

DS

**REGULAMENTO  
PLAMES IDEAL  
Registro nº 502.636/25-9**

Versão: 1

2025



DS

REGULAMENTO  
PLAMES IDEAL  
**Registro nº 502.636/25-9**

Versão: 1

Aprovado em: 26/05/2025

Documento de Aprovação: RC 002/646

## SUMÁRIO

ASSUNTO	PÁGINA
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO II - CONDIÇÕES PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS(AS).....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO III - DIREITOS E DEVERES DOS(AS) BENEFICIÁRIOS(AS) .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO V - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO VII - DAS CARÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES – DLP .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO IX - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>Seção I – Do Cartão de Identificação do(a) Beneficiário(a).....</b>	<b>26</b>
<b>Seção II – Da Forma de Utilização .....</b>	<b>26</b>
<b>Seção III – Da Autorização Prévia .....</b>	<b>28</b>
<b>Seção IV - Da Coparticipação.....</b>	<b>30</b>
<b>Seção V - Da atenção Primária à Saúde (APS).....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO X - DO CUSTEIO .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO XI - DO REAJUSTE.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO XII - DAS FAIXAS ETÁRIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO XIII - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A).....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO XIV - REINGRESSO DE BENEFICIÁRIO(A) .....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO XV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO XVI – GLOSSÁRIO .....</b>	<b>37</b>

## **CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**

**Art.1º.** A REAL GRANDEZA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL é uma Entidade Fechada de Previdência Complementar sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 33.131-7 e classificada como Autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 34.269.803/0001-68, com sede na Rua Mena Barreto, 143 - Botafogo - Rio de Janeiro/RJ, CEP 22.271-100, doravante denominada REAL GRANDEZA, que opera o PLAMES IDEAL, com registro nº502.636/25-9, nos termos e condições constantes deste Regulamento.

**Art.2º.** São Instituidoras do PLAMES IDEAL as Patrocinadoras da REAL GRANDEZA.

**Parágrafo único.** Para todos os fins previstos neste Regulamento, considera-se Instituidora a pessoa jurídica que possibilita a oferta de plano de saúde para determinada categoria de pessoas naturais, sem que haja sua participação ou responsabilidade financeira.

**Art.3º.** O plano de saúde tratado no presente Regulamento possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo por adesão;
- II. Tipo de vínculo do(a) Beneficiário(a): Ex-empregados, aposentados e pensionistas, desde que assim comprovados e enquadrados nos critérios de elegibilidade definidos no artigo 5º desse regulamento, que podem ser alterados a qualquer tempo por fundamentação técnica e quando previamente aprovados pelo Conselho Deliberativo;
- III. Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Área Geográfica de Abrangência: Municipal;
- V. Área de Atuação: Rio de Janeiro;
- VI. Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VII. Formação do Preço: Pré-estabelecido;
- VIII. Fator Moderador: Coparticipação;
- IX. Mecanismo de Regulação: Atenção primária com porta de entrada obrigatória e direcionamento, nos termos previstos no presente Regulamento.

**§1º.** A oferta do PLAMES IDEAL não decorre do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o qual é garantido, quando cabível, nos próprios planos de saúde destinados aos empregados ativos das Instituidoras, conforme regras previstas nos respectivos Regulamentos.

**§2º.** O produto objeto do presente Regulamento fundamenta-se no modelo de Atenção Primária à Saúde, vinculando o(a) Beneficiário(a) à equipe multiprofissional da Clínica de Atenção Primária à Saúde da REAL GRANDEZA, sendo esse formato obrigatório para os atendimentos que iniciarão como porta de entrada para acesso à rede secundária de especialistas, além de direcionamento, conforme definido e delimitado neste Regulamento, em total observância as regras editadas pela Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS).

**Art.4º.** Este Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art.1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar com Obstetrícia 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.** O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

## **CAPÍTULO II - CONDIÇÕES PARA ADMISSÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE (TITULAR E DEPENDENTES)**

**Art.5º.** São considerados(as) Beneficiários(as) Titulares do PLAMES IDEAL as seguintes categorias, desde que participantes de planos previdenciários da REAL GRANDEZA:

- I. ex-empregados e ex-administradores das Instituidoras;
- II. aposentados que tenham sido vinculados anteriormente às Instituidoras e por comprovação de elegibilidade, passam a ser denominados “assistidos” para fins do presente regulamento;
- III. pensionistas dos(as) Beneficiários(as) descritos nos incisos anteriores.

**§1º.** Podem integrar o quadro de Beneficiários(as) deste plano o seguinte grupo familiar, com relação ao(a) Beneficiário(a) Titular:

- I. Dependentes:
  - a) Cônjuge ou companheiro(a) - desde que comprovada por formalização legal, por certidão de casamento ou instrumento de união estável;
  - b) Filhos(as) até 21 (vinte e um) anos, podendo ser estendido até 24 (vinte e quatro) anos, quando comprovada a condição de estudante universitário anualmente;
  - c) Filhos(as) adotivos (as) e Enteados(as) até 21 (vinte e um) anos, podendo ser estendido até 24 (vinte e quatro) anos, quando comprovada a condição de estudante universitário anualmente.

II. Agregados, conforme tabela abaixo:

<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Agregados</b>
<b>1º grau</b>	Filhos(as), filhos(as) adotivos(as) e Enteados(as) a partir de 21 anos, não universitário, ou a partir de 24 anos.

<b>2º grau</b>	Netos(as) do(a) Beneficiário(a) Titular e netos(as) do cônjuge ou companheiro(a).
<b>3º grau</b>	Bisnetos(as) do(a) Beneficiário(a) Titular.

§2º. O( A) Beneficiário(a) Titular poderá ingressar a qualquer tempo no PLAMES IDEAL.

§3º. A adesão do grupo familiar no plano dependerá da participação do(a) Beneficiário(a) Titular.

