

DS

REGULAMENTO
AURUM
Registro nº 488537216
ANS 33131-7

Versão: 1

2021

DS

REGULAMENTO
AURUM
Registro nº 488537216
ANS 33131-7

Versão: 1

Aprovado em: 22 / 02 / 2021

Documento de Aprovação: RC Nº 003 / 487

SUMÁRIO

ASSUNTO	PÁGINA
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO II - CONDIÇÕES PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS .	4
CAPÍTULO III - DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS	7
CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS	7
CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS ADICIONAIS	11
CAPÍTULO VI - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	12
CAPÍTULO VII - DA REMOÇÃO.....	13
CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	13
CAPÍTULO IX - PERÍODOS DE CARÊNCIAS.....	15
CAPÍTULO X - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	17
CAPÍTULO XI - DO PAGAMENTO DE COPARTICIPAÇÃO	18
CAPÍTULO XII - DO REEMBOLSO	19
CAPÍTULO XIII - DA IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	19
CAPÍTULO XIV - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	20
CAPÍTULO XV - DA FORMA DE UTILIZAÇÃO.....	20
CAPÍTULO XVI - DO CUSTEIO	22
CAPÍTULO XVII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	22
CAPÍTULO XVIII - DO REAJUSTE	22
CAPÍTULO XIX - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A)	24
CAPÍTULO XX - DO REINGRESSO DE BENEFICIÁRIOS(AS)	24
CAPÍTULO XXI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	25
CAPÍTULO XXII - GLOSSÁRIO	26
CAPÍTULO XXIII – ANEXOS	29

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Art.1º. A REAL GRANDEZA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (REAL GRANDEZA) é uma Entidade Fechada de Previdência Complementar sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”) sob o nº 33131-7, e inscrita no CNPJ sob o nº 34.269.803/0001-68, com sede na Rua Mena Barreto, 143 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ, CEP 22271-100, doravante denominada REAL GRANDEZA, que opera o AURUM (“Plano”), com registro nº 488537216, na modalidade de autogestão, na forma coletiva por adesão e tem como um dos seus objetivos ofertar plano privado de assistência à saúde disponibilizado àqueles que, no ato da adesão, possuam vínculo com a patrocinadora ou instituidora, conforme previsto no Art. 5º, bem como às pessoas a eles vinculados, mediante patrocínio e custeio direto nos termos e condições constantes deste Regulamento.

Art.2º. São Patrocinadoras da REAL GRANDEZA:

- I. Furnas Centrais Elétricas S.A; CNPJ nº 23.274.194/0001-19, com sede na R. Real Grandeza, 219 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, 22.281-900;
- II. Eletrobrás Termonuclear – Eletronuclear, CNPJ nº 42.540.211/0001-67, com sede na Rua da Candelária, 65, Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20.091-906;
- III. REAL GRANDEZA - Fundação de Previdência e Assistência Social, CNPJ nº 34.269.803/0001-68, com sede na Rua Mena Barreto, 143 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.271-100.

Art.3º. O presente Regulamento assegura a cobertura de custos com assistência médica, na segmentação AMBULATORIAL e HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA, com acomodação em quarto privativo (apartamento), na forma deste Regulamento.

Art.4º. É garantida a cobertura para atendimentos ambulatoriais e internações realizados em todo território nacional. Trata-se da prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no Art.1º, Inciso I, da Lei nº 9.656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único. Os procedimentos devem observar as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS vigente à época do evento.

CAPÍTULO II - CONDIÇÕES PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Art.5º. Os(as) Beneficiários(as) Titulares do Plano integram as seguintes categorias:

- I. Empregados(as) e Administradores(as) das Patrocinadoras ou Instituidoras;
- II. Ex-empregados(as) e ex-administradores(as) das Patrocinadoras ou Instituidoras;
- III. Sócios(as) ou Associados(as) das Patrocinadoras ou Instituidoras;
- IV. Ex-empregados(as) e ex-administradores(as) vinculados(as) ao plano previdenciário da REAL GRANDEZA FRGprev e
- V. Usuários(as) Independentes.

§1º. O(a) Beneficiário(a) Titular enquadrado(a) nas categorias descritas neste artigo pode ingressar a qualquer tempo no Plano, desde que atenda aos critérios estabelecidos no Art.6º deste Regulamento.

§2º. Será permitida a adesão a este Plano do(a) Beneficiário(a) Titular constante nos Incisos II e IV deste artigo, sem cumprimento dos prazos de carência previstos no Art.254, nos primeiros 30 (trinta) dias corridos após o desligamento da Patrocinadora ou o término do Programa de Demissão Voluntária, desde que este Programa contemple a permanência do(a) Beneficiário(a) em um dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

Art.6º. Podem integrar o quadro de Beneficiários(as) deste Plano, a qualquer tempo, os seguintes grupos familiares, com relação ao(à) Beneficiário(a) Titular:

I. Dependentes:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), havendo união estável homoafetiva e heteroafetiva, na forma da lei;
- b) Filhos(as) até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários(as);
- c) Filhos(as) adotivos(as) até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários(as);
- d) Enteados(as) até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários(as);
e
- e) Filhos(as) inválidos(as), incluídos(as) os adotivos(as) e enteados(as), solteiros(as), com idade superior a 21 (vinte e um) anos, desde que acometido(a) de invalidez ocorrida até os 21 (vinte e um) anos ou anterior à data de sua emancipação.

II. Agregados(as) conforme tabela a seguir.

Tipo de Vínculo	Agregados
1º grau	Filhos(as), filhos(as) adotivos(as) e Enteados(as) a partir de 22 anos, ou a partir de 25 anos, se universitário; genros e noras.
2º grau	Irmãos(ãs), Cunhados(as), netos(as) e netos(as) do cônjuge ou companheiro(a)
3º grau	Sobrinhos(as) e bisnetos(as)
4º grau	Primos(as), trinotos(as) e sobrinhos(as)-netos(as)

§1º A permanência do grupo familiar no plano, condiciona-se à manutenção do(a) seu(sua) respectivo(a) Beneficiário(a) Titular em quaisquer dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

§2º. As inscrições de cônjuge ou de companheiro(a) de união estável ou de companheiro(a) de união homoafetiva e heteroafetiva são excludentes entre si, não sendo permitida a inscrição cumulativa, salvo por decisão judicial.

Art.7º. É necessário que os(as) Beneficiários(as) a serem inscritos observem, no momento da solicitação de ingresso no Plano, os seguintes critérios de elegibilidade:

- I. Beneficiário(a) Titular:
- a) Possuir vínculo previdenciário com o Plano FRGprev;
 - b) Não estar na condição de Assistido da REAL GRANDEZA;
- II. Beneficiário(a) Dependente ou Agregado(a): não estar inscrito em um dos planos administrados pela REAL GRANDEZA (Plames e Planos Empresariais), vinculados aos Beneficiários Titulares citados no Art.5º.

