

DS

REGULAMENTO
SALUTEM RJ
Registro nº 482.696/19-5
ANS 33131-7

Versão: 2

2020

DS

REGULAMENTO
SALUTEM RJ
Registro nº 482.696/19-5
ANS 33131-7

Versão: 2

Aprovado em: 29 / 06 / 2020

Documento de Aprovação: RC Nº 002 / 464

SUMÁRIO

ASSUNTO	PÁGINA
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	4
CAPÍTULO II - CONDIÇÕES PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS(AS)	4
CAPÍTULO III - DIREITOS E DEVERES DOS(AS) BENEFICIÁRIOS(AS)	7
CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS.....	7
CAPÍTULO V - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	13
CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS	15
CAPÍTULO VII - DAS CARÊNCIAS	19
CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - DLP	20
CAPÍTULO IX - PAGAMENTO DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA	22
CAPÍTULO X - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
CAPÍTULO XI - DO CUSTEIO.....	25
CAPÍTULO XII - DO REAJUSTE	26
CAPÍTULO XIII - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A).....	27
CAPÍTULO XIV - REINGRESSO DE BENEFICIÁRIO(A)	28
CAPÍTULO XV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	29
CAPÍTULO XVI – GLOSSÁRIO	30
CAPÍTULO XVII - ANEXOS	33

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Art.1º. A REAL GRANDEZA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL é uma Entidade Fechada de Previdência Complementar sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 34.269.803/0001-68, com sede na Rua Mena Barreto, 143 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ, CEP 22271-100, doravante denominada REAL GRANDEZA, opera o SALUTEM RJ, com Registro nº 482.696/19-5, na modalidade de autogestão multipatrocinada, na forma coletiva por adesão e tem como um dos seus objetivos ofertar plano privado de assistência à saúde disponibilizado àqueles que, no ato da adesão, possuam vínculo com a patrocinadora ou instituidora, conforme previsto no Art. 4º, bem como às pessoas a eles vinculados, mediante patrocínio e custeio direto nos termos e condições constantes deste Regulamento.

Art.2º. O presente Regulamento assegura a cobertura de custos com assistência médica, na segmentação AMBULATORIAL e HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA, com acomodação em quarto coletivo (enfermaria), na forma deste Regulamento.

Art.3º. É garantida a cobertura para atendimentos ambulatoriais e internações realizados estritamente no no estado do Rio de Janeiro. Trata-se da 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 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.

CAPÍTULO II - CONDIÇÕES PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS(AS)

Art.4º. Os Beneficiários(as) Titulares do SALUTEM RJ integram as seguintes categorias:

- I. Empregados e Administradores das Patrocinadoras ou Instituidoras;
- II. Ex-empregados e ex-administradores das Patrocinadoras ou Instituidoras;
- III. Sócios ou Associados das Patrocinadoras ou Instituidoras;
- IV. Assistidos da REAL GRANDEZA;
- V. Ex-empregados e ex-administradores vinculados a planos previdenciários da REAL GRANDEZA; e
- VI. Usuários Independentes.

§1º. O Beneficiário(a) Titular enquadrado nas categorias descritas nos incisos I, III, IV e V deste artigo poderá ingressar a qualquer tempo no SALUTEM RJ.

§2º. Será permitida a adesão do(a) Beneficiário(a) Titular constante no inciso II, neste plano, sem cumprimento dos prazos de carência previstos no Art.19, nos primeiros 30

(trinta) dias após o desligamento da Patrocinadora ou término do Programa de Demissão Voluntária, desde que este Programa contemple a permanência dos(as) Beneficiários(a) em um dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

§3º. 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) - união estável homoafetiva e heteroafetiva;
- b) Filhos(as) até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários;
- c) Filhos(as) adotivos(as) até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários; e
- d) Enteados(as) até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários;

II. Agregados conforme tabela abaixo:

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

§4º. É necessário que os(as) beneficiários(as) a serem inscritos respeitem o seguinte critério de elegibilidade:

I. No momento da solicitação de ingresso, o(a) beneficiário(a) não pode estar na condição de Assistido da REAL GRANDEZA e nem estar inscrito nos planos abaixo listados:

- a) Plames Básico;
- b) Plames Especial;
- c) Plames Executivo;
- d) Plames Executivo Plus;
- e) Assistência Indireta à Saúde – Furnas; e
- f) Plano de Assistência à Saúde - Fundação REAL GRANDEZA.