**Art.6º.** Após o falecimento do(a) Beneficiário(a) Titular, os seus Dependentes e Agregados poderão ser mantidos no presente plano, com a assunção das obrigações financeiras decorrentes (designados a partir de então como “Usuários(as) Independentes” em virtude do pagamento individualizado), observadas as seguintes regras:

- I. 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 artigo acima, por correspondência física ou meio eletrônico, acerca das condições para sua manutenção neste plano;
- II. Caso os familiares, responsáveis legais ou dependentes não se manifestem no prazo de 30 (trinta) dias acerca do óbito, o contrato do titular permanecerá ativo, com consequente desconto e/ou cobrança das parcelas de custeio correspondentes;
- III. Após o falecimento do titular, não será admitida a inclusão de novos(as) Beneficiários(as), à exceção do direito de inscrição do recém-nascido filho natural ou adotivo do(a) Beneficiário(a) inscrito(a), em atenção ao disposto no art. 12 da Lei nº 9.656/1998, conforme os limites e critérios de elegibilidade desse regulamento;
- IV. Não será permitido, sob nenhuma condição, o reingresso de Dependentes e Agregados do(a) Beneficiário(a) Titular falecido(a) que vier a ter o plano cancelado antes e durante o período de falecimento.

**Art.7º.** A inscrição do(a) Beneficiário(a) Titular e de pessoas a ele vinculadas não é automática, devendo ser formalizada solicitação, sempre mediante o preenchimento de formulários eletrônicos ou físicos, preenchidos pelo (a) Beneficiário(a) Titular, os quais serão analisados pela operadora a fim de garantir o cumprimento dos critérios de elegibilidade previstos nesse regulamento.

§1º. A cobertura oferecida pelo plano depende de deferimento da proposta de adesão pela REAL GRANDEZA, mediante avaliação prévia da documentação apresentada pelo(a) Beneficiário(a) e cumprimento dos critérios de elegibilidade previamente definidas nesse regulamento.

§2º. As movimentações de inclusão de titulares ou dependentes possuem como data de corte o dia 5 (cinco) de cada mês, sendo processadas no mesmo mês de referência. Após essa data, serão processadas no mês seguinte, seguindo a janela de movimentação prevista nesse paragrafo.

§3º. A movimentação será considerada efetuada após a conclusão do procedimento de avaliação documental, incluindo a declaração de saúde e eventual entrevista qualificada para formalização de doenças e lesões preexistentes, com consequente oferta da cobertura parcial temporária ao(à) Beneficiário(a), nos casos aplicáveis, na forma da regulamentação vigente estabelecida pela ANS.

**Art.8º.** É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do(a) Beneficiário(a) inscrito(a), isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) Beneficiário(a) adotante, observando as disposições contidas na regulamentação vigente, editada da ANS.

**Parágrafo único.** A inclusão dos dependentes na forma prevista nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

### **CAPÍTULO III - DIREITOS E DEVERES DOS(AS) BENEFICIÁRIOS(AS)**

**Art. 9.** 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 dos procedimentos cobertos pelo plano, quando cumpridos os períodos de carência e de cobertura parcial temporária (CPT) para as doenças ou lesões preexistentes, consoante regras estabelecidas neste instrumento.

**Art.10.** São deveres dos(as) Beneficiários(as):

- I. cumprir, respeitar 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 seus Dependentes e Agregados; endereço; telefone; e-mails e demais dados relativos aos participantes do contrato, sob pena de serem consideradas válidas todas e quaisquer notificações destinadas às informações presentes no cadastro, na data da notificação;

**III.** efetuar o pagamento das contribuições mensais e coparticipações tempestivamente e em total observância às regras de quitação estabelecidas nesse regulamento, sob pena de exclusão do contrato por inadimplência.

**Art.11.** O(a) Beneficiário(a) Titular responderá, por si e por seus Dependentes e Agregados, integralmente pelos ônus decorrentes da realização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares previstos neste Regulamento quando:

- I.** permitir a utilização indevida do cartão de identificação aos serviços do plano por terceiros;
- II.** apresentar junto ao credenciado o cartão de identificação irregular de acesso aos serviços do plano, não devolvido à REAL GRANDEZA nas hipóteses de exclusão ou com data de validade vencida;
- III.** participar de qualquer outro procedimento que denote má-fé ou fraude;
- IV.** realizar procedimentos, exames, terapias ou qualquer evento assistencial fora dos padrões do Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente, ou dos descritos nesse regulamento.

#### **CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS**

**Art. 12.** A REAL GRANDEZA cobrirá os custos decorrentes da prestação dos serviços objeto do plano de saúde, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos(às) Beneficiários(as) regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação registradas junto a ANS e neste instrumento, considerando a rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da REAL GRANDEZA, independente da circunstância e do local de origem do evento, desde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela ANS e vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) em vigor à época do evento.

**Art. 13.** A cobertura ambulatorial compreende aquelas determinadas pela Resolução Normativa nº 465 de 24 de Fevereiro de 2021 e seus anexos ou outra que vier a substituí-la, incluindo:

**I.** Consultas médicas, em número ilimitado, em Clínica de Atenção Primária como porta de entrada e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

**a)** Somente serão consideradas especialidades médicas aquelas expressamente

reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, não sendo obrigatória a cobertura de mera área de atuação do profissional assistente ou eventual "subespecialidade".

- II. Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- III. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, desde que solicitadas pelo médico assistente, acompanhados do devido relatório que detalhará a indicação, diagnóstico e demais informações aplicadas às terapias, sendo requisito obrigatório da cobertura, nos termos previstos na legislação vigente e pareceres técnicos emitidos pela ANS.
- IV. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetrix, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e suas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;
- V. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), solicitada pelo médico assistente, acompanhados do devido relatório que detalhará a indicação, diagnóstico e demais informações aplicadas, sendo requisito obrigatório da cobertura, nos termos previstos na legislação vigente e pareceres técnicos emitidos pela ANS;
- VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, desde que estejam listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na data do evento, solicitados por médico assistente, sendo certo que sua realização se dará por profissional de saúde habilitado, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, nos termos da legislação regulatória aplicável.
- 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, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente e desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;

- a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- 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, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- X.** Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI.** Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII.** Hemoterapia ambulatorial, desde que indicados por médico assistente e que exista previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento.
- XIII.** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominadas de cirurgias refrativas (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios por olho: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

