalmente autorizadas ou não, disputadas com o veículo, inclusive treinos preparatórios;
- c) do condutor dirigir veículo sem que possua habilitação legal e apropriada à categoria do veículo, ou que esteja com o exame médico vencido e não renovado por indeferimento do competente órgão de trânsito ou, finalmente, por pessoa em situação de impedimento para conduzir veículos automotores por saldo de pontuação em excesso, conforme o Código Brasileiro de Trânsito;
- d) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo condutor e passageiro(s), de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- e) de acidentes diretamente ocasionados pela inobservância a disposições legais, inclusive relativas à lotação de passageiro(s) e/ou motociclista, dimensão, peso e acondicionamento da bagagem transportada;
- f) de trânsito do veículo por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego, praias ou terrenos arenosos, e/ou trilhas;
- g) do veículo protegido ter sido roubado ou furtado;
- h) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- j) de contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- k) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- l) de trânsito em veículos de pronto-socorro, ambulância ou similares;
- m) de atos ilícitos dolosos praticados pelo beneficiário, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- n) de atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes, do estipulante;
- o) dos denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;
- p) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- q) de suicídio cometido pelo beneficiário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil. Nestas circunstâncias, o presente benefício não prevê a reversão de provisões técnicas aos beneficiários do falecido, uma vez que a estrutura técnica do plano não a permite;
- r) de suicídio ou sua tentativa, ocorrido fora do veículo em qualquer tempo da vigência da cobertura;

- s) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- t) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

Art. 18 - Também não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à fornecedora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

Art. 19 - Estão excluídos do Serviço de Assistência Funeral os seguintes itens:

- a) Serviços solicitados pelo(s) familiar(es) ou pelo Beneficiário, anteriormente ao óbito, sem prévio consentimento da Fornecedora, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.
- b) Despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos, com exceção da locação de jazigo.
- c) Sepultamento de membros.
- d) Confecção de lápide.
- e) Aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios).
- f) Reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares.
- g) Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência ou fora da vigência do Benefício.
- h) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

Art. 20 - Encontram-se ainda excluídos das garantias deste benefício, quaisquer indenizações, mesmo em consequência de eventos cobertos, decorrentes de:

- a) Danos Morais e Estéticos, no qual esteja o beneficiário obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do beneficiário.
- c) Perdas e Danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela proteção.

CAPÍTULO VIII

DA ACEITAÇÃO

Art. 21 - A proposta, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante/proponente ou seu representante legal, deverá ser entregue à fornecedora. As condições gerais deste benefício deverão estar à disposição do Estipulante e dos beneficiários, quando da apresentação da proposta. Na proposta constará cláusula na

qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

§ 1º - A fornecedora fornecerá ao proponente (ou seu representante legal) um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

§ 2º - Recebida a proposta pela fornecedora terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a fornecedora avaliará o risco. O benefício será automaticamente aceito, caso a fornecedora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada.

§ 3º - Em caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação, observado o exposto abaixo:

a) Caso o proponente do benefício seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto nesta cláusula.

b) Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto nesta cláusula, desde que a sociedade fornecedora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxaço do risco.

Art. 22 - Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total contratado, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzidos da parcela "pro rata temporis", correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

Art. 23 - A fornecedora, obrigatoriamente, procederá à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da fornecedora no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta

§ 1º - A fornecedora emitirá e enviará o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

§ 2º - A aceitação do benefício estará sujeita à análise do risco.

Art. 24 - O Beneficiário que, na vigência do contrato, pretender obter novo benefício, nesta ou em outra fornecedora, e especificamente para a garantia adicional de DMHO, deverá comunicar a sua intenção, previamente, por escrito, a todas as fornecedoras envolvidas, sob pena de perda do direito.

Parágrafo único - Uma vez contratado o novo benefício, as indenizações de que tratam ambos os contratos serão apuradas conforme as Condições Especiais da garantia adicional de DMHO.

CAPÍTULO IX

DO CAPITAL BENEFICIÁRIO

Art. 25 - Capital beneficiário é o valor máximo, estabelecido para cada garantia contratada, a ser pago ou reembolsado pela fornecedora, no caso de ocorrência de evento coberto, durante a vigência do benefício.

§ 1º - O capital beneficiário para cada uma das garantias será aquele estipulado entre as partes, no momento da contratação ou renovação do Benefício, e constará do respectivo contrato.

§ 2º - O capital beneficiário será estabelecido por passageiro e/ou motociclista de veículo, ou seja, em caso de evento, não será rateado entre seus ocupantes, devendo cada um dos mesmos ser indenizado, de forma individual, até o limite do capital beneficiário contratado, respeitada a lotação máxima permitida para o veículo.

