

## **GUIA DE REQUISITOS PARA RECLAMAR BENEFICIOS EN POLIZAS DE CANCER**

### **TRIPLE PROTECCION DORADA-MODIFICADA-PLUS, DIAMANTE, SERIE SSS, PERNICIOSAS Y UNIDADES**

**DOCUMENTOS PARA ENVIAR EN LAS RECLAMACIONES POR CANCER Y ENFERMEDADES PERNICIOSAS O TEMIDAS Y HOSPITALIZACION POR CUALQUIER ENFERMEDAD CON PÉRDIDAS INCURRIDAS EN SEIS (6) MESES O MENOS DE VIGENCIA. EN RECLAMACIONES PARA LOS DEMAS SUPLEMENTOS O ENDOSOS, LOS DOCUMENTOS DEBEN ENVIARSE SI LAS PÉRDIDAS OCURREN DENTRO DEL PERIODO DE CONTESTABILIDAD DE DOS AÑOS:**

- TRES (3) AUTORIZACIONES EN ORIGINAL PARA SOLICITAR INFORMACION MEDICA FIRMADA POR EL PACIENTE MAYOR DE 21 AÑOS DE EDAD, SI ES MENOR DE EDAD, POR UNO DE SUS PADRES O TUTOR LEGAL (POS-0190-42 (ESP.) (R-0606)
- COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTO Y FIRMA DEL PACIENTE
- LISTA DE NOMBRES DE MEDICOS Y HOSPITALES INCLUYENDO: TELEFONOS, DIRECCION Y ESPECIALIDAD DE LOS MEDICOS (ULTIMOS 2 AÑOS)
- COPIA DE RECORD DE LOS PASADOS DOS (2) AÑOS ANTERIORES A LA EMISION DE LA POLIZA DEL MEDICO QUE COMENZO A TRATARLO POR LA CONDICION QUE RECLAMA
- CERTIFICACION DE UTILIZACION DEL PLAN MEDICO DETALLADO CON LAS FECHAS DE LOS SERVICIOS MEDICOS INCLUYENDOS LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICO CON ANTERIORIDAD A LOS DOS AÑOS DE EMISION DE LA POLIZA

**RECLAMACION DE HIJO DEPENDIENTE MAYOR DE 21 Y MENOR DE LA EDAD QUE INDIQUE LA POLIZA:**

- CERTIFICACION DE ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO EN UNA INSTITUCION ACADEMICA DEBIDAMENTE APROBADA (CON FECHA CERCANA AL PERIODO RECLAMADO).
- HIJOS NO NATURALES NI ADOPTADOS PERO QUE DEPENDAN DEL ASEGURADO PRIMARIO, DEBEN ENVIAR COPIA DE LA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESO; PARA HIJOS LEGALMENTE ADOPTADOS, ENVIAR DECRETO FINAL DE ADOPCION.

**PAGO DE PRIMA POR DEDUCCION DE NOMINA (NO APLICA A DEBITO):**

- COPIA DEL TALONARIO QUE REFLEJE EL PRIMER DESCUENTO DE PRIMA PARA LA FECHA DE LA PERDIDA O CERTIFICACION DE DESCUENTO DEL PATRONO.

## **BENEFICIOS EN LAS POLIZAS DE CANCER Y ENFERMEDADES PERNICIOSAS O TEMIDAS (CORROBORE ANTES LOS BENEFICIOS QUE CONTIENE LA POLIZA)**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA LA POLIZA DE CANCER (CL-0801-108 (R-1012) COMPLETADO Y FIRMADO POR:
  - RECLAMANTE - DEBE SER COMPLETADO EN CADA RECLAMACION
  - RECLAMANTE - AVISO DE LEY ANTIFRAUDE NUM. 230 DEL 9 DE AGOSTO DE 2008 (EN CASO DE NO ESTAR CONTENIDO EN LOS FORMULARIOS DE RECLAMACION)
  - OFICIAL DE RECORD MEDICO DEL HOSPITAL PARA QUE CERTIFIQUE LA ADMISION EN CUARTO REGULAR O UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
  - MEDICO DE CABECERA (EN RECLAMACIONES POR CANCER O ENFERMEDADES TEMIDAS, COMPLETAR SOLAMENTE EN LA PRIMERA RECLAMACION)

### **PRUEBAS INICIALES PARA DIAGNOSTICO DE CANCER Y/O ENFERMEDADES TEMIDAS**

- CERTIFICACION MEDICA
- INFORME DE EXAMEN PATOLOGICO POSITIVO
- FACTURAS DE PRUEBAS REALIZADAS: LABORATORIOS, ESTUDIOS NUCLEARES, RAYOS X, ETC PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO POSITIVO
- RESULTADO DE ESTUDIOS REALIZADOS PARA LLEGAR AL PRIMER DIAGNOSTICO: LABORATORIOS, ESTUDIOS NUCLEARES, RAYOS X, ETC