**Art. 14.** A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I.** Internações hospitalares, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II.** Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e sobre os procedimentos não previstos no Rol /ANS.
- III.** Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais

de saúde indicados 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 na data do evento, sob pena de serem custeados as expensas do beneficiário titular ou seu dependente, se for o caso.
  - c) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, 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 médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, 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 médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
  - V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
  - VI. Acomodação e alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do(a) Beneficiário(a) menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;
  - VII. Órteses e próteses, desde que registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos obrigatoriamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial, não sendo cobertos materiais experimentais e sem comprovação científica sob nenhuma hipótese.
  - VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS 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 utilizados durante o período de internação hospitalar;
  - IX. 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 utilizados durante o período de internação hospitalar;

- a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do(a) Beneficiário(a), com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observando as seguintes regras:
  - 1. O cirurgião dentista assistente e/ou o médico 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;
  - 2. Os honorários do cirurgião 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.
- x. Procedimentos ambulatoriais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:
  - a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral e para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
  - d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - e) Hemoterapia, desde que indicados por médico assistente e que exista previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento. Nutrição parenteral ou enteral;
  - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

- g) Radiologia intervencionista;
  - h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, desde que ligado aos procedimentos previstos no Rol/ANS;
  - i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- XI.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, desde que em estrita observância as regras determinadas no Rol/ANS;
- XII.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XIII.** Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, 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 só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), 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) 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 e tecidos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito 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 interessadas na realização de transplantes 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 receptor.

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

**XV.** Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**XVI.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do(a) Beneficiário(a) Titular, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) Beneficiário(a), pai ou mãe do recém-nascido.

**Art. 15.** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I.** O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente e desde que comprovadas documentalmente;
- II.** Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor à época do evento, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- III.** Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
  - a)** Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao(a) Beneficiário(a) a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

- IV.** Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano, não cumulativos.

**Art. 16.** O presente Regulamento garante, ainda:

- I.** Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- II.** Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação do profissional assistente;
- III.** Equipe necessária à realização do procedimento, caso haja indicação do profissional assistente, observada a regulamentação da ANS;
- IV.** Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;
- V.** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI.** Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do profissional assistente.

## **CAPÍTULO V - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Art.17.** Considera-se:

- I.** atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
- II.** atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico

assistente.

**§1º.** São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I. para os procedimentos de urgência decorrentes de acidente pessoal, o atendimento será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do(a) Beneficiário(a) ao plano de saúde;
- II. depois de cumprida a carência 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 do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, sendo que após esse prazo será solicitada a remoção do beneficiário/dependente para o sistema público de saúde (SUS) nos termos da legislação vigente;
- IV. depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, 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 do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, 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, sendo que após esse prazo será solicitada a remoção do beneficiário/dependente para o sistema público de saúde (SUS) nos termos da legislação vigente.

**§2º.** Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, sendo que após esse prazo será solicitada a remoção do beneficiário/dependente para o sistema público de saúde (SUS) nos termos da legislação vigente.

**§3º.** O atendimento de urgência e emergência é limitado à área de abrangência geográfica do plano.

**Art. 18.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

**§1º.** Haverá remoção para uma unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para

continuidade da atenção ao paciente.

**§2º.** Haverá ainda a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do(a) Beneficiário(a) estar cumprindo período de carência para internação.

**§3º.** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

**Art. 19.** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. Quando não possa 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 à REAL GRANDEZA o ônus e a responsabilidade da remoção do 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 a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV. Quando o paciente 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.

**Art.20.** A REAL GRANDEZA assegurará o reembolso das despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo(a) Beneficiário(a) em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da assistência própria ou credenciada pela REAL GRANDEZA dentro da área de abrangência do plano, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor expresso na Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica da REAL GRANDEZA, as carências contratuais, as coberturas parciais temporárias e o custo dos atendimentos.

- I. O reembolso será efetivado após apresentação dos documentos previstos neste artigo de forma completa, de modo que documentos parciais ou incompletos obstarão o prosseguimento da devolução do montante pleiteado, o qual terá como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica da REAL GRANDEZA vigente na data do evento, não sendo inferiores aos valores praticados pela REAL GRANDEZA junto à rede de prestadores do plano, descontada a coparticipação prevista neste Regulamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da entrega integral dos documentos originais.

- II. Para fins de realização do reembolso, exigir-se-á a apresentação dos seguintes documentos originais:
  - a) Comprovação do desembolso do valor pago pelo beneficiário/dependente, como comprovante de transferência bancária (TED, DOC, PIX ou outro), via de recibo emitida em máquina de cartão de crédito, que conste o valor pago, informações do cartão utilizado e afins, entre outros.
  - b) relatório do médico assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento e tempo de permanência no hospital e datas de internação e alta hospitalar, quando for o caso;
  - c) conta hospitalar, discriminando diárias, taxas, alugueis, materiais e medicamentos utilizados na acomodação e no centro cirúrgico, materiais especiais (OPME), gases medicinais, exames de laboratórios e de imagem e preço por unidade, juntamente com notas fiscais devidamente quitadas ou recibos do estabelecimento hospitalar;
  - d) recibo de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando funções: cirurgião, auxiliares, instrumentador, anestesista com nome;
  - e) CRM e CPF de cada profissional, e os eventos a que se referem; e
  - f) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.
- III. O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 01 (um) ano a contar da data do evento, sob pena de perda do direito à devolução dos valores.