Parágrafo único. É vedado o ingresso quando o(a) Beneficiário(a) estiver em situação de inadimplência em relação às despesas com quaisquer dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

Art.8º. Integram a categoria de Usuários(as) Independentes, desde que expressem seu intuito de manutenção no Plano, aqueles(as) Dependentes e/ou Agregados(as) que se encontravam inscritos(as) em qualquer plano de saúde administrado pela REAL GRANDEZA, no momento do falecimento do(a) respectivo(a) Beneficiário(a) Titular.

§1º. No prazo de 5 (cinco) dias corridos a contar da ciência do falecimento do(a) Beneficiário(a) Titular, a REAL GRANDEZA informará aos(às) Beneficiários(as) relacionados(as) no Art.6º., por simples correspondência, acerca das condições para sua manutenção neste Plano, na qualidade de Usuários(as) Independentes.

§2º. Caso os(as) Beneficiários(as) não se manifestem no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a transferência será processada automaticamente, mediante a manutenção dos benefícios e do desconto ou cobrança das parcelas de custeio correspondentes.

§3º. O(a) Usuário(a) Independente não poderá incluir novos(as) Beneficiários(as), à exceção dos(as) Dependentes e Agregados(as) do(a) Beneficiário(a) Titular falecido(a), conforme os limites regulamentares.

§4º. É vedado o reingresso de Dependentes e Agregados(as) do(a) Beneficiário(a) Titular falecido(a) que vier a ter o Plano cancelado.

Art.9º. É obrigação do(a) Beneficiário(a) Titular comunicar à REAL GRANDEZA quanto à eventual separação, divórcio ou término da convivência de forma estável com ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

Art.10. A inscrição do(a) Beneficiário(a) Titular e de pessoas a ele(a) vinculadas é facultativa, e far-se-á sempre mediante o preenchimento de formulários eletrônicos ou físicos pelo(a) Beneficiário(a) Titular, o(a) qual deve manifestar a sua concordância com os termos deste Regulamento.

§1º. Sempre que for solicitado pela REAL GRANDEZA, caberá às Patrocinadoras a apresentação de documentos que comprovem seu o vínculo com os(as) Titulares e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos(as) Dependentes, Agregados(as) e Usuários(as) Independentes com o(a) Titular.

§2º. A REAL GRANDEZA tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

§3º. Os pedidos de inscrição solicitados até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processados no mesmo mês; após esta data, serão implementados no mês seguinte.

Art.11. A cobertura oferecida pelo Plano depende de deferimento da proposta de adesão pela REAL GRANDEZA.

Parágrafo único: Em caso de necessidade de apresentação de documentação para fins de inscrição o Plano, o(a) Beneficiário(a) deve fazê-lo em até 5 (cinco) dias úteis. Caso tal solicitação não seja atendida, a REAL GRANDEZA poderá indeferir o pedido de inclusão.

CAPÍTULO III - DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS

Art.12. São direitos dos(as) Beneficiários(as):

- I. Utilizar os serviços especializados da rede de profissionais e estabelecimentos credenciados pela REAL GRANDEZA, observado o disposto neste Regulamento; e
- II. Utilizar os procedimentos cobertos pelo Plano, independentemente da ocorrência de doenças ou lesões preexistentes, quando cumpridos os períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Art.13. São deveres dos(as) Beneficiários(as):

- I. Cumprir e fazer cumprir as disposições do Estatuto da REAL GRANDEZA e deste Regulamento;
- II. Manter atualizados os seus dados cadastrais perante a REAL GRANDEZA, incluindo as informações referentes aos(às) seus(suas) Dependentes e Agregados(as); e
- III. Efetuar o pagamento das contribuições mensais e coparticipações (ambulatoriais e de internação) tempestivamente.

Art.14. O(a) Beneficiário(a) Titular responderá, por si e por seus(suas) Dependentes e Agregados(a), integralmente pelos ônus decorrentes da realização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares previstos neste Regulamento quando:

- I. Permitir a utilização indevida da carteira (ou outro meio de identificação do(a) Beneficiário(a) aceito pela REAL GRANDEZA) por terceiros para acesso aos serviços ofertados pelo Plano;
- II. Apresentar ao credenciado, a carteira de identificação (ou outro meio de identificação do(a) Beneficiário(a) aceito pela REAL GRANDEZA) irregular para acesso aos serviços ofertados pelo Plano, seja em função de esta não ter sido devolvida à REAL GRANDEZA nas hipóteses de exclusão ou, ainda, quando apresentar data de validade vencida.
- III. Participar de qualquer outro procedimento que denote má-fé ou fraude.

CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS

Art.15. A assistência à saúde assegurada por este Plano compreende os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares com obstetrícia, previstos e na forma do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§1º. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios.

§2º. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência.

§3º. A cobertura a internações hospitalares incluirá as despesas com honorários médicos, diárias, taxas, inclusive materiais utilizados, despesas relativas a um acompanhante exclusivamente para Beneficiários com menos de 18 (dezoito) anos e mais de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de deficiência, assim como a remoção do(a) paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar.

Art.16. A cobertura ambulatorial compreende:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina - CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II. Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo(a) médico(a) assistente, ou cirurgião(ã)-dentista devidamente habilitado(a), mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial, quando for o caso;

III. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo(a) médico(a) assistente;

IV. Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo(a), terapeuta ocupacional, psicólogo(a) e fisioterapeuta, solicitadas pelo(a) médico(a) assistente, quando for o caso;

V. Consultas/sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo(a) como por médico(a) devidamente habilitado(a), conforme solicitação e indicação do(a) médico(a) assistente;

VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, solicitados pelo(a) médico(a) assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VII. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

VIII. Quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do(a) médico(a) assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de unidades de saúde;

IX. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente (Anvisa).

- X. Procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial;
- XI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- XII. Hemoterapia ambulatorial;
- XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Art.17. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo(a) médico(a) assistente;
- II. Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- III. Atendimento por outros(as) profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo(a) médico(a) assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) o atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos(as) profissionais de saúde indicados(as) e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e
 - b) no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.
- IV. Exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do(a) médico(a) assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V. Remoção do(a) paciente, somente nos casos inter-hospitalares em situação de internação;
- VI. Órteses e próteses, registradas na Anvisa, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - a) cabe ao(à) médico(a) ou cirurgião(ã) dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - b) o(a) profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas, ficando a escolha sob a responsabilidade da REAL GRANDEZA; e
 - c) Nos casos em que houver divergência clínica acerca da indicação do procedimento pelo(a) médico(a)/cirurgião(ã) dentista do(a) Beneficiário(a) (profissional assistente) e entre o(a)

profissional da REAL GRANDEZA, será realizada junta médica ou odontológica, conforme o caso, na forma estabelecida pela legislação vigente.