§ 3º - Caso ambas as garantias básicas sejam contratadas, seus respectivos capitais beneficiários devem possuir o mesmo valor.

§ 4º - O capital beneficiário para a garantia adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, quando contratada, não poderá ser superior a 30% (trinta por cento) do capital beneficiário para a garantia básica.

§ 5º - Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital beneficiário, quando da liquidação dos eventos, a data do acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista.

§ 6º - A reintegração do capital beneficiário nos casos de indenização por Invalidez Parcial por Acidente, Invalidez Total por Acidente, por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas ou por Diárias de Incapacidade é

automática após cada acidente.

§ 7º - A aceitação, pela Fornecedora, de estabelecimento de capital beneficiário superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

Art. 26 - Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

§ 1º - Os capitais beneficiários e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de aniversário do benefício, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário, cujo valor poderá ser repassado na respectiva contribuição do ASSOCIADO.

§ 2º - Na hipótese de extinção do índice Proposta de Pactuado, será adotado, em substituição, o Índice

Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

§ 3º - Esta cláusula não se aplica a contratações com vigência inferior a um ano.

CAPÍTULO X

DOS PRAZOS DE SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Art. 27 - O benefício será automaticamente suspenso em caso de inadimplência, e cancelado conforme regras estipuladas para a respectiva proteção veicular.

CAPÍTULO XI

DAS LIQUIDAÇÕES

Art. 28 - Em caso de liquidação do benefício, aplicam-se as regras abaixo:

I - O evento coberto pelo Benefício deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Beneficiário, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário correspondente indicado pela Fornecedora, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Fornecedora.

II - A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário correspondente indicado pela Fornecedora, preenchido e assinado pelo Beneficiário ou seu representante legal (conforme o caso).

III - Qualquer indenização somente passa a ser devida se o ASSOCIADO estiver adimplente com suas obrigações associativas.

IV - Para recebimento da indenização das garantias contratadas, o Beneficiário ou deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias relacionadas com ele, ficando facultado à Fornecedora e/ou COONECTA quaisquer medidas tendentes à elucidação do evento.

V - O Beneficiário acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

VI - As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Beneficiário dentro de 1 (um) ano a contar da data do evento e em sua decorrência, a Fornecedora pagará a indenização devida pela Morte por Acidente, deduzida a importância já paga pela Invalidez Permanente. Entretanto, se a indenização já paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte, não será exigida a devolução da diferença.

VII - Mensalmente, e enquanto perdurar o pagamento da indenização por Diárias de Incapacidade Temporária, o Beneficiário obriga-se a encaminhar à Fornecedora e/ou COONECTA Laudo Médico que

atesta a sua incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer qualquer atividade laboral remunerada.

VIII - As despesas efetuadas com a comprovação do evento e com os documentos de habilitação correrão por conta do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Fornecedora.

IX - Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Fornecedora.

X - A partir da data do recebimento pela Fornecedora e/ou COONECTA da documentação exigível para regulação do evento em cada garantia, relacionada nas Condições Especiais, contar-se-á o prazo para o pagamento da indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Fornecedora cumprir o referido prazo.

XI - Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, ou da habilitação do(s) Beneficiário(s), a Fornecedora e/ou COONECTA poderá exigir do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos nas Condições Especiais, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do evento, que só voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

XII - Transcorrido o prazo a que se referem os itens acima, sem que tenha sido paga a indenização, o valor do capital beneficiário da garantia será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acrescido de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

XIII - A atualização a que se refere o item acima, será efetuada com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

XIV - As providências ou atos que a Fornecedora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.

XV - A indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.

XVI - Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Beneficiário ou do(s) Beneficiário(s) contra a Fornecedora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.

XVII - A Fornecedora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Beneficiário, propor ao Beneficiário, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Fornecedora, outro pelo Beneficiário e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro

nomeado pelo Beneficiário.

XVIII - As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

Art. 29 - Já para casos de liquidação de eventos - serviço de assistência funeral, o ASSOCIADO necessita cumprir os seguintes requisitos:

I - Em caso de evento coberto por este Benefício, o(s) familiar(es) do Beneficiário ou seu representante legal deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à Fornecedora, a qual providenciará a execução e a prestação do Serviço de Assistência Funeral, utilizando-se de prestadores terceirizados a ela conveniados.

II - O comunicado mencionado no item anterior deverá ser realizado através da Central de Atendimento da COONECTA.