### **RELEVO DE PAGO DE PRIMA**

- SER EL ASEGURADO PRINCIPAL

### **HOSPITAL, MEDICINAS Y CUBIERTA DE HOSPITALIZACION PROLONGADA**

- HOJA DE ADMISION Y RESUMEN DE ALTA
- O LA CERTIFICACION DE UN OFICIAL DE RECORD MEDICO QUE INDIQUE LAS FECHAS Y DIAGNOSTICOS DE LA HOSPITALIZACION

### **INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD O PERDIDA DE INGRESOS MIENTRAS ESTE HOSPITALIZADO**

- SER EL ASEGURADO PRINCIPAL Y ESTAR TRABAJANDO

### **CUIDADO INTENSIVO**

- CERTIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE RECORD MEDICO CON DIAGNOSTICO, FECHA Y HORA DE ENTRADA Y SALIDA
- O LAS NOTAS DE ENFERMERA DE LA ADMISION EN LA UNIDAD DE INTENSIVO

### **HOGAR DE CONVALECENCIA**

- ORDEN MEDICA REQUIRIENDO LA ESTADIA EN UNA CASA DE CONVALECENCIA
- HOJA DE ALTA DE LA ADMISION DEL HOSPITAL
- FACTURA DE LA ESTADIA EN LA CASA DE CONVALECENCIA

### **MEDICO PERSONAL**

- NOTAS DE VISITAS DEL MEDICO PERSONAL EN LA HOSPITALIZACION
- FACTURA DE LAS VISITAS AL HOSPITAL, QUE NO SEAN POST OPERATORIAS

### **SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERAS**

- ORDEN MEDICA JUSTIFICANDO LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA EN EL HOSPITAL
- RECIBO DE PAGO POR LOS SERVICIOS CON FECHA Y COSTOS

### **SERVICIOS DE ENFERMERA EN EL HOGAR**

- ORDEN MEDICA INDICANDO EL PERIODO NECESARIO Y LA JUSTIFICACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERA EN EL HOGAR
- RECIBO DE PAGO POR LOS SERVICIOS BRINDADOS

**CIRUGIA Y ANESTESIA**

- REPORTE DE CIRUGIA
- FACTURA DEL CIRUJANO
- REPORTE DE PATOLOGIA DE LA CIRUGIA

**SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA**

- HOJA DE LA CONSULTA MEDICA POR LA SEGUNDA OPINION
- FACTURA DEL CIRUJANO POR LA SEGUNDA OPINION

**SANGRE Y PLASMA**

- FACTURA DEL HOSPITAL CON LOS CARGOS DE SANGRE Y/O PLASMA
- REGISTRO DE LA TRANSFUSION REALIZADA

**RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA Y TERAPIA EXPERIMENTAL**

- FACTURA O RECIBO CON NOMBRE, COSTO, CODIGO Y FECHA DEL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O TERAPIA EXPERIMENTAL
- LA CERTIFICACION DE LA FARMACIA CON EL COSTO DEL MEDICAMENTO

**AMBULANCIA**

- HABER ESTADO ADMITIDO EN UN HOSPITAL
- FACTURA DE LA AMBULANCIA

**TRANSPORTACION AEREA PARA EL ASEGURADO**

- ORDEN MEDICA CERTIFICANDO TRATAMIENTO EN UNA INSTITUCION FUERA DEL PAIS POR UN HEMATOLOGO-ONCOLOGO
- RECIBO DE COMPRA DEL BOLETO AEREO POR TARIFA REGULAR

**TRANSPORTACION AEREA Y HOSPEDAJE PARA FAMILIAR ACOMPAÑANTE**

- RECIBO DE COMPRA DEL BOLETO AEREO POR TARIFA REGULAR DEL ACOMPAÑANTE
- RECIBO DE PAGO DE HOSPEDAJE PARA ACOMPAÑANTE ADULTO