VII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizado durante o período de internação hospitalar;

VIII. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizadas durante o período de internação hospitalar;

a) o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do(a) Beneficiário(a), com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

1) o(a) cirurgião(ã)-dentista assistente e/ou o(a) médico(a) assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao(à) Beneficiário(a), assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

2) os honorários do(a) cirurgião(ã)-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

IX. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial
- c) medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- d) radioterapia;
- e) hemoterapia;
- f) nutrição parenteral ou enteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- h) embolizações;
- i) radiologia intervencionista; e
- j) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

X. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

- XI. Transplantes, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do(a) Beneficiário(a) receptor(a);
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não apenas o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao(à) Beneficiário(a) receptor(a); e
 - e) os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
1. O(a) Beneficiário(a) candidato(a) a transplante de órgãos provenientes de doador(a) cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito(a) em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 2. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT;
 3. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o(a) receptor(a).

XII. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XIII. Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitada àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrência, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

XIV. Assistência ao recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo(a) do(a) Beneficiário(a), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o(a) Beneficiário(a) (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias. Caso não tenha cumprido, a assistência ao recém-nascido deve respeitar a carência já cumprida pelo(a) Beneficiário(a) Titular ou Dependente.

- a) Entende-se pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS ADICIONAIS

Art.18. O Plano oferece, ainda, cobertura adicional àquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o Plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em:

- I. Escleroterapia para Varizes de membros inferiores limitada a 10 (dez) sessões por ano de contrato do(a) Beneficiário(a), não cumulativas, mediante apresentação de laudo médico e desde que autorizadas previamente pela REAL GRANDEZA;
- II. Vacinas para doenças infecciosas, de acordo com o calendário vacinal do Ministério da Saúde e recomendações técnicas de Sociedades Médicas de especialistas, conforme Medicina Baseada em Evidência, por faixa etária, com apresentação de solicitação médica e mediante autorização prévia da REAL GRANDEZA;
- III. Programa de Assistência Domiciliar (PADA): assistência não hospitalar a pacientes que tenham indicação técnica de não se deslocarem para atendimento ambulatorial de saúde (medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional) e desde que haja análise técnica prévia da REAL GRANDEZA.
- IV. Programa de Assistência Médica Domiciliar Alternativa (AMDA): assistência domiciliar à saúde quando houver indicação para internação hospitalar e esta possa ser substituída adequadamente e com menores custos pela internação domiciliar, desde que haja aprovação análise técnica prévia da REAL GRANDEZA.

CAPÍTULO VI - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art.19. Considera-se:

- I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- II. Atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o(a) paciente, caracterizado em declaração do(a) médico(a) assistente.
- III. Acidente Pessoal o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do(a) Beneficiário(a).

Art.20. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitados à área de abrangência geográfica do Plano, observando-se que:

- I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de Acidentes Pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do(a) Beneficiário(a) ao Plano;
- II. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
- IV. Depois de cumpridas as carências para parto a termo, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V. Durante o cumprimento dos períodos de carência para parto a termo, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

CAPÍTULO VII - DA REMOÇÃO

Art.21. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro da área geográfica de abrangência do Plano e conforme regras previstas neste Capítulo.

§1º. Também estará garantida a remoção do(a) paciente internado(a) que necessitar realizar exames especiais, não disponíveis no local da internação (do hospital de origem para o prestador SADT e retorno ao hospital de origem).

§2º. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do Plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo(a) médico(a) assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao(à) paciente.

§3º. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o(a) Beneficiário(a) estar cumprindo período de carência para internação.

Art.22. Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

I. Quando não for possível haver remoção por risco de vida, o(a) Beneficiário(a) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a REAL GRANDEZA desse ônus;

II. Caberá a REAL GRANDEZA o ônus e a responsabilidade da remoção do(a) paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III. Na remoção, a REAL GRANDEZA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para a garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

IV. Quando o(a) Beneficiário(a) ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no Inciso II, a REAL GRANDEZA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art.23. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, especificamente o seu Art.10, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da REAL GRANDEZA sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência do Regulamento, do início da vigência da adesão do(a) Beneficiário(a) ou do cumprimento das carências, respeitados as demais condições deste Regulamento;

- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na Anvisa (uso *off-label*);
- IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V. Inseminação artificial e fertilização *in vitro*, entendidas como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII. Tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- IX. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- X. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos;
- XI. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa;
- XII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes;
- XIII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- XIV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia ou que não estejam expressamente previstos como cobertura adicional neste Regulamento;

XVIII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XIX. Aparelhos ortopédicos;

XX. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXI. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, fora da área de atuação ou fora da rede credenciada do Plano, ressalvada a situação excepcional de urgência e emergência ocorrida dentro da área de atuação do produto, garantida por Lei, nos termos previstos neste Regulamento;

XXII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;

XXIII. Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;

XXIV. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXVI. Cirurgia para mudança de sexo;

XXVII. Avaliação pedagógica;

XXVIII. Orientações vocacionais;

XXIX. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXX. Remoção não contemplada na cobertura do presente Regulamento;

XXXI. Transporte aeromédico;

XXXII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXIII. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXIV. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

CAPÍTULO IX - PERÍODOS DE CARÊNCIAS

Art.24. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o(a) Beneficiário(a) não terá direito às coberturas oferecidas pelo Plano.

Art.25. Os prazos de carência estabelecidos para a adesão e/ou mudança para outro Plano superior obedecerão aos seguintes períodos:

Procedimentos	Carência
Urgência e emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames laboratoriais básicos, anatomopatológicos e citológicos, raio X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Vacinas (doenças infecciosas)	90 dias
Exames laboratoriais complexos, tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, endoscopias, monitorizações, PET Scan, exames genéticos, biópsias orientadas por imagem e demais exames complexos.	180 dias
Consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta.	180 dias
Procedimentos ambulatoriais	180 dias
Internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátrica, <i>Day-Clinic</i> Procedimentos de alta complexidade e/ou com DUT e demais coberturas.	180 dias
Internações obstétricas e partos	300 dias

§1º. A contagem dos prazos de carência se iniciará quando do efetivo recebimento, pela REAL GRANDEZA, do Termo de Adesão constante do Anexo I devidamente preenchido, caso a inscrição seja deferida.

§2º. O(a) Beneficiário(a) que optar pela transferência para modalidade de Plano superior cumprirá as carências constantes neste Artigo e manterá a cobertura do Plano anterior durante o período de carência.