III - Ao comunicar o evento, o(s) familiar(es) do Beneficiário ou seu representante legal deverá(ão) informar o nome do Beneficiário falecido, CPF, endereço, os documentos necessários para comprovar o vínculo familiar e demais informações solicitadas pela Central de Atendimento:

- a) Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem; E
- b) Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração do(s) familiar(es) do Beneficiário, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada pela Central de Atendimento para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

IV - Após a realização do funeral do Beneficiário falecido, a família deverá entregar, ao representante da prestadora do Serviço de Assistência Funeral, cópia autenticada da Certidão de Óbito, da Carteira de Identidade e CPF do Beneficiário.

V - Realizada a prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento posterior do Capital Beneficiário ao(s) Beneficiário(s).

Art. 30 - Em caso de reembolso de despesas com funeral, cumpri-se o contido nos incisos abaixo:

I - Em caso de evento coberto por este Benefício e não tendo sido acionado o Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o evento à Fornecedora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Evento e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos supra listados.

II - Tendo sido realizada a prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) o direito ao recebimento do Capital Beneficiário.

III - A partir da data do recebimento pela Fornecedora da documentação exigível para regulação do Evento em cada garantia, contar-se-á o prazo para o pagamento da Indenização, o qual será de, no máximo, 30 (trinta) dias.

IV - Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento coberto, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do Evento, a Fornecedora poderá exigir do(s) Beneficiário(s) outros documentos, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do Evento, que voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

V - A ocorrência do Evento será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

Evento	Documentação
Morte Acidental	a); b); c); d); e); f); g); h); i); j)

Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Evento:

- a) formulário de aviso de evento, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Beneficiário.
- c) cópia autenticada ou comprovante original das despesas realizadas com o funeral, contendo nome completo e CPF do responsável pelo pagamento das despesas.
- d) cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária do responsável pelo pagamento das despesas com a realização do funeral.
- e) cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF do Beneficiário e comprovante de residência do Beneficiário.
- f) documentos dos Beneficiários:
 - i. cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
 - ii. companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
 - iii. filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
 - iv. outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
- v. Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
- g) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.
- h) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Beneficiário.
- i) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.
- j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

VI - A critério da Fornecedora, e desde que negociado com o Estipulante/Subestipulante, poderão ser dispensados alguns documentos listados acima (documentos Básicos para Regulação de Evento).

VII - O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores contratados.

CAPÍTULO XII

DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 31 - O beneficiário perderá o direito à indenização, caso o mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) agravarem intencionalmente o risco;
- b) por inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse benefício;
- c) agirem com dolo, culpa grave, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um evento, ou ainda, agravando ou majorando suas consequências;
- d) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro.

Se o beneficiário, seu representante, ou seu corretor de benefícios fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o beneficiário obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do beneficiário, a fornecedora poderá:

Art. 32 – Na hipótese de não ocorrência do evento:

- a) cancelar o benefício, retendo, do prêmio originalmente Proposta de Pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do benefício, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a garantia contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de evento com pagamento parcial do capital beneficiário:

- a) cancelar o benefício, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente Proposta de Pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do benefício, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao beneficiário ou ao beneficiário ou restringindo a garantia contratada para riscos futuros.

Na hipótese de ocorrência de evento com pagamento integral do capital beneficiário, cancelar o benefício, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

Art. 33 - O(s) beneficiário(s) se obriga(m) a comunicar à Fornecedora e/ou à COONECTA, logo que saibam, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciaram de má-fé. A fornecedora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o benefício ou, mediante acordo entre as partes, restringir a garantia contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. O cancelamento do benefício só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Art. 34 - O beneficiário não tem direito ao capital estipulado em caso de suicídio nos primeiros dois anos

de vigência inicial da cobertura individual, da sua recondução depois de suspenso ou em qualquer tempo da vigência do seguro, caso o evento ocorra fora do veículo protegido.

Art. 35 - A Fornecedora não se sub-roga em eventuais direitos dos Beneficiários por efeito do pagamento do reembolso das despesas ocorridas com o funeral.

Tabela(s) para cálculo das indenizações:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o capital beneficiário
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
1.1.1.	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
1.1.2.	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
1.1.3.	Perda total do uso de ambas as mãos	100
1.1.4.	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
1.1.5.	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
1.1.6.	Perda total do uso de ambos os pés	100
1.1.7.	Alienação mental total e incurável	100

PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o beneficiário já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
PARCIAL DIVERSOS	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Imobilidade do segmento óraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60

	Fratura não consolidada de um dos números	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o etacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos	12

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	(*)
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio- peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	(*)
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15

	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros:	Sem indenização

CAPÍTULO XIII

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Art. 36 - A Proteção para Morte Acidental (MA), regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais, tem por objetivo garantir o pagamento do capital beneficiário, ao(s) beneficiário(s) do Estipulante, caso o passageiro e/ou motociclista do veículo protegido venha a falecer em virtude de acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste benefício.