**PROTESIS DEL SENO Y OTRAS PROTESIS**

- FACTURA ADQUISICION DE PROTESIS

**RECONSTRUCCION DE SENO**

- REPORTE DE CIRUGIA
- FACTURA DEL CIRUJANO

**CANCER DE LA PIEL**

- CERTIFICACION MEDICA
- INFORME DEL EXAMEN PATOLOGICO POSITIVO
- REPORTE DE CIRUGIA
- FACTURA DEL DERMATOLOGO

**RECLUSION EN EL HOGAR POR CANCER TERMINAL**

- ORDEN MEDICA CON LA RAZON PARA RECLUIRLO EN LA CASA

**GASTOS DE FUNERAL**

- FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE COMPLETADO POR EL RECLAMANTE - CL-0586-58 (R-1012)
- COPIA DE SEGURO SOCIAL DEL RECLAMANTE
- COPIA DE IDENTIFICACION DEL RECLAMANTE
- ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION (FORMA RD-77) CON CAUSA(S) DE MUERTE
- RECIBO DE PAGO POR EL SERVICIO FUNERAL

**EN CASO DE NO HABERSE PAGADO EL SERVICIO FUNERAL DEBE ENVIAR:**

- FACTURA DE LA FUNERARIA
- AVISO DE LEY 230 ANTIFRAUDE (FIRMADO POR EL DIRECTOR FUNERAL)
- DESIGNACION DE BENEFICIOS AUTORIZANDO EL PAGO PENDIENTE A LA FUNERARIA FIRMADA POR LA PERSONA RESPONSABLE DEL SERVICIO FUNERAL
- COPIA DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE FIRMA LA DESIGNACION

**DIAGNOSTICO POST MORTEM**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA POLIZA DE CANCER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL BENEFICIARIO - CL-0801-108 (R-1012)
- COPIA DE LA IDENTIFICACION CON FIRMA DEL BENEFICIARIO
- ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION (FORMA RD-77)
- CERTIFICACION MEDICA COMPLETADA POR EL MEDICO DE CABECERA QUE NO SEA EL CIRUJANO NI ONCOLOGO
- RESUMEN DE ADMISION Y ALTA DE LA HOSPITALIZACION INCURRIDA DURANTE LOS 45 DIAS ANTERIORES A LA FECHA DEL DECESO O CERTIFICACION DE UN OFICIAL DE RECORD MEDICO QUE INDIQUE LAS FECHAS Y DIAGNOSTICOS DE LA HOSPITALIZACION
- RECORD MEDICO DE LA ADMISION
- FACTURA DE LA HOSPITALIZACION

**MANTENIMIENTO DE BUENA SALUD**

- RESULTADO CON FECHA DE SERVICIO DE CUALQUIER PRUEBA PREVENTIVA DIRIGIDA A DETECTAR LA PRESENCIA DE CANCER, TALES COMO: MAMOGRAFIAS, PRUEBAS DE PAPANICOLAU (PAP), PRUEBA DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA), COLONOSCOPIA Y OTROS CON PROPOSITO SIMILAR.

**BENEFICIOS AÑADIDOS A LA TRIPLE PROTECCION DORADA MODIFICADA Y PLUS****AMA DE LLAVES**

- ORDEN MEDICA JUSTIFICANDO LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS DE AMA DE LLAVES
- RECIBO DE PAGO POR LOS SERVICIOS CON FECHA Y COSTOS

**APOYO PSICOLOGICO**

- ORDEN MEDICA JUSTIFICANDO LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGO
- RECIBO DE PAGO POR LOS SERVICIOS CON FECHA Y COSTOS
- EVIDENCIA DE VISITAS MEDICAS

**CALIDAD DE VIDA**

- ORDEN MEDICA JUSTIFICANDO LA NECESIDAD DE LOS ARTICULOS O SERVICIOS DETALLADOS EN LA POLIZA
- RECIBO DE PAGO POR ARTICULOS O SERVICIOS RECIBIDOS CON FECHA Y COSTOS

**COMPENSACION ADICIONAL A PADRES ASALARIADOS**

- CERTIFICACION PATRONAL CON LOS PERIODOS DE LICENCIAS LABORALES AGOTADAS O COPIA DE LOS TALONARIOS DE SALARIO DEVENGADO

**DISFUNCION ERECTIL**

- ORDEN MEDICA JUSTIFICANDO LA NECESIDAD DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O MEDICAMENTOS PARA DISFUNCION ERECTIL
- RECIBO DE PAGO CON FECHA Y COSTOS

**MEDICAMENTOS POR NAUSEA POR QUIMIOTERAPIA**

- RECIBO DE PAGO CON FECHA Y COSTOS POR MEDICAMENTOS CONTRA LA NAUSEA CAUSADA POR EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

**RAYOS X, CT SCAN Y MRI**

- FACTURA O RECIBO DE PAGO DEL ESTUDIO REALIZADO CON FECHA
- ORDEN MEDICA JUSTIFICANDO LA NECESIDAD DEL ESTUDIO

**SERVICIOS LEGALES**

- RECIBO DE PAGO CON FECHA Y COSTO DEL ABOGADO QUE BRINDO SERVICIOS COMO CONSECUENCIA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