§3º. Não existem prazos de carência para a utilização de quaisquer serviços do Plano nos seguintes casos:

I. Filhos(as) recém-nascidos, naturais ou adotados(as), dos(as) Beneficiários(as) Titulares, desde que inscritos(as) dentro do período de 30 (trinta) dias corridos contados do nascimento ou adoção, quando já integralmente cumprida a carência pelo(a) Beneficiário(a) Titular ou dos seus genitores que possuam cobertura pelo plano;

II. Filhos(as) recém-nascidos, naturais ou adotados(as) dos(as) Beneficiários(as) Titulares, inscritos(as) dentro do período de 30 (trinta) dias corridos, contados do nascimento ou da adoção, cujos(as) Beneficiários(as) Titulares estejam em período de carência, caso em que a cobertura assistencial a ser prestada seguirá o limite da carência já cumprida pelo(a) Beneficiário(a) Titular ou dos seus genitores que possuam cobertura pelo plano; e

III. Filhos(as) adotivos(as) menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) Beneficiário(a) adotante, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

§4º. O(a) Beneficiário(a) Titular da REAL GRANDEZA, seus(suas) Dependentes e Agregados(aas), estarão isentos de carência, desde que venha a realizar sua inscrição como Beneficiário(a) do Plano nos primeiros 30 (trinta) dias corridos após o seu desligamento da Patrocinadora ou o término do Programa

de Demissão Voluntária das Patrocinadoras, desde que este Programa contemple a permanência dos(as) Beneficiários(as) em um dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

§5º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos(as) Beneficiários(as).

CAPÍTULO X - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art.26. As Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP são aquelas que o(a) Beneficiário(a) ou seu(sua) responsável legal saiba ser portador(a) ou sofredor(a), à época da inclusão no Plano.

Art.27. A Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP declaradas pelo(a) Beneficiário(a) ou seu(sua) representante legal, por meio da Declaração de Saúde - DS;

Art.28. O(a) novo(a) Beneficiário(a) Titular, seus(suas) Dependentes e Agregados(as) devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde - DS, anexando-o no ato da adesão, observadas as condições e regras da ANS estabelecidas em normativos vigentes na data de adesão ao Plano.

§1º. Antes da inclusão no Plano, o Beneficiário deverá ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que servirá como orientador para o preenchimento da Declaração de Saúde - DS e que conterà todas as explicações referentes às Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP, bem como as consequências decorrentes de eventual omissão.

§2º. Após a leitura e assinatura da Carta de Orientação ao Beneficiário, o(a) Beneficiário(a) deve preencher a Declaração de Saúde - DS, que consiste de formulário no qual deverão ser registradas as informações sobre as doenças ou lesões que o(a) Beneficiário(a) saiba ser portador(a), e das quais tenham conhecimento no momento da inclusão no Plano.

§3º. É assegurado o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um(a) médico(a) indicado(a) pela REAL GRANDEZA, pertencente à rede credenciada ou por outro(a) médico(a) de sua escolha, não pertencente à rede credenciada da REAL GRANDEZA, devendo, neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

§4º. Com base na avaliação da Declaração de Saúde - DS, a REAL GRANDEZA poderá solicitar ao(à) Beneficiário(a) Titular, Dependentes e/ou Agregados(a), a realização de uma perícia médica com um(a) profissional indicado(a) pela REAL GRANDEZA, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da REAL GRANDEZA.

§5º. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do(a) médico(a) perito(a), será entregue ao(à) Beneficiário(a) Titular, Dependentes e/ou Agregados uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde - DS a ser entregue ao(à) médico(a) durante a avaliação.

§6º. Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do(a) Beneficiário(a), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a REAL GRANDEZA oferecerá ao(à) Beneficiário(a), obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária - CPT ou agravo.

§7º. Se, na adesão ao Plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do(a) Beneficiário(a) e a REAL GRANDEZA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a

Cobertura Parcial Temporária - CPT, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde - DS e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

§8º. A REAL GRANDEZA terá o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de inclusão do(a) Beneficiário(a), para comprovar Doença ou Lesão Preexistente - DLP eventualmente omitida pelo Beneficiário. Não caberá a alegação de omissão de DLP caso a REAL GRANDEZA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do(a) Beneficiário(a) no Plano.

Art.29. A omissão da Doença ou Lesão Preexistente - DLP na época da adesão ao Plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do(a) Beneficiário(a), cabendo a REAL GRANDEZA o ônus da prova de que o(a) Beneficiário(a) tinha conhecimento prévio da DLP quando fez a adesão ao Plano.

§1º. Verificada pela REAL GRANDEZA a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada pelo Beneficiário por ocasião de sua inclusão, a REAL GRANDEZA comunicará o fato imediatamente ao Beneficiário por meio do Termo de Comunicação constante do Anexo II, bem como oferecerá ao Beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária pelos meses restantes até completar 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao Plano.

§2º. Caso o Beneficiário não concorde com esta alegação e não aceite a Cobertura Parcial Temporária, a REAL GRANDEZA encaminhará a documentação pertinente à ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A REAL GRANDEZA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para a instrução do processo.

§3º. Após o julgamento e se acolhida a alegação da REAL GRANDEZA pela ANS, o Beneficiário Titular passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do Beneficiário que foi parte do processo de omissão.

§4º. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral da assistência à saúde em razão da omissão de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

CAPÍTULO XI - DO PAGAMENTO DE COPARTICIPAÇÃO

Art.30. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo(a) Beneficiário(a) Titular e Usuários(as) Independentes à REAL GRANDEZA, referente à utilização dos serviços cobertos pelo Plano, seja ambulatorial ou hospitalar, por si e por seus(suas) Dependentes e Agregados(as), definida em termos fixos ou em percentuais.

Art.31. Haverá incidência de coparticipação com base no percentual definido no Art.32t. 32, sobre o valor do evento, fixado de acordo com os preços dos serviços médicos e hospitalares previstos nas Tabelas praticadas pela REAL GRANDEZA e vigentes no momento e na localidade da ocorrência do procedimento coberto pelo Plano.

Art.32. Os valores de coparticipação, respeitados os limites definidos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época, serão cobrados conforme critérios da Tabela de Referência de coparticipação a seguir:

Crítérios	Coparticipação	Limitador
Diária de internação psiquiátrica	50%	A partir do 30º dia de internação
Coparticipação em Internação (Demais diárias hospitalares) –	R\$ 50,00	Limitado a 5 diárias
Consultas, exames laboratoriais, tratamentos seriados, vacinas, demais procedimentos ambulatoriais e pronto atendimento	30%	R\$150,00 por evento

Art.33. Quando o(a) Beneficiário(a) fizer jus ao reembolso, também será descontada a coparticipação descrita neste Regulamento, conforme o caso.

Art.34. O(a) Beneficiário(a) é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do Plano, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Parágrafo único. Os percentuais ou valores de coparticipação deverão obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.

CAPÍTULO XII - DO REEMBOLSO

Art.35. A REAL GRANDEZA concederá reembolso de procedimentos e eventos cobertos pelo plano consultas, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos e demais profissionais de saúde, exceto internações hospitalares, incluindo as despesas de diárias, taxas, gases, materiais e medicamentos e demais itens relativos à internação hospitalar.