§5º. É vedado o ingresso quando o(a) beneficiário(a) estiver em situação de inadimplência em relação às despesas com quaisquer dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

§6º. A permanência do grupo familiar no plano, condiciona-se à manutenção do seu respectivo(a) Beneficiário(a) Titular em quaisquer dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

Art.5º. Integram a categoria de Usuários Independentes, desde que expressem seu intuito de manutenção no plano:

I. Aqueles dependentes e/ou agregados que se encontravam inscritos em qualquer plano da REAL GRANDEZA, no momento do falecimento do respectivo(a) Beneficiário(a) Titular;

a) no prazo de 5 (cinco) dias corridos a contar da ciência do falecimento do(a) Beneficiário(a) Titular, a REAL GRANDEZA informará os beneficiários(as) relacionados no Artigo acima, por simples correspondência, acerca das condições para sua manutenção neste plano, na qualidade de Usuários Independentes;

b) caso os beneficiários(as) não se manifestem no prazo de 30 (trinta) dias, a transferência será processada automaticamente, mediante a manutenção dos benefícios e do desconto ou cobrança das parcelas de custeio correspondentes;

c) o Usuário Independente não poderá incluir novos(as) beneficiários(as), à exceção dos dependentes e agregados do(a) Beneficiário(a) Titular falecido, conforme os limites regulamentares;

Parágrafo único. É vedado o reingresso de dependentes e agregados do(a) Beneficiário(a) Titular falecido que vier a ter o plano cancelado.

Art.6º. É obrigação do(a) Beneficiário(a) Titular comunicar à REAL GRANDEZA quanto à eventual separação, divórcio ou término da convivência de forma estável com o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

Art.7º. A inscrição do(a) Beneficiário(a) Titular e de pessoas a ele vinculadas é facultativa, e far-se-á sempre mediante o preenchimento de formulários eletrônicos ou físicos, pelo Beneficiário(a) Titular.

§1º. A cobertura oferecida pelo plano depende de deferimento da proposta de adesão pela REAL GRANDEZA;

§2º. Os pedidos de inscrição solicitados até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processados no mesmo mês, após esta data serão implementados no mês seguinte.

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

Art.8º. São direitos dos beneficiários(as):

I. utilizar os serviços especializados da rede de profissionais e estabelecimentos credenciados pela REAL GRANDEZA, observado o disposto nos Artigos 15, 16 e 17, deste Regulamento; e

II. utilizar dos procedimentos cobertos pelo plano, independentemente da ocorrência de doenças ou lesões preexistentes, quando cumpridos os períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Art.9º. São deveres dos(as) beneficiários(as):

I. cumprir e fazer cumprir as disposições do Estatuto da REAL GRANDEZA e deste Regulamento;

II. manter atualizados os seus dados cadastrais perante a REAL GRANDEZA, incluindo as informações referentes aos seus dependentes e agregados;

III. efetuar o pagamento das contribuições mensais, coparticipações e franquias tempestivamente.

Art.10. 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 da carteira de identificação aos serviços do plano por terceiros;

II. apresentar junto ao credenciado a carteira 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.

CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS

Art.11. A assistência à saúde assegurada por este plano compreende os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares com obstetrícia, previstos e na forma do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, observadas as vedações do Arts. 17, 18, 19 e 20, deste Regulamento.

§2º. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, observadas as vedações do Arts. 17, 18, 19 e 20, deste Regulamento.

§3º. A cobertura a internações hospitalares incluirá as despesas com honorários médicos, taxas, inclusive materiais utilizados, despesas relativas a um acompanhante exclusivamente para beneficiários(as) com menos de 18 anos e mais de 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiência, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Regulamento.

Art.12. A cobertura dos tratamentos médicos seriados seguirão as seguintes regras conforme Diretrizes de Utilização – DUT preconizadas pela ANS em vigor na época da realização do procedimento:

§1º. Consulta com Fisioterapeuta:

I. Serão cobertas, obrigatoriamente, 2 consultas de fisioterapia por ano, para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

§2º. Consulta com Nutricionista:

I. Será coberto um total de 12 consultas por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- b) jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- c) idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
- d) pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- e) pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
- f) pacientes ostomizados;
- g) após cirurgia gastrointestinal;
- h) para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.

