# C:\Users\klen.FRG1035\Desktop\Logo_REALGRANDEZA.jpgPROGRAMA FRG AO SEU LADO

# Termo de Concessão e Prorrogação

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Solicitação | | | | |  | | | | | | |
|  | CONCESSÃO |  |  | |  | |  |  | | --- | --- | |  | PRORROGAÇÃO | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |
| Nome do Titular | | | | | Matricula: | | Telefone  (  ) | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | |
| Nome do Beneficiário em tratamento | | | | | Data de Nascimento | | Idade | ID FRG | | | Telefone |
|  | | | | |  | |  |  | | | (  ) |

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

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

## *ATENÇÃO:*

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

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

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

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

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

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

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

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

## Os dados solicitados nesta ocasião serão armazenados e utilizados exclusivamente para finalidades legítimas vinculadas à execução de seu contrato com a REAL GRANDEZA e ao cumprimento das obrigações legais e/ou regulatórias desta, incluindo-se o compartilhamento com terceiros contratados pela REAL GRANDEZA para os mesmos fins. Para maiores informações, leia a Política de Proteção de Dados Pessoais da Fundação Real Grandeza e o Termo de Privacidade, em www.frg.com.br, ou entre em contato com nosso Encarregado em dpo@frg.com.br. Ao preencher este cadastro, o aderente declara que leu ambos os documentos, que integram seu contrato para todos os fins e efeitos.

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reservado à REAL GRANDEZA | | | | | |
| Decisão sobre o pedido | | | | Data | Assinatura |
|  | Deferido |  | Indeferido |  |  |

|  |
| --- |
| Observações |
|  |