## **CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS**

**Art.21.** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- II. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da REAL GRANDEZA sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

- III. Atendimentos prestados antes do início de vigência do Regulamento, do início de vigência da adesão do(a) Beneficiário(a) ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições regulamentares;
- IV. Reeducação Postural Global - RPG;
- V. Pilates;
- VI. Hidroterapia;
- VII. Massoterapia;
- VIII. Equoterapia;
- IX. Remoção domicílio x hospital;
- X. Remoção hospital x domicílio;
- XI. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que:
  - a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
  - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou
  - c) faz uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde.
- XII. Procedimentos clínicos e 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 parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- XIII. Inseminação artificial, entendida 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;
- XIV. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- XV. Métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XVI. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;
- XVII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde;

- a) importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
  - b) medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou subcutâneo ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, quando atendidas as Diretrizes de Utilização;
  - c) Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado à execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
  - d) Vacinas.
- XXVIII.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer material permanente ou transitório, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- XXIX.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na *Internet* ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br));
- XX.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXI.** Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XXII.** Estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXIII.** Transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XXIV.** Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XXV.** Qualquer tipo de atendimento domiciliar (consultas, internações e demais atendimentos domiciliares, tais como *home care*), mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXVI.** Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica,

clínica ou cirúrgica), inclusive relacionada com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

- XXVII.** Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para segmentação odontológica;
- XXVIII.** Remoções não previstas em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- XXIX.** Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XXX.** Procedimentos cujo(a) Beneficiário(a) não atenda às Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas ou Protocolo de Utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
- XXXI.** Procedimentos, exame ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência geográfica e atuação estabelecida neste Regulamento 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 instrumento;
- XXXII.** Todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes e/ou que não conste no rol de procedimentos adotado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (o rol de procedimentos encontra-se disponível na página da ANS na *internet*: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).
- XXXIII.** Aparelhos ortopédicos;
- XXXIV.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXXV.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do(a) Beneficiário(a), exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ou com deficiência, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXXVI.** Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXXVII.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXXVIII.** Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXIX.** Avaliação pedagógica;

- XL.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, incluindo subespecialidades ou área de atuação assim especificada;
- XLI.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XLII.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XLIII.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

**§1º.** A REAL GRANDEZA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias. Esses pagamentos deverão ser realizados pelo(a) Beneficiário(a) internado(a) ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

**§2º.** A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do(a) Beneficiário(a) Titular, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

## **CAPÍTULO VII - DAS CARÊNCIAS**

**Art.22.** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o(a) Beneficiário(a) contribui, mas ainda não tem direito de utilizar os serviços oferecidos pelo plano.

**Art.23.** Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao(à) Beneficiário(a) após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

<b>Procedimentos</b>	<b>Carência</b>
<b>Urgência e Emergência</b>	<b>24 horas</b>
<b>Consultas médicas</b>	<b>30 dias</b>
<b>Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia</b>	<b>30 dias</b>
<b>Consultas/sessões de Fisioterapias, tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, endoscopias, monitorizações, biópsias orientadas por imagem</b>	<b>90 dias</b>
<b>Parto a Termo</b>	<b>300 dias</b>
<b>Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia</b>	<b>180 dias</b>

<b>Internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátrica, Day Clinic, exames genéticos, PET SCAN, procedimentos ambulatoriais de alto custo, procedimentos com DUT e as demais coberturas.</b>	<b>180 dias</b>
--	-----------------

§1º. A contagem dos prazos de carência se iniciará quando da adesão do(a) Beneficiário(a) ao plano de saúde, observadas as regras de processamento previstas neste Regulamento.

§2º. Os(As) Beneficiários(as) que optarem pela transferência para modalidade de plano superior ao produto atual contratado, cumprirão carência de 180 (cento e oitenta) dias, considerando o disposto na Súmula Normativa da ANS nº 21, e manterão, durante o período de carência, a cobertura do plano anterior. O cumprimento dos prazos de carência inclui o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior.

§3º. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. O(A) Beneficiário(a) Titular que solicitar a sua inscrição e a de seus Dependentes e Agregados no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do Convênio de Adesão;
- II. O(A) Beneficiário(a) Titular que solicitar a sua inscrição e a de seus Dependentes e Agregados no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da perda do vínculo empregatício ou estatutário com a Instituidora para o ex-empregado, ex-administrador e aposentado, ou da data do óbito para o pensionista;
- III. O(A) Beneficiário(a) Dependente ou Agregado cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o plano.

§4º. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outros.

§5º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

## **CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES – DLP**

**Art. 24.** Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o(a) Beneficiário(a) ou seu representante legal saiba ser portador(a) ou sofredor(a) no momento da adesão ao presente instrumento.

**Art. 25.** No momento da adesão ao presente instrumento, o(a) Beneficiário(a) deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou

lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito(a) à suspensão ou exclusão do plano, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

**§1º.** Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao(à) Beneficiário(a).

**§2º.** O(A) Beneficiário(a) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela REAL GRANDEZA, sem qualquer ônus para o(a) Beneficiário(a).

**§3º.** Caso o(a) Beneficiário(a) opte por ser orientado(a) por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da REAL GRANDEZA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**§4º.** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o(a) Beneficiário(a) para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o(a) Beneficiário(a) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

**§5º.** É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no(a) Beneficiário(a) pela REAL GRANDEZA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**Art. 26.** Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do(a) Beneficiário(a), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a REAL GRANDEZA oferecerá a cobertura parcial temporária.

Parágrafo único. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**Art. 27.** A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo único. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela REAL GRANDEZA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela REAL

GRANDEZA para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

**Art. 28.** Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site* [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da REAL GRANDEZA, fazendo parte integrante deste instrumento.

**Art. 29.** Exercendo prerrogativa legal, a REAL GRANDEZA não optará pelo fornecimento do Agravo.

**Art. 30.** Identificado indício de fraude por parte do(a) Beneficiário(a), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a REAL GRANDEZA comunicará a alegação de omissão de informação ao(a) Beneficiário(a) através de Termo de Comunicação ao(a) Beneficiário(a) e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do(a) Beneficiário(a) à cobertura parcial temporária.

**§1º.** Instaurado o processo administrativo na ANS, à REAL GRANDEZA caberá o ônus da prova.

**§2º.** A REAL GRANDEZA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do(a) Beneficiário(a) sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

**§3º.** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

**§4º.** Se solicitado pela ANS, o(a) Beneficiário(a) deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

**§5º.** Após julgamento, e acolhida a alegação da REAL GRANDEZA, pela ANS, o(a) Beneficiário(a) passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela REAL GRANDEZA, bem como será excluído(a) do plano.