Parágrafo único. Para os casos de inexistência ou indisponibilidade de prestador para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, obedecendo às regras de Garantia de Atendimento estabelecidas na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, ou na que vier a substituí-la, bem como os limites contratuais expressos nesse Regulamento.

Art.36. O valor do reembolso observará o limite de valor da tabela de referência da REAL GRANDEZA para despesas médicas na forma descrita no Art. 35, sendo o reembolso 1 x a Tabela de Honorários e Serviços de Saúde - THSS - Livre escolha (disponível no site da REAL GRANDEZA).

Art.37. O(a) Beneficiário(a) Titular, para se habilitar às condições de reembolso, deve observar regulamentação interna da REAL GRANDEZA, disponível no site, na Guia “Reembolso de Despesas - Orientações aos Beneficiários”.

Art.38. A REAL GRANDEZA terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO XIII - DA IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Art.39. O(a) Beneficiário(a) do Plano deve identificar-se, perante a rede credenciada, por meio da apresentação de carteira de identificação válida ou outro meio de identificação aceito pela REAL GRANDEZA, acompanhado de documento oficial de identidade.

§1º. A carteira de identificação ou outro meio de identificação do(a) Beneficiário(a) por aceito pela REAL GRANDEZA será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o(a) Beneficiário(a) por sua utilização indevida.

§2º. É obrigação do(a) Beneficiário(a) Titular, na hipótese de exclusão do Plano, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela REAL GRANDEZA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, ficando, neste caso, a REAL GRANDEZA isenta de qualquer responsabilidade a partir da exclusão do(a) Beneficiário(a).

§3º. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos na forma acima, o(a) Beneficiário(a) Titular deve assinar termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

§4º. O uso indevido, por qualquer Beneficiário(a), do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela REAL GRANDEZA ensejará indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do(a) respectivo(a) Titular/Responsável Financeiro e suas consequências.

§5º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento ou outras formas de atendimentos disponibilizadas pela REAL GRANDEZA pelos(as) Beneficiários(as) que perderem essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam Beneficiários(as).

§6º. Ocorrendo roubo, furto, perda ou extravio do cartão de identificação, o(a) Beneficiário(a) Titular deve comunicar o fato à REAL GRANDEZA por escrito para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela REAL GRANDEZA.

CAPÍTULO XIV - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Art.40. A acomodação oferecida pelo Plano no caso de internação hospitalar é quarto privativo, do tipo apartamento.

Parágrafo único. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar no estabelecimento contratado ou credenciado pela REAL GRANDEZA, na acomodação em que o(a) Beneficiário(a) foi inscrito(a), a ele(a) será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

CAPÍTULO XV - DA FORMA DE UTILIZAÇÃO

Art.41. A assistência médico-hospitalar será prestada aos seus(suas) Beneficiários(as) por meio de rede assistencial credenciada pela REAL GRANDEZA, obedecidas às determinações deste Regulamento, priorizando a atenção primária à saúde, conforme especificado a seguir.

I. Consultas: são garantidas as consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, não sendo necessário solicitar autorização prévia à REAL GRANDEZA;

II. Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo(a), fonoaudiólogo(a), terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: após a autorização prévia da REAL GRANDEZA, em consultório ou clínica pertencente à rede credenciada do Plano, obedecendo os critérios da DUT, conforme Rol da ANS;

III. Exames simples, exames especiais e de alta complexidade mediante autorização prévia da REAL GRANDEZA;

Parágrafo único. Atendimento de caráter de urgência e emergência não necessita de autorização prévia.

Art.42. Necessitam de autorização prévia da REAL GRANDEZA para serem realizados os seguintes procedimentos médico-hospitalares:

- a) Cirurgias Eletivas e procedimentos eletivos, conforme Rol ANS;
- b) Para o atendimento em exames, considerados especiais, terapias ambulatoriais/tratamentos seriados e exames de alta complexidade, segundo normatização interna da REAL GRANDEZA.

Art.43. A autorização prévia somente será efetivada pela REAL GRANDEZA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e relatório do(a) médico(a) assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.

§1º. Para a análise adequada da autorização prévia, a REAL GRANDEZA reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao(à) Beneficiário(a).

§2º. A REAL GRANDEZA compromete-se a garantir ao(à) Beneficiário(a) o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011 ou na que vier a substituí-la, conforme Anexo - Tabela RN 259, levando em consideração a data a partir da qual o(a) Beneficiário(a) realizou a entrega da documentação completa exigida para análise

§3º. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o(a) Beneficiário(a) será submetido(a). Quando necessária à permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada a REAL GRANDEZA a prorrogação da autorização.

§4º. Os casos de urgência e emergência não necessitarão de prévia autorização, mas essa autorização deverá ser obtida pelo prestador de serviços na REAL GRANDEZA até 48 (quarenta e oito) horas depois do início do atendimento.

Art.44. A rede credenciada poderá ser consultada na REAL GRANDEZA, por meio da Central de Atendimento, no endereço eletrônico <http://www.frg.com.br> ou ainda no aplicativo da REAL GRANDEZA.

§1º. Ao utilizar a rede credenciada para a realização de consultas, exames e procedimentos com cobertura obrigatória pela ANS, o(a) Beneficiário(a) não deverá fazer qualquer desembolso no ato do atendimento, cabendo a REAL GRANDEZA efetuar o pagamento diretamente ao prestador por conta do serviço.

§2º. A REAL GRANDEZA se reserva o direito de substituir e redimensionar a rede de prestadores respeitando os critérios estabelecidos pela ANS, o credenciamento de hospitais, médicos, laboratórios e demais serviços, em especial aqueles que eventualmente possam suspender o atendimento, bem como, nomear novos credenciamentos.

§3º. Nos casos de substituição e redimensionamento e os novos credenciamentos a que se refere este Artigo serão divulgados por meio de informativos ou na página eletrônica da REAL GRANDEZA, disponível no endereço <http://www.frg.com.br>.

Art.45. A REAL GRANDEZA não se responsabilizará em hipótese alguma pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária - CPT ou, ainda, que estejam em desacordo com o disposto no Plano contratado, bem como por qualquer acordo ajustado

particularmente pelo(a) Beneficiário(a) com médicos(as), hospitais ou estabelecimentos credenciados ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva do(a) Beneficiário(a) Titular.

CAPÍTULO XVI - DO CUSTEIO

Art.46. Os valores das contribuições encontram-se discriminados na Tabela de Mensalidades, disponível na REAL GRANDEZA ou em seu endereço eletrônico [http:// www.frg.com.br](http://www.frg.com.br).

