|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | **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 de  nascimento | Condição de  dependência | Escreva o nº  do plano |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modalidade** | | | | **Data** | | **Modalidade** | | **Data** |
| CPT | | | |  | | Abortamento e Parto a Termo | |  |
| Consultas médicas | | | |  | | Consultas / sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia. | |  |
| Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma e ultrassonografia | | | |  | | Internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátrica, *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 |
|  |