II. Será coberto um total de 18 sessões por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

III. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, será coberto um total de 6 consultas/sessões de nutrição por ano.

§3º. Consulta/Sessão com Fonoaudiólogo:

I. Será coberto um total de 24 consultas/sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
- b) pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c) pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- d) pacientes com transtornos hipercinéticos - TDAH (CID F90);
- e) dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f) pacientes com apnéia de sono (G47.3);
- g) pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- h) pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- i) pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- j) pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

II. Será coberto um total de 48 consultas/sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F.98.5);
- b) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80); CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);
- c) pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d) pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.1; R48.2 e R48.0);
- e) pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3);
- f) pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g) pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

III. Será coberto um total de 96 consultas/sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes portadores de Implante Coclear;
- b) pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;

- c) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9);
- d) pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

IV. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, será coberto um total de 12 consultas/sessões por ano.

§4º. Consulta/Sessão com Psicólogo:

I. Será coberto um total de 12 consultas/sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- b) pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
- c) pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- d) pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- e) pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

§5º. Consulta/Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional:

I. Será coberto um total de 40 consultas/sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

§6º. Consulta/Sessão com Terapeuta Ocupacional:

I. Será coberto um total de 12 consultas/sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d) pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e) pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

§7º. Sessão de Psicoterapia:

I. Será coberto um total de 18 sessões por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);
- f) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
- g) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69).

Art.13. Considerando que o Plano SALUTEM RJ não possui cobertura em livre escolha de prestadores para atendimento, os(as) Beneficiários(as) Titulares, dependentes e agregados terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

§1º. Reembolso em conformidade com disposto na legislação em vigor, em caso de atendimento de urgência e emergência:

I. Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela REAL GRANDEZA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

II. O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela REAL GRANDEZA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

§2º. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa vigente ou outra norma que venha a substituí-la, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:

I. Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

a) **Atendimento de Urgência:** São aqueles resultantes de acidentes pessoais (por exemplo, uma fratura causada por uma queda) ou de complicações na gravidez.

b) **Atendimento de Emergência:** São aqueles em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

II. Atendimento eletivo em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário(a), desde que:

a) o beneficiário(a) ou seu responsável tenha comunicado previamente à REAL GRANDEZA, através dos canais de atendimento disponibilizados quanto à necessidade de atendimento médico e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;

b) a REAL GRANDEZA, não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário(a) ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;

c) o município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

§3º. O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela REAL GRANDEZA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário(a).

§4º. A contagem do prazo para garantia de atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do(a) beneficiário(a) ou responsável com a REAL GRANDEZA.

§5º. A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo(a) Beneficiário(a) Titular à REAL GRANDEZA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento). Necessário apresentar também:

I. Em caso de atendimento de urgência ou emergência: declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou

II. Em caso de atendimento eletivo: número do protocolo fornecido pela REAL GRANDEZA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário(a) ou responsável;

§6º. A REAL GRANDEZA terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

CAPÍTULO V - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art.14. São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do(a) beneficiário(a) ao plano, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do(a) beneficiário(a), incluindo eventual necessidade de remoção inter-hospitalar ou transferência intra-hospitalar.

- a) Remoção inter-hospitalar: São as transferências de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves ou como serviços de menor complexidade, de caráter público ou privado.
- b) Transferência intra-hospitalar: São as transferências temporária ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar.

§1º. Para a execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do(a) beneficiário(a), que envolvem a necessidade de remoção inter-hospitalar ou transferência intra-hospitalar, deve-se observar o seguinte:

I. quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, este será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, dentro dos limites da abrangência

geográfica do plano e nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

II. quando o atendimento de urgência for decorrente de processo gestacional, este será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, dentro dos limites da abrangência geográfica do plano e nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

III. quando o atendimento de urgência oriundo de acidente pessoal for efetuado no período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internações, observada a área de abrangência geográfica do plano;

IV. quando o atendimento de emergência e urgência for efetuado após o período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internação, observada a área de abrangência geográfica do plano.

§2º. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

§3º. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

§4º. O atendimento de urgência e emergência é limitado a área de abrangência geográfica do plano.

Art.15. Este plano não contempla acesso à Livre Escolha de prestadores de assistência à saúde.

Art.16. A REAL GRANDEZA assegurará o reembolso das despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo 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 feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula e tomando como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica da REAL GRANDEZA vigente na data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos originais.