**§6º.** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

**§ 7º** Além das medidas administrativas, no caso de indício de fraude, a REAL GRANDEZA possui a prerrogativa legal de ingressar com ação judicial para rescisão do presente contrato de assistência à saúde, ainda que não haja decisão definitiva da ANS sobre o tema.

**Art. 31.** O presente Capítulo não vigorará para:

- I. O(A) Beneficiário(a) Titular que solicitar a sua inscrição e a de seus Dependentes e Agregados no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do Convênio de Adesão;
- II. O(A) Beneficiário(a) Titular que solicitar a sua inscrição e a de seus Dependentes e Agregados no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da perda do vínculo empregatício ou estatutário com a Instituidora para o ex-empregado, ex-administrador e aposentado, ou da data do óbito para o(a) pensionista;
- III. O(A) Beneficiário(a) Dependente ou Agregado cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o plano.

**Parágrafo único.** Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outros.

## **CAPÍTULO IX - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Seção I – Do Cartão de Identificação do(a) Beneficiário(a)**

**Art.32.** Para receber atendimento médico e hospitalar, o(a) Beneficiário(a) Titular, seus Dependentes e Agregados deverão se identificar perante o profissional ou estabelecimento credenciado, mediante apresentação de documento de identidade com foto e o cartão de identificação do plano PLAMES IDEAL (ou outro meio de identificação do(a) Beneficiário(a) aceito pela REAL GRANDEZA).

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

**§2º.** Considera-se uso indevido a utilização do cartão de identificação (ou outro meio de identificação do(a) Beneficiário(a) aceito pela REAL GRANDEZA) para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelo(a) Beneficiário(a) que perder essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários(as).

### **Seção II – Da Forma de Utilização - Atenção Primária e Obrigatoriedade de Porta de entrada**

**Art. 33.** A assistência médico-hospitalar será prestada aos(às) Beneficiários(as) através de rede assistencial credenciada pela REAL GRANDEZA, obedecidas as 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, devendo o atendimento ser realizado previamente, de forma obrigatória, com o médico de referência (clínico geral ou geriatra, pediatra ou ginecologista) disponível na Clínica de Atenção Primária à Saúde indicada pela REAL GRANDEZA ao(à) Beneficiário(a), que procederá com a indicação ao especialista, quando cabível;

- II. Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: Após a autorização prévia, o(a) Beneficiário(a) será atendido(a) no prestador de serviço indicado pela REAL GRANDEZA, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do plano, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- III. Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: Após a autorização prévia, o(a) Beneficiário(a) será atendido(a) no prestador de serviço indicado pela REAL GRANDEZA, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do plano, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- IV. Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e demais coberturas ambulatoriais: Após a autorização prévia, o(a) Beneficiário(a) será atendido(a) no prestador de serviço indicado pela REAL GRANDEZA, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do plano, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

**§1º.** Por haver rede de atenção primária definida no plano, é considerado uso indevido o acesso direto do(a) Beneficiário(a) ao especialista, sem a indicação prévia do médico referência de que trata o inciso I do *caput* deste artigo, os quais serão de responsabilidade de custeio do usuário infrator, ressalvadas as situações comprovadas de urgência ou de emergência.

**§2º.** É facultado à REAL GRANDEZA direcionar a realização de exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento estabelecidos na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

**Art. 34.** A rede de atenção primária e a rede credenciada estão disponíveis no portal da REAL GRANDEZA ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)).

**§1º.** A REAL GRANDEZA se reserva ao direito de alterar a rede assistencial, observado o disposto na regulamentação vigente aplicável, principalmente no que se refere à alteração da rede hospitalar, conforme disposto no art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

**§2º.** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao(à) Beneficiário(a) e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**§3º.** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da REAL GRANDEZA durante período de internação de algum(a) Beneficiário(a), será

garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a REAL GRANDEZA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

§4º. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**Art. 35.** O(A) Beneficiário(a) poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de prestadores de serviços da REAL GRANDEZA exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos pelo plano.

Parágrafo único. Ao utilizar a rede de prestadores de serviços do plano, o(a) Beneficiário(a) não fará qualquer desembolso, cabendo à REAL GRANDEZA efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços em nome e por conta do(a) Beneficiário(a).

**Art. 36.** Não se aplica a livre escolha de prestadores a este plano, devendo os atendimentos serem realizados exclusivamente junto à rede de prestadores de serviços disponibilizada pela REAL GRANDEZA para este produto e observando as regras estabelecidas neste Regulamento. O plano não garantirá o reembolso de atendimentos realizados pelo(a) Beneficiário(a) em caráter particular.

### **Seção III – Da Autorização Prévia**

**Art. 37.** A utilização dos procedimentos previstos neste Regulamento pelo(a) Beneficiário(a) depende de autorização prévia da REAL GRANDEZA, à exceção dos casos de urgência e emergência.

§1º. Para a obtenção da autorização prévia, o(a) Beneficiário(a) deverá entrar em contato com a REAL GRANDEZA, que irá avaliar as informações constantes na solicitação do procedimento pelo médico assistente e no relatório médico justificando o tratamento.

- I. Para análise adequada da autorização prévia, a REAL GRANDEZA reserva-se ao direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao(a) Beneficiário(a).
- II. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento a que o(a) Beneficiário(a) será submetido. Quando necessária a permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à REAL GRANDEZA a prorrogação da autorização.
- III. Os casos de urgência e emergência não necessitarão de prévia autorização, mas essa autorização deverá ser obtida na REAL GRANDEZA em até 48 (quarenta e

oito) horas do início do atendimento.

**§2º.** Após a autorização prévia, o(a) Beneficiário(a) será atendido no prestador de serviços indicado pela REAL GRANDEZA, dentre aqueles pertencentes à rede de prestadores de serviços do plano, conforme prerrogativa prevista na Seção anterior.

**§3º.** Durante a internação do(a) Beneficiário(a), em qualquer caso, considerando as regras de direcionamento estabelecidas neste instrumento, é assegurado à REAL GRANDEZA o direito de remover o(a) Beneficiário(a) de um hospital credenciado para outro hospital credenciado, desde que o novo hospital disponha dos recursos necessários para a continuidade da assistência ao(a) Beneficiário(a) e sejam atendidas as disposições da ANS em vigor para a remoção.