**TRASLADO DE RESTOS MORTALES A PR**

- RECIBO DE PAGO DE LA FUNERARIA QUE TRASLADO LOS RESTOS DEL ASEGURADO

**TRANSPORTACION TERRESTRE**

- ORDEN MEDICA CERTIFICANDO TRATAMIENTO EN UNA INSTITUCION FUERA DEL PAIS POR UN HEMATOLOGO-ONCOLOGO
- RECIBO DE PAGO POR EL ALQUILER DEL AUTO

**VACUNA CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO**

- RECIBO DE PAGO CON FECHA Y COSTO DE LA VACUNA
- CERTIFICACION MEDICA DEL PEDIATRA

**BENEFICIOS AÑADIDOS A LA TRIPLE PROTECCION DORADA MODIFICADA Y PLUS VERSION 2018****MANEJO DEL DOLOR Y EFECTOS SECUNDARIOS/CANNABIS**

- RECIBO DE PAGO DE GASTOS INCURRIDOS
- ORDEN MEDICA ENCARGADO TRATAMIENTO

**SANGRE ALTERNATIVA**

- REGISTRO DE TRANSFUSION REALIZADA
- RECIBO DE PAGO DE GASTOS INCURRIDOS

**BENEFICIOS OPCIONALES  
(CORROBORE ANTES LOS BENEFICIOS QUE CONTIENE LA POLIZA)****MUERTE ACCIDENTAL**

- FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE COMPLETADO POR EL RECLAMANTE - CL-0586-58 (R-1012)  
NOTA: AL REVERSO DEL FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE SE INDICAN LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN ENVIARSE PARA CIERTAS SITUACIONES RELACIONADAS CON ESTE BENEFICIO.
- COPIA DE SEGURO SOCIAL DEL RECLAMANTE
- COPIA DE IDENTIFICACION DEL RECLAMANTE (LEGIBLE)
- ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION (FORMA RD-77) CON CAUSA(S) DE MUERTE
- INFORME DE POLICIA (SI APLICA)

### **DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE**

- FORMULARIO DE RECLAMACION DE ACCIDENTE POR DESMEMBRAMIENTO COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE - CL-0208-127 (R-0413)
- CERTIFICACION MEDICA Y/O REPORTE DE CIRUGIA QUE INDIQUE EL DETALLE DE LA(S) PERDIDA(S)
- INFORME DE POLICIA, SI APLICA

### **HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA POLIZA DE ACCIDENTE COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE - CL-0801-107 (R-1012)
- INFORME DE LA POLICIA, SI APLICA
- HOJA DE ADMISION Y RESUMEN DE ALTA O LA CERTIFICACION DE UN OFICIAL DE RECORD MEDICO QUE INDIQUE LAS FECHAS Y DIAGNOSTICOS DE LA HOSPITALIZACION

### **TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE**

- FACTURA O RECIBO DE PAGO DETALLADO QUE INCLUYA LA FECHA DE SERVICIO Y EL PAGO REALIZADO
- HOJA DE EVALUACION MEDICA EN SALA DE EMERGENCIAS
- HOJA DE CERNIMIENTO DE LA ENFERMERA (TRIAGE)
- RESULTADOS DE RAYOS X
- CERTIFICADO MEDICO DE LA CORPORACION DEL FONDO DE SEGURO DEL ESTADO (FORMA CFSE-1021), SI APLICA
- FACTURA DE SERVICIOS PARA PAGO DE VISITAS MEDICAS, SI APLICA
- INFORME DE LA POLICIA, SI APLICA

### **QUEMADURAS, FRACTURAS, TENDONES Y LIGAMENTOS, LACERACIONES, DISLOCACIONES Y MUTILACIONES**

- FORMULARIO DE RECLAMACION POR ACCIDENTE COMPLETADO Y FIRMADO POR EL RECLAMANTE - CL-0801-107 (R-1012)
- HOJA DE EVALUACION MEDICA (EN CASO DE QUEMADURA INDICAR EL GRADO DE QUEMADURA Y PORCIENTO DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO AFECTADA)
- HOJA DE CERNIMIENTO DE LA ENFERMERA (TRIAGE)
- RESULTADOS DE RAYOS-X U OTRO ESTUDIO (EN CASO DE FRACTURAS)
- CERTIFICADO MEDICO DE LA CORPORACION DEL FONDO DE SEGURO DEL ESTADO (FORMA CFSE-1021), SI APLICA
- INFORME DE LA POLICIA, SI APLICA