II. Para fins de realização do reembolso exigir-se-á a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) 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;
- b) 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;
- c) recibo de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando funções: cirurgião, auxiliares, instrumentador, anestesista com nome, CRM e CPF de cada profissional, e os eventos a que se referem; e
- d) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.
- e) o reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 01 (um) ano a contar da data do evento, sob pena de perda do direito ao reembolso.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art.17. Não estão cobertos pelo plano os procedimentos listados a seguir:

- a) Atendimento em domicílio e *home care*, exceto nos casos que a área técnica da REAL GRANDEZA julgar indicado;
- b) Programa de Atendimento Médico Hospitalar II (AMH II): oferece recursos financeiros, nas modalidades de adiantamento ou empréstimo, para fazer face às despesas relacionadas a atendimento médico e hospitalar em caráter de livre escolha aos beneficiários(as) do Plano de Assistência Médica-Hospitalar;
- c) Programa de Medicamentos de Uso Continuado (PMUC): prover meios necessários à recuperação e manutenção da saúde dos beneficiários(as), portadores de patologias crônicas, com alta prevalência de morbidade e/ou mortalidade, na modalidade de reembolso;
- d) Programa de Assistência Domiciliar (PADA): assistência não hospitalar a pacientes que tenham dificuldades em comparecer a locais onde habitualmente se pratica a assistência ambulatorial de saúde;
- e) Programa de Assistência Médica Domiciliar Alternativa (AMDA): assistência à saúde quando houver indicação para internação hospitalar e esta possa ser substituída adequadamente e com menores custos pela internação domiciliar;

f) Benefício de Cuidador: disponibiliza auxílio financeiro, através de reembolso, para ajuda no custeio de um Cuidador com a atribuição de desenvolver atividades elementares relacionadas ao atendimento das necessidades de alimentação, administração de medicamentos, mobilidade, higiene, acompanhamento aos serviços de saúde, vigilância e outras atividades de vida diária;

g) Reeducação Postural Global - RPG;

h) Pilates;

i) Hidroterapia;

j) Musicoterapia;

k) Arterapia;

l) Massoterapia;

m) Equoterapia;

n) Remoção domicílio x hospital;

o) Remoção hospital x domicílio;

p) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

1. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

2. são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

3. empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

q) 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;

r) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óvulos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de

óvulos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

s) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

t) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

u) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:

1. importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

2. 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;

3. Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente;

4 Vacinas, à exceção das vacinas Influenza, Pneumocócica 23 e Sarampo que possuem cobertura.

v) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

w) 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);

x) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

y) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

z) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

aa) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

ab) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como home care;

ac) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);

ad) mais de 01 visita hospitalar por dia, quando solicitada pelo beneficiário(a) ao médico do paciente para acompanhá-lo em internações clínicas ou cirúrgicas;

ae) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;

af) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;

ag) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

ah) procedimentos cujo beneficiário(a) não atenda as 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;

ai) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste Regulamento;

aj) reembolso de auxiliares e instrumentador quando o médico cirurgião for credenciado do Plano SALUTEM RJ; só será permitido o pagamento de reembolso do anestesista;

ak) todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, e/ou que não conste no rol de procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (o rol de procedimentos encontra-se disponível na página da ANS na internet: www.ans.gov.br).

§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.18. Carência é o período de tempo que o beneficiário(a) contribui, mas ainda não tem direito de utilizar os serviços do plano.

Art.19. Os prazos de carência estabelecidos para a adesão e/ou mudança para outro plano superior obedecerão aos seguintes períodos de carência:

Procedimentos	Carência
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Consultas/sessões de Fisioterapias, tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, endoscopias, monitorizações, biópsias orientadas por imagem	90 dias
Abortamentos e Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátrica, <i>Day Clinic</i> , exames genéticos, PET SCAN, procedimentos ambulatoriais de alto custo, procedimentos com DUT e as demais coberturas.	180 dias

§1º. A contagem dos prazos de carência se iniciará quando do efetivo recebimento, pela REAL GRANDEZA, do Termo de Adesão conforme consta no Anexo II devidamente preenchido, caso a inscrição seja deferida.

§2º. Os beneficiários(as) que optarem pela transferência para modalidade de plano superior cumprirão as carências constantes neste Artigo e manterão durante o período de carência, a cobertura do plano anterior.