**§4º.** As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias, contados da data de emissão da guia.

**§5º.** Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.

**Art. 38.** - Será garantido ao(a) Beneficiário(a) o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, para definição dos casos de aplicação de regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

**Art. 39.** - Em caso de divergência técnica/médica na concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo(a) Beneficiário(a), por médico da REAL GRANDEZA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da REAL GRANDEZA.

**Parágrafo único.** Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista neste artigo serão conforme disposto na regulamentação vigente.

**Art. 40.** Embora a cobertura do plano esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados da REAL GRANDEZA, é admitido que os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais possam ser solicitados pelo médico assistente, dentro das suas competências, independentemente de pertencer à rede credenciada da REAL GRANDEZA. Nesse caso, deve o(a) Beneficiário(a) entrar em contato com a REAL GRANDEZA para obter orientações e indicação do prestador integrante da rede que irá realizar os procedimentos solicitados.

**Art. 41.** 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, correndo essas despesas por conta exclusiva do(a) Beneficiário(a) Titular.

## **Seção IV - Da Coparticipação**

**Art. 42.** Coparticipação é a parte efetivamente paga pelo(a) Beneficiário(a) à REAL GRANDEZA referente à utilização dos serviços cobertos pelo plano. No Plames Ideal, a coparticipação aplica-se APENAS aos seguintes casos:

**Art. 43.** Em caso de atendimento em pronto atendimento que não gere internação, o(a) Beneficiário(a) deverá arcar com a coparticipação de 30% (trinta por cento) do custo final do evento, limitada ao teto de R\$ 200,00 (duzentos reais).

**Art. 44.** No caso da internação psiquiátrica prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do(a) Beneficiário(a), não cumulativos.

**Art. 45.** O(A) Beneficiário(a) é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após a exclusão do plano, considerando o lemporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador de serviços.

## **Seção V – Da Atenção Primária à Saúde (APS)**

**Art. 46.** Da definição e funcionamento da Atenção Primária:

§1º. O modelo assistencial adotado pelo PLAMES IDEAL está fundamentado na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta a principal responsável pelo acompanhamento contínuo dos(as) Beneficiários(as) e pelo direcionamento ao atendimento especializado quando necessário.

§2º. A APS será prestada por meio da Clínica de Atenção Primária à Saúde da REAL GRANDEZA, composta por equipe multidisciplinar qualificada, incluindo, mas não se limitando a: médicos(as) de família, clínicos(as) gerais, pediatras, ginecologistas, enfermeiros(as), nutricionistas e psicólogos(as).

§3º. A APS tem como principais funções:

- I. Realizar a primeira avaliação de saúde do(a) Beneficiário(a);
- II. Estabelecer planos de cuidado individualizados e acompanhamento contínuo;
- III. Atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde;
- IV. Definir a necessidade de encaminhamento para especialistas da rede credenciada;
- V. Gerenciar os casos crônicos e os pacientes em acompanhamento prolongado.

**Art. 47.** Da vinculação do(a) Beneficiário(a) à equipe de APS:

§1º. Cada Beneficiário(a) será vinculado a um(a) médico(a) de referência da APS no momento da adesão ao plano.

§2º. A alocação do beneficiário à equipe multidisciplinar da clínica será definida pela operadora, considerando a disponibilidade de agendamento e o cumprimento dos prazos regulatórios vigentes. As solicitações de substituição serão analisadas e atendidas a depender da disponibilidade de outros profissionais, sendo certo que a decisão final sobre o profissional de atendimento será baseada em critérios técnicos de sua atuação, confirmando sua plena aptidão para prestação do serviço.

§3. O acompanhamento pela APS será contínuo, sendo recomendada a realização de pelo menos uma consulta anual para monitoramento da saúde do(a) Beneficiário(a).

**Art. 48.** Do encaminhamento a especialistas:

§1º. O encaminhamento para consultas especializadas será realizado exclusivamente pelos médicos(as) da APS, salvo nos casos excepcionais previstos neste Regulamento.

§2º. O prazo para a realização da consulta com especialista obedecerá aos prazos máximos estabelecidos pela ANS.

§3º. Após o atendimento especializado, o(a) Beneficiário(a) deverá retornar à APS para continuidade do plano de cuidado, salvo quando indicado acompanhamento especializado recorrente.

**Art. 49.** Das exceções à obrigatoriedade da APS como porta de entrada:

§1º. O acesso direto a especialidades médicas sem encaminhamento prévio pela APS será permitido nas seguintes situações:

- I. Consultas e exames de pré-natal para gestantes;
- II. Atendimento de urgência e emergência;
- III. Atendimento psiquiátrico para casos diagnosticados previamente e em acompanhamento contínuo;
- IV. Casos de doenças crônicas já diagnosticadas, desde que o acompanhamento seja necessário e justificado pelo profissional responsável e que a indicação seja atualizada, contendo relatório motivado do profissional com data máxima de 30 dias.

§1º. Exames periódicos de rastreamento, conforme as diretrizes médicas vigentes (exemplo: mamografia para mulheres acima de 40 anos, colonoscopia para pacientes acima de 50 anos, etc.).

§2º. A utilização de serviços especializados fora das condições estabelecidas neste artigo poderá ser considerada como uso indevido do plano, podendo gerar a responsabilização financeira do(a) Beneficiário(a), conforme regras definidas neste Regulamento.

## **CAPÍTULO X - DO CUSTEIO**

**Art. 50.** O plano, objeto do presente Regulamento, será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 543 de 02 de setembro de 2022 e alterações posteriores.

**Art. 51.** Os valores das contribuições mensais devidas ao plano encontram-se discriminados na Tabela de Mensalidades prevista neste Regulamento e divulgada pela REAL GRANDEZA em seu endereço eletrônico: *www.frg.com.br* e suas atualizações.

**Parágrafo único.** O custeio do plano será integralmente pago por contribuições mensais dos(as) Beneficiários(as), na forma de pré-pagamento.