§1º. A contribuição mensal é devida por cada Beneficiário(a) inscrito(a) no Plano, sendo o seu valor variável segundo a faixa etária em que se encontra.

§2º. Não haverá subsídio das Patrocinadoras para os(as) Beneficiários(as) vinculados(as) a este Plano.

CAPÍTULO XVII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art.47. O Plano, objeto do presente Regulamento, será custeado integralmente por contribuições mensais dos(as) Beneficiários(as), na forma de pré-pagamento, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 85/2004 e alterações posteriores.

Art.48. Os valores das contribuições mensais e da coparticipação devidos pelo(a) Beneficiário(a) Titular serão a soma das contribuições devidas por Beneficiário(a) inscrito(a) (Dependentes e Agregados), incluindo o(a) próprio(a) Beneficiário(a) Titular ou Usuário Independente, de acordo com as faixas etárias estipuladas no Art.46 deste Regulamento, mediante desconto em folha de pagamento.

Art.49. Havendo impossibilidade do desconto em folha, a cobrança será efetuada via boleto bancário ou débito em conta.

§1º. O boleto bancário deverá ser pago diretamente em rede bancária ou onde for indicado pela REAL GRANDEZA, até a data do vencimento informada no boleto.

§2º. Na hipótese de atraso de pagamento das mensalidades (contribuições e parcelas de coparticipação), os(as) beneficiários(as) ficam obrigados a pagar, a título de encargos, multa, correção monetária e juros aplicáveis, conforme regulamentação interna da REAL GRANDEZA.

§3º. Há possibilidade de o(a) Beneficiário(a) Titular optar em alterar a responsabilidade financeira para o(a) Agregado(a), com relação a sua contribuição mensal e a coparticipação; e

§4º. Na hipótese do §3º, o pagamento ocorrerá por meio de boleto bancário, devendo a cobrança ser direcionada ao(à) Beneficiário(a) Titular em caso de inadimplemento por parte do(a) Agregado(a).

Art.50. A REAL GRANDEZA poderá adotar todos os meios previstos na regulamentação para a cobrança do débito, seja extra ou judicialmente, inclusive podendo proceder a inscrição do devedor nos Órgãos de Proteção ao Crédito (tais como SPC e Serasa).

CAPÍTULO XVIII - DO REAJUSTE

Art.51. Os valores das mensalidades e das coparticipações serão reajustados anualmente ou na menor periodicidade possível permitida por lei, observada a legislação de regência e com o objetivo de manter o equilíbrio econômico-financeiro do Plano.

Art.52. O custeio do Plano será revisto, no mínimo, anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo Conselho Deliberativo da REAL GRANDEZA, o qual fixará os valores de mensalidade e as coparticipações e, inclusive seus componentes, a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

- I. Aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;
- II. Aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições mensais do Plano; e
- III. Alteração sensível na composição do grupo inscrito no Plano.

Art.53. Independentemente da data de adesão do(a) Beneficiário(a), os valores de suas mensalidades e da coparticipação e terão o primeiro reajuste integral no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do custeio, entendendo esta como data base única.

Art.54. Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, deverão ser observadas as regras de reajuste por faixa etária previstas neste Regulamento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do(a) Beneficiário(a).

§1º. O deslocamento para faixa etária superior de qualquer um dos(as) Beneficiários(as) implicará no reajuste dos respectivos preços mensais, a ser aplicado automaticamente, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos a seguir.

Faixa etária	Reajuste (%)
0 a 18 anos de idade	-
19 a 23 anos de idade	27,63%
24 a 28 anos de idade	15,76%
29 a 33 anos de idade	15,76%
34 a 38 anos de idade	20,01%
39 a 43 anos de idade	20,01%
44 a 48 anos de idade	20,15%
49 a 53 anos de idade	20,15%
54 a 58 anos de idade	29,88%
59 anos ou mais	29,88%

§2º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observando as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

§3º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por faixa etária ao(à) Beneficiário(a) com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento.

§4º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento.

CAPÍTULO XIX - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A)

Art.55. O(a) Beneficiário Titular, seus(suas) Dependentes e Agregados(as) perderão o direito ao uso do Plano caso se verifique uma das seguintes condições:

I. Pela ausência de uma das condições previstas no Art.5º do Regulamento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção.

II. Por fraude praticada pelo(a) Dependente e/ou Agregado(a). A utilização irregular dos benefícios após a sua exclusão configura ilícito penal e civil, pelos quais respondem o Beneficiário(a) Titular e o(a) Beneficiário(a) que se tenha aproveitado da fraude;

III. Atraso no pagamento das contribuições individuais mensais ou parcelas de custeio, consecutivo ou não, por período superior a 60 (sessenta) dias implicará a suspensão da cobertura, e quando ultrapassado o período de 90 (noventa) dias implicará a exclusão do plano, desde que previamente comunicado nos termos da legislação vigente

IV. Fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

V. Solicitação de exclusão apresentada pelo(a) Beneficiário(a) Titular ou do Usuário Independente por declaração de vontade.

§1º. A REAL GRANDEZA se reserva o direito de suspender todo e qualquer atendimento que esteja sendo obtido em caso de atraso superior a 60 (sessenta) dias corridos, consecutivos ou não, em qualquer pagamento dos últimos 12 (doze) meses de vigência de cobertura, desde que a suspensão seja precedida de notificação ao(à) Beneficiário(a) Titular ou ao(à) Usuário Independente até o 50º (quinquagésimo) dia corrido de inadimplência.

§2º. A exclusão por inadimplência não exime o(a) Beneficiário(a) Titular de quitar eventuais débitos com o Plano, sujeita à cobrança administrativa e judicial, bem como a inclusão de seu nome nos cadastros de Órgãos de Proteção ao Crédito (tais como SPC e Serasa), independentemente da suspensão ou cancelamento do uso do Plano.

§3º. As solicitações de exclusão terão efeito imediato, em cumprimento ao que estabelece a legislação da ANS.

CAPÍTULO XX - DO REINGRESSO DE BENEFICIÁRIOS(AS)

Art.56. Com cumprimento de novos períodos de carência previstos neste Regulamento, será permitido o reingresso ao Plano do(a) Beneficiário(a) Titular, dos(as) seus(suas) Dependentes e dos(as) Agregados(as) que, por declaração de vontade, tenham solicitado a exclusão do Plano.

Art.57. Nos casos, previstos neste Regulamento, de exclusão por falta de pagamento, somente será possível o reingresso do(a) Beneficiário(a) Titular, de seus(suas) Dependentes e de seus(suas) Agregados(as) após o pagamento dos valores de mensalidades e de coparticipações e em aberto, observados, também, os prazos de carência.

Art.58. É vedado o reingresso quando o(a) Beneficiário(a) estiver em situação de inadimplência em relação às despesas com quaisquer dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

CAPÍTULO XXI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.59. O Órgão Gestor do Plano é o Conselho Deliberativo da REAL GRANDEZA, constituído de acordo com a regulamentação interna da Entidade.