### **HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA POLIZA DE CANCER COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE - CL-0801-108 (R-1012)
- HOJA DE ADMISION Y RESUMEN DE ALTA O CERTIFICACION DE UN OFICIAL DE RECORD MEDICO QUE INDIQUE DIAGNOSTICOS Y FECHAS DE LA HOSPITALIZACION

### **INCAPACIDAD FISICA TOTAL**

- FORMULARIO DE RECLAMACION POR INCAPACIDAD COMPLETADO Y FIRMADO POR EL RECLAMANTE - CL-0285-10 (R-1012)
- CERTIFICACION DEL PATRONO CON LA FECHA DEL ULTIMO DIA TRABAJADO Y FECHA EN QUE REGRESO A TRABAJAR NUEVAMENTE CON EL SELLO DE LA COMPAÑIA O EN PAPEL TIMBRADO. SI ES PATRONO PROPIO, DEBE COMPLETAR LA CERTIFICACION PATRONAL EN LA PARTE POSTERIOR DEL FORMULARIO
- CERTIFICACION MEDICA QUE INDIQUE EL PERIODO DE INCAPACIDAD Y DIAGNOSTICO(S)
- CERTIFICADO MEDICO DE LA CORPORACION DEL FONDO DE SEGURO DEL ESTADO FORMA CFSE-1021, SI APLICA

**TRASPLANTE DE ORGANOS**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA POLIZA DE CANCER COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE - CL-0801-108 (R-1012)
  - CERTIFICACION MEDICA
  - REPORTE MEDICO DEL TRASPLANTE
- (EN CASO DE TRASPLANTE MULTIVISCERAL, SE PAGARÁ EL MAYOR)**

**BENEFICIO POR INDEMNIZACION AL RECIBO DE LA EVIDENCIA DEL TRASPLANTE:**

<b>INTESTINO</b>	<b>\$100,000</b>
<b>CORAZON</b>	<b>\$75,000</b>
<b>MEDULA OSEA (ALOTRASPLANTE)</b>	<b>\$65,000</b>
<b>PULMON-DOBLE</b>	<b>\$60,000</b>
<b>HIGADO</b>	<b>\$50,000</b>
<b>PULMON-SENCILLO</b>	<b>\$40,000</b>
<b>MEDULA OSEA (AUTOTRASPLANTE)</b>	<b>\$30,000</b>
<b>PANCREAS</b>	<b>\$25,000</b>
<b>RIÑON</b>	<b>\$25,000</b>
<b>CORNEA</b>	<b>\$1,000</b>

**PAGAREMOS 100% DE LOS GASTOS INCURRIDOS Y PAGADOS POR EL ASEGURADO QUE EXCEDAN EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN, SUJETO A LOS TÉRMINOS Y LIMITES DEL NUEVO SUPLEMENTO. PARA ESTO DEBE ENVIAR LO SIGUIENTE:**

- DESGLOSE DE PAGOS NO CUBIERTOS POR OTRO PLAN MEDICO O CUBIERTA DE SEGUROS
- RECIBOS DE PAGO DE DEDUCIBLES O CO-PAGOS
- FACTURA DEL HOSPITAL DONDE SE REALIZO EL TRASPLANTE
- TOTAL DE SERVICIOS PAGADOS Y LOS NO CUBIERTOS POR MEDICARE (SOMETER DESGLOSE DE MEDICARE)
- EVIDENCIA DE GASTOS DE TRANSPORTACION, HOSPEDAJE Y COMIDAS
- RECIBO DE PAGO POR SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA

**CUIDADO INTENSIVO**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA POLIZA DE CANCER COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE (CL-0801-108(R-1012))
- CERTIFICACION DE UN OFICIAL DE RECORD MEDICO QUE INDIQUE DIAGNOSTICO(S), FECHA, HORA DE ENTRADA Y SALIDA O LAS NOTAS DE ENFERMERA DE LA ADMISION EN INTENSIVO

**PRIMER DIAGNOSTICO DE ATAQUE DE CORAZON Y PRIMERA CIRUGIA MAYOR DE CORAZON:**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA POLIZA DE ENFERMEDAD COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE Y EL MEDICO DE CABECERA – CL-0801-108 (R-0208)
- REPORTE DE CIRUGIA, SI APLICA
- RESUMEN DE ALTA, SI APLICA

**PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER**

- FORMULARIO DE RECLAMACION PARA PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER COMPLETADO Y FIRMADO POR RECLAMANTE Y EL MEDICO DE CABECERA – CL-1110-135 (R-1012)
- INFORME DE EXAMEN PATOLOGICO POSITIVO