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

I. Aos filhos recém-nascidos ou adotados dos(as) Beneficiários(as) Titulares, desde que inscritos dentro de 30 (trinta) dias, contados do nascimento ou adoção, quando já integralmente cumprida a carência pelo(a) Beneficiário(a) Titular;

II. Para os filhos recém-nascidos ou adotados dos(as) Beneficiários(as) Titulares, inscritos dentro de 30 (trinta) dias, contados do nascimento ou da adoção, cujos(as) Beneficiários(as) Titulares estejam em período de carência, a cobertura assistencial a ser prestada seguirá o limite da carência já cumprida pelo(a) Beneficiário(a) Titular;

III. O(a) Beneficiário(a) Titular da REAL GRANDEZA, seus dependentes e agregados, estarão isentos de carência, desde que venha a realizar sua inscrição como beneficiário(a) do plano nos primeiros 30 (trinta) dias após o seu desligamento da patrocinadora ou término do Programa de Demissão Voluntária das Patrocinadoras, desde que este Programa contemple a permanência dos(as) Beneficiários(a) em um dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEEXISTENTES - DLP

Art.20. O(a) novo(a) Beneficiário(a) Titular, seus dependentes e agregados devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde (DS) anexando-o no ato da adesão online, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data de adesão ao plano ou inclusão de dependentes e agregados.

§1º. No preenchimento da Declaração de Saúde (DS) conforme consta no Anexo II, o(a) Beneficiário(a) Titular, seus dependentes e agregados devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao Plano SALUTEM RJ. É assegurado o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela REAL GRANDEZA, pertencente à rede credenciada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede credenciada da REAL GRANDEZA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

§2º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar os beneficiários(as) para o correto preenchimento da Declaração de Saúde (DS), onde são declaradas as DLPs que o beneficiário(a) saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§3º. Com base na avaliação das Declarações de Saúde, a REAL GRANDEZA poderá solicitar ao (à) Beneficiário(a) Titular, dependentes e/ou agregados, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado pela REAL GRANDEZA, que

poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da REAL GRANDEZA.

§4º. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue ao(à) Beneficiário(a) Titular, dependentes e/ou agregados uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde (DS) a ser entregue ao médico durante a avaliação.

§5º. 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, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a REAL GRANDEZA oferecerá ao(à) beneficiário(a), obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária - CPT/Agravo:

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário(a) ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da adesão ao plano. Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, de acordo com o Regulamento e prevista na legislação em vigor e resoluções.

§6º. Se na adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do(a) beneficiário(a) e a REAL GRANDEZA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde (DS) e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

§7º. A REAL GRANDEZA poderá comprovar o conhecimento prévio do(a) beneficiário(a) sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do(a) beneficiário(a) no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a REAL GRANDEZA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do(a) beneficiário(a), no plano.

§8º. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do(a) beneficiário(a), cabendo a REAL GRANDEZA o ônus da prova do conhecimento prévio do(a) beneficiário(a) da doença ou lesão preexistente na adesão ao plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral da assistência à saúde em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

§9º. A REAL GRANDEZA irá comunicar ao beneficiário(a) a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da adesão ao plano, através do Termo de Comunicação conforme conta no Anexo III e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário(a) a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da adesão ao plano. Em caso de recusa do(a) beneficiário(a), por uma das opções oferecidas pela REAL GRANDEZA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

§10º. Após o recebimento da comunicação e recusa do(a) beneficiário(a), a REAL GRANDEZA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A REAL GRANDEZA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

§11º. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente o(a) Beneficiário(a) Titular passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário(a) que foi parte do processo de omissão.

CAPÍTULO IX - PAGAMENTO DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Art.21. Coparticipação é o percentual custeado pelo beneficiário(a) nos procedimentos ambulatoriais dispostos neste Regulamento a ser pago diretamente à REAL GRANDEZA.

Art.22. Franquia é o valor custeado pelo beneficiário(a) referente às Diárias Hospitalares em caso de internação a ser pago diretamente à REAL GRANDEZA.

Art.23. Os procedimentos listados na tabela que consta no Art.24 estarão sujeitos à coparticipação e/ou franquia do(a) beneficiário(a), nos percentuais discriminados, que incidirão sobre o valor do evento, fixado de acordo com os preços dos serviços médicos e hospitalares previstos nas Tabelas praticadas pela REAL GRANDEZA e vigentes no momento e na localidade da ocorrência do procedimento coberto pelo plano.