Art.60. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração legislação vigente, razão pela qual qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado estará sujeito a novo ajuste de condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art.61. O(a) Beneficiário(a) Titular, por si e por seus(suas) Dependentes, Agregados(as) e os(às) Usuários(as) Independentes autorizam a REAL GRANDEZA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Parágrafo único: O(a) Beneficiário(a) no momento da adesão receberá a Política de Proteção de Dados Pessoais, e a assinatura no termo de adesão implica no aceite de todas as condições ali previstas.

Art.62. É parte integrante deste Regulamento os documentos que serão entregues ao Beneficiário(a), incluindo o Formulário de Adesão, a Declaração de Saúde - DS, a tabela de reembolso, o guia do Beneficiário e o guia de leitura contratual, conforme legislação da ANS. A REAL GRANDEZA disponibilizará o Regulamento do Plano AURUM no endereço eletrônico <http://www.frg.com.br>.

Art.63. As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pelo Órgão Gestor do Plano, nos termos estabelecidos no Estatuto, observada a natureza associativa da REAL GRANDEZA e a ausência de fins lucrativos.

Art.64. A REAL GRANDEZA disponibilizará acesso individualizado para os(as) Beneficiários(as) maiores de 18 (dezoito) anos ao Portal de Informações do(a) Beneficiário(a) da Saúde Suplementar - PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: <http://www.frg.com.br>.

Art.65. A REAL GRANDEZA disponibilizará canais de atendimento presencial, telefônico ou no *site*, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações.

Os canais de atendimento telefônico estão disponíveis no endereço eletrônico <http://www.frg.com.br>.

Atendimento 24 horas: atendimento telefônico gratuito que funciona 24 horas nos 7 dias da semana pelo telefone 0800 888 8123.

E-mail: grp@frg.com.br

Ouvidoria: Tem o compromisso de reanalisar e orientar os(as) Beneficiários(as) que já registraram a sua manifestação na Gerência de Relacionamento com Participante, e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo, não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

Portal da Operadora, área restrita do Beneficiário: Acesso às informações cadastrais - PIN-SS, atualização cadastral, guia médico, atualização cadastral, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: www.frg.com.br.

Correspondências: As demandas por meio de correio, podem ser remetidas à REAL GRANDEZA no endereço da sede: Rua Mena Barreto, 143 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22271-100.

Art.66. Fica eleito o foro do domicílio do(a) Beneficiário(a) para dirimir as eventuais questões decorrentes deste Contrato.

Art.67. Este Regulamento entra em vigor a partir de 01 de julho de 2021.

CAPÍTULO XXII - GLOSSÁRIO

Administradores: Pessoas Físicas que exercem a função de administração em uma das Patrocinadoras ou Instituidoras.

ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Área de Abrangência Geográfica e Atuação do Plano: área definida em Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas ofertadas.

Assistidos(as): Participante dos Planos previdenciários administrados pela REAL GRANDEZA em gozo de benefício ou Pensionista.

Associados(as): Pessoas Físicas associadas às Patrocinadoras ou Instituidoras.

Atendimento eletivo: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência.

Autogestão: Modalidade na qual é classificada uma operadora que opera Planos privados de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de Planos de assistência à saúde.

Autorização prévia: Mecanismo de regulação da operadora que consiste em avaliar a solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde.

Beneficiário(a): é o(a) usuário(a) de Plano de saúde administrado pela REAL GRANDEZA.

Beneficiário(a) Dependente: Beneficiário(a) de Plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de Agregado(a) a um(a) Beneficiário(a) Titular.

Beneficiário(a) Titular: Beneficiário(a) de Plano privado de assistência à saúde cujo contrato o(a) caracteriza como detentor(a) principal do vínculo com uma operadora.

Carência: prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Regulamento, durante o qual os(as) Beneficiários(as) não têm direito às coberturas ofertadas.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.^a revisão.

Cobertura assistencial: Segmentação assistencial de Plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Cobertura assistencial ambulatorial: Segmentação assistencial de Plano de saúde que garante a prestação de serviços com cobertura assistencial médico ambulatorial, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Cobertura assistencial hospitalar com obstetrícia: Segmentação assistencial de Plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Cobertura parcial temporária: Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao Plano privado de assistência à saúde.

Complicações no Processo Gestacional: Alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

Contrato de Plano de saúde coletivo por adesão: Instrumento jurídico firmado legalmente por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que oferece cobertura da atenção à saúde para população que com ela mantenha vínculo.

Coparticipação: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do(a) Beneficiário(a) na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora após a realização de procedimento.

Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU: Órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

Diretriz de utilização - DUT: Regras e normas elaboradas pela ANS, que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de cobertura de procedimentos médicos e exames complementares na saúde suplementar.

Doença ou lesão preexistente: Doença ou lesão que o(a) Beneficiário(a) ou seu(sua) representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao Plano privado de assistência à saúde.

Emergência: Evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário(a), caracterizado em declaração do(a) médico(a) assistente.

Empregados(as): Pessoas Físicas com relação empregatícia ou estatutária vinculada às Patrocinadoras ou Instituidoras.

Ex-administradores(as): Pessoas Físicas que exerceram a função de administração e que vieram a ser desligadas de uma das Patrocinadoras ou Instituidoras.

Ex-administradores(as) vinculados(as) a Planos previdenciários da REAL GRANDEZA: Pessoas Físicas que exerceram a função de administração e que vieram a ser desligadas de uma das Patrocinadoras ou Instituidoras que permanecem vinculadas a um dos Planos previdenciários da REAL GRANDEZA.

Ex-empregados(as): Pessoas Físicas com relação empregatícia ou estatutária que vieram a ser

desligadas das Patrocinadoras ou Instituidoras.

Ex-empregados(as) vinculados a Planos previdenciários da REAL GRANDEZA: Ex-empregados(as) que permanecem vinculados a um dos Planos previdenciários da REAL GRANDEZA.

Exames básicos: são exames mais simples que podem servir como forma de reavaliação, diagnóstico, promoção da saúde, raio x, ultrassom, hemograma, entre outros.

Exames complexos: são aqueles que dependem de autorização prévia, cujo prazo de atendimento é de 21 dias úteis e ligados a doenças mais complexas, como exemplo: tomografia, ressonância magnética, cintilografia, entre outros.

Garantia de atendimento: Compromisso de oferecer ao(à) Beneficiário(a) acesso a serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para atendimento integral das coberturas e prazos previstos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, na forma da Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011.

Hospital-Dia: Assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 (doze) horas.

Operadora: Pessoa Jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa Planos privados de assistência à saúde.