§ 1º - O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital beneficiário, dependerá da apresentação dos seguintes documentos do Beneficiário:

- Aviso de Evento e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Beneficiário;
- Cópia autenticada da certidão de óbito;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Beneficiário;
- Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do evento;
- Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo protegido, envolvido no acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, nos casos em que o beneficiário seja o condutor do veículo.

§ 2º - Documentos dos beneficiários:

- Autorização de Crédito preenchida e assinada por todos(as) beneficiários(as), com comprovante bancário (agência, conta e banco);
- No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- Alvará Judicial (somente no caso de não haver declaração de beneficiários ou a pessoa declarada for falecida);

§3º - A garantia de Morte Acidental, nos benefícios de componentes dependentes menores de 14

(quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Fornecedora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

§ 4º - Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado.

§ 5º - Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CAPÍTULO XIV

PROTEÇÃO PARA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

Art. 37 - A Proteção para Invalidez Permanente por Acidente, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais, garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Benefício. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Fornecedora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o capital beneficiário
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Beneficiário já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50

	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	50
	Anquilose total de um dos punhos	20

PARCIAL SUPERIORES	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um do polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	40
PARCIAL INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100

PARCIAL INFERIORES	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelo	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10

	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	50
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	20
	de 4 (quatro) centímetros	15
	de 3 (três) centímetros	10
	menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	6

I - Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

II - Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

III - Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando por base a diminuição permanente da capacidade física do Beneficiário, independentemente de sua profissão.

IV - Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

V - Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

VI - Para efeito da indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

VII - A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

VIII - O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital beneficiário, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- Aviso de Evento preenchido pelo Beneficiário;
- Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Beneficiário;
- Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Beneficiário e Médico Assistente;
- Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Beneficiário;

- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Beneficiário; e
- f) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do evento.
- g) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo protegido, envolvido no acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, nos casos em que o beneficiário seja o condutor do veículo.
- h) Comprovante de conta bancária do beneficiário ou do conduto (nos casos em que o beneficiário seja o condutor); e
- i) Comprovante de residência.

IX - A Fornecedora deverá em caso de divergências e dúvida de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Beneficiário, propor ao Beneficiário, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Fornecedora, outro pelo Beneficiário e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo beneficiário.

X - A invalidez permanente prevista nestas condições deve ser comprovada através de declaração médica.

XI - A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

XII - Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do beneficiário em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital beneficiário por morte, se contratada esta garantia.

XIII - Após cada acidente, haverá reintegração total do capital beneficiário desta garantia.

CAPÍTULO XV

PROTEÇÃO PARA DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Art. 38 - A Proteção para Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital beneficiário, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Beneficiário para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, observado o disposto a seguir:

§ 1º - Não estão abrangidas nesta garantia as despesas decorrentes de:

- I- estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- II- aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as

próteses pela perda de dentes naturais;

III-tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

IV-medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;

V- transplantes; e

VI-consultas domiciliares.

§ 2º - Cabe ao Beneficiário a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

§3º - Preservada a livre escolha, a Fornecedora reserva-se o direito de estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Beneficiário.

§ 4º - A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Beneficiários.

§ 5º - O pagamento da indenização, respeitado o limite da importância contratada, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Evento devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Beneficiário;
- b) Comprovante do pagamento do prêmio do mês imediatamente anterior ao da ocorrência do evento;
- c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Beneficiário;
- d) Relatório original do médico que tenha assistido o Beneficiário, com a descrição das lesões, suas prováveis causas e o tratamento recomendado;
- e) Registro da ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Beneficiário;
- f) Originais dos comprovantes das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- g) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo protegido, envolvido no acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, nos casos em que o beneficiário seja o condutor do veículo.

§ 6º - Possuindo o Beneficiário mais de um Benefício de Acidentes Pessoais, nesta ou em outra Fornecedora, garantindo Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade da Fornecedora, por este Benefício, será igual, em cada evento, a importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites beneficiários para cada garantia em todas as proteções em vigor na data do evento.

§ 7º - Após cada acidente, haverá reintegração total do capital beneficiário desta garantia.

CAPÍTULO XVI

PROTEÇÃO DIÁRIAS DE INCAPACIDADE (DI)

Art. 39 - A Proteção Diárias de Incapacidade, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições

Gerais, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Beneficiário, até o limite contratado de diárias e de capital beneficiário, no caso de incapacidade diretamente resultante de acidente pessoal coberto.

