|  |  |
| --- | --- |
|  | **PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA REAL GRANDEZA - Termo de Adesão** |
| Empresa | Categoria do Beneficiário Titular  |
| [ ]  | FURNAS | [ ]  | REAL GRANDEZA | [ ]  | Empregados e Administradores  | [ ]  | Assistido |
| [ ]  | ELETRONUCLEAR | [ ]  |  |  |  | [ ]  | Ex-empregados e ex-administradores | [ ]  | Pensionista |
|  |  |  |  |  |  | [ ]  | Sócios e Associados | [ ]  | Usuário Independente |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Titular  | Matrícula/DV | ID FRG | Telefone ou ramal |
|       |       | - |   |       | ( |    | ) |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANOS:** | **[ ]**  Plames Salutem RJ**1** | **[ ]**  Plames Salutem Regional**2** | **[ ]**Plames Salvus RJ**3** | **[ ]**  Plames Salvus Regional**4** |

|  |
| --- |
|  |

Os beneficiários serão inscritos / migrados nos Produtos, conforme opção de Plano escolhida e de acordo com os critérios de elegibilidade previstos no Art. 4º dos Regulamentos dos Planos.

1ª via – REAL GRANDEZA     2ª via – Beneficiário

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Nome | Data denascimento | Condição dedependência | Escreva o nº do plano |
| 1 |       |       |       |       |
| 2 |       |       |       |       |
| 3 |       |       |       |       |
| 4 |       |       |       |       |
| 5 |       |       |       |       |
| 6 |       |       |       |       |

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modalidade** | **Data** | **Modalidade** | **Data** |
| CPT |       | Abortamento e Parto a Termo |            |
| Consultas médicas |       | Consultas / sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia. |       |
| Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma e ultrassonografia |       | Internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátrica, *Day Clinic,* exames genéticos, PET SCAN, procedimentos ambulatoriais de alto custo, procedimentos com DUT e as demais coberturas |       |
| Consultas / sessões de fisioterapias, tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, endoscopias, monitorizações, biópsias orientas por imagem  |       |  |  |
| Reservado à REAL GRANDEZA |
| Decisão sobre o pedido | Data      | Assinatura |
| [ ]  | Deferido |  [ ]  Indeferido | [ ]  Sem alteração |  |  |

|  |
| --- |
| Observações |
|       |