Art.24. Os valores de coparticipação e franquia respeitados os limites, serão cobrados conforme critérios da Tabela de Referência de coparticipação e franquia abaixo:

Crítérios	Coparticipação	Limitador
Consultas Médicas	30%	-
Exames Laboratoriais	30%	R\$ 150,00
Tratamentos Seriadados	30%	R\$ 150,00
Demais Procedimentos Ambulatoriais	30%	R\$ 150,00
Pronto Atendimento	30%	R\$ 150,00
Crítério	Franquia	Limitador
Diária Hospitalar (*)	R\$ 50,00	5 Diárias

Art.25. Quando da utilização de consultas médicas e procedimentos ambulatoriais haverá a coparticipação do(a) beneficiário(a), de acordo com os parâmetros definidos por ocasião da avaliação atuarial anual do plano, com exceção dos seguintes procedimentos, que não estarão sujeitos a coparticipação do(a) beneficiário(a):

I - Eventos de diagnose e terapia vinculados à internação hospitalar;

II - Quimioterapia;

III - Radioterapia;

IV - Hemodiálise crônica ambulatorial;

V - Transusão de sangue, assim como o processamento, honorários médicos e exames vinculados;

VI - Procedimentos realizados sob regime Day-clinic ("Hospital Dia");

VII - Tratamentos ambulatoriais que utilizem sala cirúrgica de médio ou grande porte (acima do porte 4, exemplo a cirurgia de catarata);

VIII - Oxigenoterapia Hiperbárica;

IX - Injeção e infusão de medicamentos biológicos e retrovirais. Tratamento com medicamentos quimioterápicos, anticorpos mononucleares, imunobiológicos, medicamentos antiangiogênicos e antiinflamatórios para tratamentos oftalmológicos, derivados hormonais e coadjuvantes para tratamentos de neoplasias, doenças auto-imunes, hematológicas, tanto injetáveis, através de infusão venosa como orais; e

X - Medicamentos para evitar rejeição pós transplante de órgãos.

CAPÍTULO X - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art.26. Os seguintes procedimentos não precisam de autorização prévia:

- a) Consultas em consultórios;
- b) Exames laboratoriais e radiológicos não enquadrado como de Alta Complexidade;
- c) Eletrocardiograma, ultrassonografia, ecocardiograma, teste ergométrico, densitometria óssea, endoscopia digestiva, mamografia, holter, entre outros;
- d) Urgência e Emergência

Art.27. Os seguintes procedimentos médico-hospitalares necessitarão de prévia autorização da REAL GRANDEZA para serem realizados:

- a) Cirurgias Eletivas (com agendamento) e procedimentos com Preparo (Day Clinic) conforme Diretrizes de Utilização – DUT preconizado pela ANS para cobertura de procedimentos na Saúde Suplementar com apresentação dos documentos necessários: pedido com indicação, laudo médico e exames relacionados ao procedimento;
- b) Exames de Alta Complexidade (ex: Cintilografia, Ressonância Magnética, Tomografia, Colonoscopia, Histeroscopia e Pet Scan) conforme Diretrizes de Utilização - DUT para cobertura de procedimentos na Saúde Suplementar com apresentação dos documentos necessários: pedido com indicação e laudo médico; e
- c) Tratamentos médicos seriados.

Art.28. A autorização prévia somente será efetivada pela REAL GRANDEZA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento pelo médico assistente e no relatório médico justificando o tratamento, não podendo haver restrição às solicitações de profissionais não pertencentes à rede credenciada da REAL GRANDEZA.

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

II. A REAL GRANDEZA compromete-se a garantir ao beneficiário(a) o atendimento da resposta do pedido de autorização, no prazo máximo 07 (sete) dias úteis, para exames e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais a partir do momento da respectiva entrega da documentação completa exigida para análise.

III. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento a que o 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.

IV. 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.

V. A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimento dispostos no Art.3º da Resolução Normativa ANS nº 259.

Art.29. 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 a carteira de identificação do Plano SALUTEM RJ aos serviços credenciados pelo plano.

Parágrafo único. O prestador deverá sempre solicitar autorização prévia. A REAL GRANDEZA poderá solicitar exames complementares para viabilizar a autorização de procedimentos médicos cirúrgicos.