**Art. 52.** A contribuição mensal cobrada ao(à) Beneficiário(a) Titular/Usuário(a) Independente corresponderá à soma das contribuições devidas em razão de sua inscrição e do grupo familiar vinculado ao plano (Dependentes e Agregados), de acordo com as faixas etárias estipuladas neste Regulamento.

**Art. 53.** A contribuição mensal e coparticipação nas despesas serão cobradas preferencialmente em desconto em folha de pagamento ou em débito automático de conta corrente autorizado pelo beneficiário(a) Titulares/Usuários(as) Independentes. Havendo impossibilidade nas opções citadas a cobrança será efetuada via boleto bancário ou qualquer outra forma de cobrança disponibilizada pela Real Grandeza, inclusive por meio eletrônico.

**§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 dos valores devidos ao plano (contribuições e coparticipação), os(as) Beneficiários(as) Titulares/Usuários(as) Independentes ficam obrigados(as) a pagar, a título de encargos, multa de 2% (dois por cento), correção monetária e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, aplicáveis conforme regulamentação interna do Conselho Deliberativo.

**§3º.** Além do que consta no parágrafo acima, o(a) Beneficiário(a) Titular/Usuário(a) Independente está sujeito(a) à cobrança administrativa, judicial e inscrição de seu nome nos cadastros de proteção ao crédito – SPC ou SERASA.

**§4º** A forma de custeio poderá ser alterada a qualquer tempo, desde que fundamentada em estudos atuariais e com prévia deliberação do Conselho Deliberativo, sendo que nessa hipótese, haverá alteração do regulamento e comunicação aos beneficiários.

## **CAPÍTULO XI - DO REAJUSTE**

**Art.54.** Os valores das contribuições mensais e a coparticipação serão reajustados no mês de abril de cada ano, por índice financeiro que terá como fundamentação estudo atuarial do plano considerando, no mínimo, o comportamento das despesas e receitas dos últimos 12 meses.

**Art. 55.** O custeio do plano será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo Conselho Deliberativo da REAL GRANDEZA que fixará as contribuições e coparticipação que irão 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 médico e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições mensais do plano; e,
- III. alteração sensível na composição do grupo inscrito no plano.

**§1º.** Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao custeio do PLAMES IDEAL deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

**§2º.** Independentemente da data de adesão do(a) Beneficiário(a), os valores de suas contribuições mensais e coparticipação terão o primeiro reajuste integral no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do custeio, entendendo esta como data base única.

**§3º.** Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

**§4º.** Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool* de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da REAL GRANDEZA para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

## CAPÍTULO XII - DAS FAIXAS ETÁRIAS

**Art. 56.** Sempre que ocorrer alteração na idade do Beneficiário Titular ou na de qualquer um de seus dependentes que signifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com as faixas etárias definidas por lei e seus respectivos percentuais, conforme segue:

Faixas etárias	Percentuais de Mudança
De 0 a 18 anos	0%
Aos 19 anos	27,63%
Aos 24 anos	15,76%
Aos 29 anos	15,76%
Aos 34 anos	20,01%
Aos 39 anos	20,01%
Aos 44 anos	20,15%

Aos 49 anos	20,15%
Aos 54 anos	29,88%
Aos 59 anos	29,88%

**§1º.** O valor da mensalidade será expresso em moeda corrente.

**§2º.** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento e podem ser aplicados cumulativamente, quando for o caso.

**§3º.** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**§4º.** 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 anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do plano.

### **CAPÍTULO XIII - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A)**

**Art. 57.** Poderá a Instituidora solicitar a suspensão da cobertura ou exclusão dos(as) Beneficiários(as), observada a legislação em vigor.

**Art. 58.** O(A) Beneficiário(a) Titular e seus Dependentes e Agregados perderão o direito ao uso do plano nas seguintes condições:

- I. atraso no pagamento contribuições individuais mensais por período superior a 30 (tinta) dias implicará a suspensão da cobertura, e, quando ultrapassado o período de 60 (sessenta) dias, implicará a exclusão do plano, observada a regulamentação vigente aplicável;
- II. mediante exclusão do plano:
  - a) do(a) Beneficiário(a) que obtiver ou tentar obter os serviços do plano mediante fraude, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente, será instaurado processo administrativo junto à ANS, nos termos da legislação vigente;
  - b) do(a) Beneficiário(a) que utilizar dolosamente os serviços não cobertos pelo plano;
  - c) do (a) Beneficiário(a) Titular, Dependentes e Agregados por vontade do(a) Beneficiário(a) Titular/Usuário(a) Independente.

- III. Perda da qualidade de Beneficiário(a), pela ausência de atendimento de uma das condições de elegibilidade previstas neste Regulamento;
- IV. Cancelamento pelas Instituidoras do plano concedido aos seus empregados ativos, na hipótese em que a situação acarrete a perda da elegibilidade nos termos da regulamentação vigente da ANS aplicável às entidades de autogestão.
- V. Exclusão definitiva por qualquer indicio de fraude relacionada a pedidos de reembolso ou de utilização indevida das coberturas previstas nesse regulamento, de forma direta ou indireta.

**§1º.** A suspensão da cobertura assistencial pela REAL GRANDEZA ao longo do período de inadimplência do(a) Beneficiário(a) e a exclusão do(a) Beneficiário(a) do plano por inadimplência ocorrerão mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

**§2º.** A notificação por inadimplência será realizada pela REAL GRANDEZA pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (*e-mail*) com certificado digital ou com confirmação de leitura, 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor e 4) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do(a) Beneficiário(a), ou preposto da REAL GRANDEZA, com comprovante de recebimento assinado pelo(a) Beneficiário(a).

**§3º.** Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do(a) respectivo(a) Beneficiário(a) no banco de dados da REAL GRANDEZA, fornecidas pela Instituidora ou pelo(a) Beneficiário(a), cabendo a este(a) o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.

**§4º.** A utilização irregular dos benefícios após a exclusão do(a) Beneficiário(a) é passível de responsabilização do Beneficiário(a) Titular e/ou do(a) Beneficiário(a) que se tenha aproveitado da fraude por ilícito penal e civil.