§ 1º - A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Beneficiários.

§ 2º - A Fornecedora indenizará o valor correspondente ao número de diárias equivalente ao período em que perdurar, efetivamente, o estado de incapacidade laborativa do Beneficiário, respeitado o limite de 90 (noventa) diárias por ano de vigência do contrato, podendo a Fornecedora estabelecer uma "franquia" de no máximo 15 dias, devidamente especificada no Contrato. Considera-se como franquias o período contado a partir do dia da caracterização e comprovação da incapacidade laborativa do beneficiário durante o qual ele não terá direito à percepção das diárias.

§ 3º - A garantia de Diária de Incapacidade é devida a partir do dia da caracterização e comprovação da incapacidade do Beneficiário, respeitado o período de franquias fixado no Contrato.

§ 4º - A Incapacidade de que trata essa Condição Especial é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Beneficiário exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Benefício.

§ 5º - O valor de cada Diária de Incapacidade corresponderá àquele expressamente estipulado nas Condições Contratuais e no Certificado Individual no item relativo à "Capital Beneficiário".

§ 6º - O pagamento da indenização, respeitados o número de diárias contratado e o limite do capital beneficiário dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Evento, devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Beneficiário, e requerimento de indenização;
- b) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do evento;
- c) Cópia autenticada da cédula de identidade do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Beneficiário;
- d) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Beneficiário, quando for o caso;
- e) Boletim de atendimento hospitalar com data da entrada na emergência para receber os primeiros socorros ou Parte de Acidente;
- f) Laudo Médico expedido pelo órgão de saúde e respectiva publicação da licença de saúde, informando a causa da incapacidade, o número de dias em que ficou afastado e a data do retorno às atividades profissionais;
- g) Boletins Internos da Unidade, do período do afastamento desde o acidente até o apto, quando for o caso;
- h) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do

condutor do veículo protegido, envolvido no acidente pessoal de passageiro(s) e/ou motociclista, nos casos em que o beneficiário seja o condutor do veículo.

§ 7º - Enquanto perdurar o pagamento de Diárias de Incapacidade, ou a qualquer tempo quando solicitado pela Fornecedora, o Beneficiário obriga-se a comprovar através de Laudo Médico a permanência do seu estado de plena incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer a sua profissão ou ocupação.

§ 8º - A indenização por esta garantia é cumulativa com quaisquer outras garantias contratadas.

§ 9º - Após cada acidente, haverá reintegração total do capital beneficiário desta garantia.

CAPÍTULO XVII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40 - Com o pagamento dos benefícios previstos, a COONECTA ficará sub-rogada, até o limite pago, em todos os direitos e ações do ASSOCIADO contra aquele que por ato, fato ou omissão tenham causado prejuízos ou para eles contribuído.

Art. 41 - O ASSOCIADO declara que leu e têm pleno conhecimento de todas as normas contidas nesta Resolução e no Estatuto Social da COONECTA, e que aceita todas as condições aqui estabelecidas, sendo de sua plena responsabilidade o acompanhamento das regras em vigor.

Art. 42- Os serviços terceirizados prestados por parceiros (tais como serviços de reparos, serviços da assistência 24 horas, quaisquer serviços em caso de eventos danosos), são de sua inteira atribuição, sendo, porém, de responsabilidade da COONECTA, apenas e tão somente, o valor cobrado por estes Benefícios. Os regulamentos/manuais dos benefícios adicionais bem como suas especificações, descrições e exigências são fornecidos pelas empresas contratadas, abstendo-se a COONECTA de quaisquer responsabilidades inerentes às descrições supramencionadas.

Art. 43 - O ASSOCIADO declara que todas as informações prestadas por ele à COONECTA são verdadeiras e, caso haja qualquer falsidade nas informações, o ASSOCIADO será imediatamente excluído do quadro social, sem direito a nenhum tipo de ressarcimento.

Art. 44 - A presente Resolução entra em vigor a partir da data da sua publicação, substituindo qualquer outro que tenha sido emitido anteriormente, sendo obrigatório seu cumprimento por todos os ASSOCIADOS.

CAPÍTULO XVIII

DO FORO

Art. 45- Fica eleito o foro da comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas que surgirem relativas a este guia, afastando quaisquer outros foros por mais privilegiados que sejam.

Curitiba, 15 de julho de 2025.

Esta Resolução foi aprovada na Reunião do Conselho de Administração da Coonecta, realizada em 14 de julho de 2025, e publicada em 15 de julho de 2025, data a partir da qual entra em vigor.