Art.30. Os atendimentos médicos e hospitalares previstos neste Regulamento serão prestados por estabelecimentos e profissionais previamente credenciados, constantes da rede de atendimento credenciada ao plano do(a) beneficiário(a).

§1º. A rede credenciada poderá ser consultada na REAL GRANDEZA, através do central de atendimento, no endereço eletrônico www.frg.com.br ou ainda no aplicativo da REAL GRANDEZA.

§2º. Ao utilizar a rede credenciada, para a realização de exames / procedimentos com cobertura obrigatória pela ANS, o beneficiário(a) não deverá fazer qualquer desembolso no ato do atendimento, cabendo a REAL GRANDEZA efetuar o pagamento diretamente ao prestador, por conta do serviço.

§3º. A REAL GRANDEZA se reserva o direito de cancelar, sob qualquer pretexto, o credenciamento de hospitais, médicos, laboratórios e demais serviços, em especial aqueles que suspenderem o atendimento, bem como, a seu critério, nomear novos credenciamentos, observada a legislação aplicável.

§4º. O cancelamento e os novos credenciamentos a que se refere este Artigo serão divulgados por meio de informativos ou na página eletrônica da REAL GRANDEZA, disponível no endereço www.frg.com.br.

Art.31. A REAL GRANDEZA não se responsabilizará em hipótese alguma pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária - CPT ou, ainda, que estejam em desacordo com o disposto no plano contratado, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelos(as) beneficiários(as) com médicos, hospitais ou estabelecimentos credenciados ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva do(a) Beneficiário(a) Titular.

CAPÍTULO XI - DO CUSTEIO

Art.32. Os valores das contribuições mensais consideram as despesas assistenciais e administrativas do plano, sendo reavaliados anualmente através de estudo atuarial.

Art.33. Os valores das contribuições encontram-se discriminados na Tabela de Mensalidades, disponível na REAL GRANDEZA ou em seu endereço eletrônico: www.frg.com.br.

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

Art.34. A contribuição mensal cobrada ao(à) Beneficiário(a) Titular será a soma das contribuições devidas por beneficiário(a) inscrito (dependentes e agregados), incluindo o(a) próprio(a) Beneficiário(a) Titular, de acordo com as faixas etárias estipuladas no §1º do Art.37 deste Regulamento.

Art.35. A contribuição mensal, coparticipação e a franquia nas despesas serão debitadas do(a) Beneficiário(a) Titular, mediante desconto em folha de pagamento. Havendo impossibilidade do desconto em folha, a cobrança será efetuada via boleto bancário ou débito em conta.

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

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

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

§4º. Caso o(a) Beneficiário(a) Titular opte por solicitar, por meio do Portal de Saúde da REAL GRANDEZA, a alteração de responsabilidade financeira do(a) Agregado(a), a cobrança da contribuição mensal e a coparticipação do(a) Agregado(a) indicado será efetuada por meio de boleto bancário. Em caso de inadimplemento, a cobrança será direcionada ao(à) Beneficiário(a) Titular.

CAPÍTULO XII - DO REAJUSTE

Art.36. O reajuste das contraprestações, coparticipações e/ou franquias e limites de coparticipações serão realizados no mínimo anualmente, de acordo com a variação da sinistralidade, o incremento dos custos assistenciais e operacionais, dentre outros que tenham impacto direto no preço e coparticipação dos planos.

Art.37. O reajuste automático por faixa etária será realizado no mês do aniversário do(a) beneficiário(a).

§1º. Para efeito deste Regulamento, as faixas etárias são as seguintes:

- a) 00 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; e
- j) 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais.

§2º. O deslocamento para faixa etária superior de qualquer um dos(as) beneficiários(as) implicará no reajuste dos respectivos preços mensais, a ser aplicado automaticamente, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos:

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

§3º. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

§4º. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

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

Art.38. O(a) Beneficiário(a) Titular e seus dependentes e agregados perderão o direito ao uso do plano nas seguintes condições:

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

II. mediante exclusão do plano:

- a) do(a) beneficiário(a) que obtiver ou tentar obter os serviços do plano mediante fraude;
- 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.

§1º. O beneficiário(a) (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 Órgão Gestor do Plano.

§2º. A exclusão do(a) beneficiário(a) não desobriga o(a) Beneficiário(a) Titular de quitar os débitos e encargos devidos.

§3º. O inadimplemento das contribuições, coparticipações e franquias de quaisquer dos(as) beneficiários(as) sujeita ao(à) Beneficiário(a) Titular, 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.39. Perderá a qualidade de beneficiário(a):

- a) pela ausência de uma das condições previstas no Art.4º do Regulamento; ou
- b) por fraude praticada pelo dependente e/ou agregado. A utilização irregular dos benefícios após a sua exclusão configura ilícito penal e civil, pelos quais respondem o(a) Beneficiário(a) Titular e o beneficiário(a) que se tenha aproveitado da fraude.

Art.40. As solicitações de exclusão terão efeito imediato, sendo enviada a comprovação da efetiva exclusão em até 10 (dez) dias úteis.

CAPÍTULO XIV - REINGRESSO DE BENEFICIÁRIO(A)

Art.41. É possível o reingresso do(a) Beneficiário(a) Titular e de seus dependentes, ou ainda de Agregados, que por declaração de vontade tenham se desligado do plano, observados os prazos de carência previstos neste Regulamento.

§1º. Nos casos de exclusão por falta de pagamento prevista no Art.38 deste Regulamento, somente será possível o reingresso do(a) Beneficiário(a) Titular e de seus dependentes, ou ainda agregados, após o pagamento dos valores de mensalidades e coparticipações em aberto, observados, também, os prazos de carência.

§2º. É vedado o reingresso quando o(a) beneficiário(a) estiver em situação de inadimplência em relação às despesas com quaisquer dos planos de saúde administrados pela REAL GRANDEZA.

CAPÍTULO XV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.42. O Órgão Gestor do Plano é o Conselho Deliberativo da REAL GRANDEZA, constituído de acordo com a regulamentação interna da Entidade.

Art.43. As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pelo Órgão Gestor do Plano, nos termos estabelecidos no Estatuto, observada a natureza associativa da REAL GRANDEZA, sua ausência de objetivos lucrativos.

Art.44. A REAL GRANDEZA comunicará ao(a) Beneficiário(a) Titular eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos regulamentos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art.45. A REAL GRANDEZA disponibilizará acesso individualizado para os(as) Beneficiários(as) maiores de 18 (dezoito) anos ao Portal de Informações do(a) beneficiário(a) da Saúde Suplementar - PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: www.frg.com.br.

Art.46. A REAL GRANDEZA disponibilizará a Tabela de Referência de coparticipação e franquia atualizada no endereço eletrônico: www.frg.com.br.

Art.47. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede nos municípios pertencentes à área de atuação do produto, em atendimento a Resolução Normativa ANS nº 259 e suas atualizações, o(a) beneficiário(a) deverá entrar em contato com a operadora através do Atendimento 24 horas pelo telefone 0800 888 8123, para que esta indique o prestador mais próximos para realizar o atendimento.

Art.48. A REAL GRANDEZA disponibiliza canais de atendimento presencial, telefônico ou no site, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico estão disponíveis em nosso endereço eletrônico: www.frg.com.br.

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

E-mail: grp@frg.com.br

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

Portal da Operadora, área restrita do(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.

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. 49. Este Regulamento entra em vigor a partir de 1º de Julho de 2019.

CAPÍTULO XVI – GLOSSÁRIO

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

Assistidos: Participante dos planos previdenciários administrados pela REAL GRANDEZA em gozo de benefício ou Pensionista.

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

Associados: Pessoas Físicas associadas às Patrocinadoras ou Instituidoras.

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: é o usuário de plano de saúde administrado pela REAL GRANDEZA.

Beneficiário dependente: Beneficiário 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 Beneficiário Titular.

Beneficiário Titular: Beneficiário 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 beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

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

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

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

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

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 Patrocinadoras ou Instituidoras que permanecem vinculadas a um dos planos previdenciários da REAL GRANDEZA.

Ex-empregados: Pessoas Físicas com relação empregatícia ou estatutária que vieram a ser desligadas das Patrocinadoras ou Instituidoras.

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

Franquia: É o valor custeado pelo beneficiário referente às Diárias Hospitalares em caso de internação a ser pago diretamente à operadora.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XVII - ANEXOS

Anexo I – Termo de Adesão e Declaração de Saúde (DS);

Anexo II – Termo de Comunicação.