**§5º.** O(A) Beneficiário(a) excluído(a) na forma das alíneas “a” e “b” do inciso II deste artigo não poderá ser readmitido no plano, salvo por deliberação do Conselho Deliberativo.

**§6º.** A exclusão do(a) Beneficiário(a) não desobriga o(a) Beneficiário(a) Titular/Usuário(a) Independente de quitar os débitos e encargos devidos, que serão cobrados com a devida correção e juros moratórios aplicáveis.

**§7º.** O inadimplemento das contribuições e coparticipações de quaisquer dos(as) Beneficiários(as) sujeita ao(à) Beneficiário(a) Titular/ Usuário(a) Independente, enquanto responsável financeiro pelo plano, à cobrança administrativa e judicial, bem

como a inclusão de seu nome nos cadastros de proteção ao crédito, independentemente da suspensão ou cancelamento do uso do plano.

**Art. 59.** As solicitações de exclusão apresentadas pelo próprio beneficiário terão efeito imediato, suspendendo as coberturas assistenciais no mesmo momento da ciência da operadora, sendo enviada a comprovação da efetiva exclusão em até 10 (dez) dias úteis, consoante regulamentação vigente da ANS.

#### **CAPÍTULO XIV - REINGRESSO DE BENEFICIÁRIO(A)**

**Art. 60.** Respeitadas as condições de elegibilidade e demais regras estabelecidas neste Regulamento, é possível o reingresso do(a) Beneficiário(a) Titular e de seus Dependentes, ou ainda de Agregados, observados os prazos de carência e a aplicação da cobertura parcial temporária no caso das doenças e lesões preexistentes previstos no presente instrumento.

#### **CAPÍTULO XV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 61.** O Órgão Gestor do Plano é o Conselho Deliberativo da REAL GRANDEZA, constituído de acordo com a regulamentação interna da Entidade.

**Art. 62.** As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pelo Conselho Deliberativo, nos termos estabelecidos no Estatuto, observada a natureza associativa da REAL GRANDEZA, sua ausência de objetivos lucrativos, podendo inclusive ser alterado o presente regulamento para incluir ou revisar suas previsões.

§1º Em caso de mudanças no regulamento, consideradas como substanciais, os beneficiários serão comunicados via portal corporativo.

**Art. 63.** A REAL GRANDEZA disponibiliza canais de atendimento presencial, telefônico ou no *site*, para fornecer informações e orientações assistenciais, inclusive quanto ao acesso à rede prestadora de serviços, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico estão disponíveis em nosso endereço eletrônico: [www.frg.com.br](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](mailto: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(a) Beneficiário(a): Acesso às informações cadastrais - PIN-SS, atualização cadastral, guia médico, atualização cadastral, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: [www.frg.com.br](http://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 - RJ CEP: 22271-100.

**Art. 64.** Este Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 1º de julho de 2025.

**Art. 65.** O encerramento da operação do presente plano pela REAL GRANDEZA se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

**Art. 66.** Integram o presente Regulamento quaisquer documentos disponibilizados ao(à) Beneficiário(a) que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, incluindo o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, o Guia de Leitura Contratual – GLC, dentre outros.

Art. 67. Fica eleito o foro do domicílio do(a) Beneficiário(a) Titular/Usuário(a) Independente para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

## **CAPÍTULO XVI – GLOSSÁRIO**

**Agregado:** Pessoa física com grau de parentesco até o 3º grau com o(a) Beneficiário(a) Titular, cuja inclusão no plano é facultativa, mediante assunção integral do custeio pelo titular, conforme critérios estabelecidos neste Regulamento. A inclusão de agregados está sujeita à comprovação do vínculo e à política de aceitação da Fundação Real Grandeza.

**ANS:** Agência Nacional de saúde Suplementar

**Aposentado:** Pessoa física que tenha se desligado de forma definitiva de uma das Instituidoras do plano, com reconhecimento formal da condição de aposentadoria, e que mantenha vínculo com plano previdenciário da Fundação Real Grandeza, conforme critérios de elegibilidade previstos neste Regulamento.

**Área geográfica de abrangência:** Território em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo(a) Beneficiário(a), podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

**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 usuário 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 um(a) Beneficiário(a) Titular.

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

**Cobertura assistencial:** Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, 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(a) Beneficiário(a) ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**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.

**Dependente:** Pessoa física que mantém relação jurídica de dependência com o(a) Beneficiário(a) Titular, conforme critérios definidos neste Regulamento, podendo incluir cônjuge, companheiro(a), filhos(as), enteados(as) e outros previstos, desde que atendidos os requisitos de elegibilidade e comprovação documental exigidos pela

Fundação Real Grandeza.

**Diretriz de utilização - DUT:** Regras e normas elaboradas pela ANS, que definem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos na saúde suplementar.

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

**Ex-administradores vinculados a planos previdenciários da REAL GRANDEZA:** Pessoas Físicas que exerceram a função de administração e que vieram a ser desligadas de uma das Instituidoras que permanecem vinculadas a um dos planos previdenciários da REAL GRANDEZA.

**Ex-empregados vinculados a planos previdenciários da REAL GRANDEZA:** Ex-empregados que permanecem vinculados a um dos planos previdenciários da REAL GRANDEZA.

**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 9.656/1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, na forma da Resolução Normativa da ANS nº 566/2022.

**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.

**Pensionistas:** Pessoas Físicas que recebem benefício dos planos previdenciários administrados pela REAL GRANDEZA, observadas as condições de elegibilidade previstas no presente Regulamento.

**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.

**Reajuste por variação de faixa etária:** Aumento da contraprestação pecuniária do plano em função do deslocamento do(a) Beneficiário(a) 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(a) 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(a) Beneficiário(a) 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.

**Usuário(a) Independente:** Pessoa física anteriormente inscrita como dependente ou agregado(a), que, em razão do falecimento do(a) Beneficiário(a) Titular, opta pela permanência no plano assumindo integralmente as obrigações financeiras decorrentes da utilização dos serviços, nos termos do artigo 6º deste Regulamento.

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