Órtese: Acessório usado em atos cirúrgicos com a finalidade de suprir ou corrigir a alteração morfológica de órgão, membro ou segmento de um membro, ou a deficiência de uma função, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

Pensionistas: Pessoas Físicas que recebem benefício dos Planos previdenciários administrados pela REAL GRANDEZA.

Plano coletivo por adesão: Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009; entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

Plano privado de assistência à saúde: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora.

Prestador: Pessoa Física ou Jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos Planos privados de assistência à saúde.

Prótese: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

Reajuste por variação de faixa etária: Aumento da contraprestação pecuniária do Plano em função do deslocamento do Beneficiário de uma faixa etária para outra.

Rede (prestadora de serviços de saúde): Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de Plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos Beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Reembolso (de despesa assistencial): Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo Beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do Plano privado de assistência à saúde.

Saúde Suplementar: No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refere-se à atividade que envolve a operação de Planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público.

Sócios: Pessoas físicas que constam como sócios das Patrocinadoras ou Instituidoras.

Urgência: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Usuários Independentes: Dependentes e/ou Agregados de Beneficiários Titulares de Plano de Saúde da REAL GRANDEZA que vieram a óbito.

Vínculo: Relação estabelecida, por meio de contrato, entre um indivíduo e uma operadora de Planos privados de saúde.

CAPÍTULO XXIII – ANEXOS

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA REAL GRANDEZA – Planes Aurum e Aurum

Termo de Adesão

Empresa <input type="checkbox"/> FURNAS <input type="checkbox"/> REAL GRANDEZA <input type="checkbox"/> ELETRONUCLEAR <input type="checkbox"/> _____		Categoria do Beneficiário Titular <input type="checkbox"/> Empregados e Administradores <input type="checkbox"/> Assistido <input type="checkbox"/> Ex-empregados e ex-administradores <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Sócios e Associados <input type="checkbox"/> Usuário Independente	
Nome do Titular	Matrícula/DV -	ID FRG	Telefone ou ramal ()

PLANOS: 1 PLAMES AURUM 2 AURUM

Os beneficiários serão inscritos / migrados nos Produtos, conforme opção de Plano escolhida e de acordo com os critérios de elegibilidade previstos Capítulo II dos Regulamentos dos Planos.

Relacione, abaixo, somente o(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) a ser(em) incluído(s)/migrado(s):

Item	Nome	Data de nascimento	Condição de dependência	Escreva o nº do plano
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Estando de acordo com o regulamento dos planos em vigor, solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) inclusão(ões) e a(s) migração(ões) em referência e autorizo a REAL GRANDEZA a processar as cobranças correspondentes. Ciente de que, caso seja necessária a emissão de boletos adicionais, a cobrança pela emissão do documento poderá ser realizada.

ATENÇÃO: Todas as movimentações efetuadas até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processadas no mesmo mês. Após essa data, serão processadas no mês seguinte.

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

Término das carências / CPT (as despesas serão cobertas somente após o término das respectivas carências / CPT)

Modalidade	Data	Modalidade	Data
CPT		Abortamento e Parto a Termo	
Consultas médicas		Consultas / sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	
Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma e ultrassonografia		Internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátrica, <i>Day Clinic</i> , exames genéticos, PET SCAN, procedimentos ambulatoriais de alto custo, procedimentos com DUT e as demais coberturas	
Consultas / sessões de fisioterapias, tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, endoscopias, monitorizações, biópsias orientas por imagem			

Reservado à REAL GRANDEZA

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

Observações

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento do FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É O FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato de Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESSA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, endoscopia, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral, de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrições de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

Empresarial / Coletivo por adesão

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados

Nome de quem utilizará o plano de saúde (completo e sem abreviaturas)	Telefone / Celular para contato ()
---	--

Matrícula	Área/órgão
-----------	------------

Preencha a informação do campo 1, e em seguida marque com um "x" as demais opções.**Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição e especifique. Caso contrário, assinale "NÃO".**

1. Informe seu peso atual kg (quilos)	Informe sua altura m (metros) Exemplos: altura acima de 1 metro: 1,65 altura abaixo de 1 metro: 0,55
kg	m

2. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplásmatica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
3. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono, ronco, em caso de menor de idade, ou outro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
4. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
5. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra, tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
6. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
7. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidematomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
8. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
9. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
10. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
11. É portador(a) de alguma doença das artérias (carótida, aorta, femoral)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
12. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
13. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, com cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
14. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
15. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
16. É portador(a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
17. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
18. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
19. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
20. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestante, de doença hipertensiva específica da gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
21. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar local.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____

22. É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
23. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
24. É portador(a) de obesidade mórbida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
25. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
26. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
27. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
28. É portador(a) de alguma doença das veias, como varize, microvarize, trombose, úlcera de perna ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
29. É portador(a) de alguma doença mental?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores.		

Marque com um X a opção escolhida quanto à orientação médica para preenchimento deste formulário de Declaração de Saúde.

Declaro que optei por:

- Dispensar a presença do médico orientado para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação as perguntas formuladas e suas implicações.
- Ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade
- Ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela REAL GRANDEZA, sem ônus financeiro

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento.

Identificação do médico (carimbo ou assinatura)

Declaração

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a REAL GRANDEZA considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento deste formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da REAL GRANDEZA alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

Assinatura (quando for menor e/ou incapaz, assinatura do responsável legal).

Para uso da REAL GRANDEZA (identificação de CID)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

____/____/____
Data

Carimbo e assinatura do médico

Anexo II



**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA
REAL GRANDEZA – TERMO DE
COMUNICAÇÃO**

(CONFORME INCISO V DO ART. 18 DA RN Nº 162 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS)

Nome do Beneficiário Titular	Matrícula/DV	IDFRG	Telefone ()
Nome do Dependente / Agregado	Matrícula/DV	IDFRG	Telefone ()

Verificamos que o(a) Sr(a) é portador(a) das seguintes condições que constituem doenças ou lesões pré-existentes:

Item	CID	Descrição
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Declaro para os devidos fins que fui devidamente esclarecido(a) de que:

- 1) As condições acima mencionadas constituem doença ou lesão preexistente, nos termos da Resolução Normativa Nº 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Sendo assim, foi oferecida a opção de Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- 2) Cobertura Parcial Temporária (CPT) significa que, por um período de 24 meses, não terei direito aos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão preexistente declarada.

Assim informado, aceito a Cobertura Parcial Temporária - CPT, estando ciente de que, durante o período de **24 (vinte e quatro)** meses a contar da data de vigência do contrato, não terei cobertura dos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia conforme esta declaração devidamente rubricada por mim e que estão relacionados às doenças ou lesões preexistentes acima identificadas.

Estou ciente do prazo de 10 (dez) dias úteis para minha manifestação perante esta alegação da REAL GRANDEZA.

Assinatura do beneficiário / representante	Data
--	------

Anexo III

TABELA RN 259

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato