

Tipo de Solicitação				
<input type="checkbox"/> CONCESSÃO		<input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO		
Nome do Titular	Matrícula:	Telefone ()		
Nome do Beneficiário em tratamento	Data de Nascimento	Idade	ID FRG	Telefone ()

Declaro para fins do PROGRAMA FRG AO SEU LADO que apresentarei, em um intervalo máximo de 6 (seis) meses Laudo Médico e Listagem de medicamentos utilizados pelo Beneficiário do PROGRAMA.

Estando de acordo com o regulamento do PROGRAMA FRG AO SEU LADO, solicito a concessão/prorrogação do subsídio das franquias nas internações decorrentes do meu tratamento.

ATENÇÃO:

O subsídio das franquias de internação de que trata este programa será aplicado quando da utilização dos seguintes procedimentos:

I – Eventos de diagnose e terapia vinculados à internação hospitalar	IX – Tratamentos ambulatoriais que utilizem sala cirúrgica de médio ou grande porte (acima do porte 4, exemplo a cirurgia de catarata);
II – Quimioterapia;	X – Oxigenoterapia Hiperbárica;
III – Radioterapia;	XI – Injeção e infusão de medicamentos biológicos e retrovirais. Tratamento com medicamentos quimioterápicos, anticorpos mononucleares, imunobiológicos, medicamentos antiangiogênicos e anti-inflamatórios para tratamentos oftalmológicos, derivados hormonais e coadjuvantes para tratamentos de neoplasias, doenças auto-imunes, hematológicas, tanto injetáveis, através de infusão venosa como orais; e
IV – Diálise;	
V – Internação Domiciliar;	
VI – Hemodiálise crônica ambulatorial;	
VII – Transfusão de sangue, assim como o processamento, honorários médicos e exames vinculados;	
VIII – Procedimentos realizados sob regime Day-clinic ("Hospital Dia");	XII – Medicamentos para evitar rejeição pós transplante de órgãos.

O benefício do PROGRAMA FRG AO SEU LADO será válido durante o período em que o Beneficiário estiver em tratamento, prorrogável a cada 6 (seis) sempre por meio de requerimento do Beneficiário Titular.

A prorrogação deve ser solicitada com a antecedência de, pelo menos, 30 (trinta) dias do término do prazo do benefício.

Em casos de alterações de quaisquer naturezas no tratamento do Beneficiário do Programa, deve ser apresentada, à Auditoria Médica da REAL GRANDEZA, a correspondente documentação complementar.

A REAL GRANDEZA, a qualquer momento, poderá solicitar que o Beneficiário do Programa seja submetido à auditoria médica ou à avaliação médica, assim como poderá solicitar que sejam disponibilizados exames, relatórios médicos ou planos de tratamentos.

Caso seja identificado que o Beneficiário do Programa não está em tratamento de doenças oncológicas ou renais, os valores subsidiados de forma indevida devem ser ressarcidos à REAL GRANDEZA pelo Beneficiário Titular, acrescidos de correção monetária e juros aplicáveis, conforme regulamentação interna.

O ressarcimento de que trata o Parágrafo terceiro deste Artigo ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento. Havendo impossibilidade de desconto em folha imediato, a dívida deve ser parcelada nos termos da regulamentação interna.

Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob pena de incorrer nos termos previstos nos Artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como nos Artigos 186 e 187 do Código Civil.

Assinatura do Titular	Data
-----------------------	------

Reservado à REAL GRANDEZA

Decisão sobre o pedido	Data	Assinatura
<input type="checkbox"/> Deferido	<input type="checkbox"/> Indeferido	

Observações