REAL GRANDEZA
Fundação de Previdência e Assistência Social

DS

REGULAMENTO
PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS
Registro nº 493.070/22-3
ANS 33131-7

Versão: 2

2023

REAL GRANDEZA
Fundação de Previdência e Assistência Social

DS

REGULAMENTO
PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS
Registro nº 493.070/22-3
ANS 33131-7

Versão: 2

Aprovado em: 19/12/2023

Documento de Aprovação: RC Nº 001/592

SUMÁRIO

Assunto	Página

CAPÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS 5

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO 5

CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES 6

CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 9

CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 12

Seção I 12

Seção II 18

Seção III 22

CAPÍTULO VI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA 23

CAPÍTULO VII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA 26

CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 27

CAPÍTULO IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 29

Seção I 29

Seção II 30

CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO 31

CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO 33

Seção I 34

Seção II 34

Seção III 35

Seção IV 36

Subseção I 36

Subseção II 37

Subseção III 37

Subseção IV 38

Seção V 38

CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 39

CAPÍTULO XIII - DA REVISÃO DO CUSTEIO 40
CAPÍTULO XIV - DAS FAIXAS ETÁRIAS 41
CAPÍTULO XV - DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS 42
Seção I 42
Seção II 42
Seção III 43
CAPÍTULO XVI - DA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 44
CAPÍTULO XVII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 46
Seção I 46
Seção II 48
Seção III 49
CAPÍTULO XVIII – ANEXOS 50
Anexo I 51
Anexo II 52
Anexo III 53
Anexo IV 54
Anexo V 55

CAPÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **REAL GRANDEZA FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL**, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar **(ANS)** sob o nº 33.131-7, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 34.269.803/0001-68 e localizada na Rua Mena Barreto, 143 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ, CEP 22271-100, é a instituição a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. **Furnas Centrais Elétricas S.A**, inscrita no CNPJ sob o nº 23.274.194/0001- 19, com sede na R. Real Grandeza, 219 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, 22.281-900, passa a ser a **PATROCINADORA** do plano de saúde de que trata este regulamento.

§1º. A formalização da condição de **PATROCINADORA** será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

§2º. Considera-se **PATROCINADORA** a instituição pública ou privada a qual participa, total ou parcialmente, do custeio de plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e à sua administração.

Art. 3º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, está registrado na **ANS** sob o nº 493.070/22-3, e possui as seguintes características gerais:

I. **Tipo de contratação:** Coletivo empresarial;

II Segmentações assistenciais: Ambulatorial; Hospitalar com obstetrícia; e odontológico;

III Fator moderador: Coparticipação;

IV Área geográfica de abrangência: Nacional;

V Área geográfica de atuação: Nacional;

VI Padrão de acomodação em internação: Individual;

VII Formação do preço: Pós-estabelecido, na forma de rateio;

VIII Cobertura assistencial: Limitada ao rol da **ANS** e a legislação vigente.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, doravante denominado **"PLANO",** é um programa de assistência à saúde destinado aos empregados, aposentados e demitidos/exonerados sem justa causa da **PATROCINADORA**, doravante denominados **"BENEFICIÁRIOS",** e extensivo aos

dependentes deles os quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único - O objetivo do plano é oferecer aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas, conforme a legislação vigente (Lei nº 9.656/1998) e as regras retratadas neste instrumento.

Art. 5º. O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/1998, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (**CID**-10) e compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela **ANS** e vigente à época do evento, para as seguintes segmentações: ambulatorial; Hospitalar com obstetrícia; e odontológica.

Parágrafo Único - O presente instrumento é um regulamento o qual traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, cujas características são de contrato de adesão.

CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º. Para os efeitos deste regulamento, serão adotadas as seguintes definições:

I. Acidente pessoal: evento ocorrido em data específica que é provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

II. Acomodação individual: internação em unidade hospitalar com banheiro privativo e destinada a um paciente individualmente.

III. Adjuvantes: medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.

IV. Agência Nacional de Saúde Suplementar **(ANS)**: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.

V. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**ANVISA**): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

VI. Ambulatório: estabelecimento legalmente constituído; integrante – ou não – de um hospital, e capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e especializadas,

de procedimentos terapêuticos e de diagnósticos – sem a necessidade de internação hospitalar.

VII. Área de abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário.

VIII. Atendimento ambulatorial: serviços realizados em ambulatório os quais não exigem internação hospitalar.

IX. Auditoria ou perícia: atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e relações humanas e sociais.

X. Beneficiário: pessoa física (empregado, aposentado e demitido/exonerado sem justa causa, e dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.

XI. Carência: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.

XII. Carteira de identificação: documento de identificação do Beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.

XIII. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (**CID**-10): ferramenta epidemiológica do cotidiano médico a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (**OMS**) e visa a monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.

XIV. Complemento remuneratório: valor praticado para a remuneração complementar dos empregados cedidos à **PATROCINADORA**.

XV. Complicações no processo gestacional: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

XVI. Conselho Nacional de Saúde Suplementar (**CONSU**): órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

XVII. Coparticipação: parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à operadora de saúde quando são utilização dos serviços cobertos, por si e por seus dependentes, e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.

XVIII. Custo médico-hospitalar: expressa a variação do custo das operadoras de plano de saúde comparando dois períodos consecutivos de 12 meses, captando oscilações tanto da frequência de utilização como do preço médico dos serviços de assistência à saúde.

XIX. Dependente especial: Beneficiário que atende aos requisitos do artigo 3º do Decreto nº 3.298/99, o qual regulamenta a Lei nº 7.853/89, e é homologado pela empresa.

XX. Dependente portador de deficiência incapacitante: Beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente e reconhecida pela empresa.

XXI. Dependente legal: dependente informado pelo empregado; declarado no imposto de renda e/ou reconhecido por meio de sentença judicial ou Instrumento Declaratório Público e reconhecido pela empresa.

XXII. Documento comprobatório do serviço prestado: documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano e emitida pelo profissional ou pela instituição prestadora do serviço ou fornecedores de aparelhos e medicamentos.

XXIII. Empresa: para efeitos deste regulamento, Furnas Centrais Elétricas S.A.

XXIV. Empresa congênere: operadora de saúde com que a REAL GRANDEZA mantém convênio de reciprocidade.

XXV. Evento: conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar realizado pelo Beneficiário do plano.

XXVI. Exames complementares de diagnóstico: exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.

XXVII. Hospital-Dia: atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

XXVIII. Internação hospitalar eletiva: internação programada, ou seja, não emergencial.

XXIX. Internação hospitalar emergencial: internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.

XXX. Mensalidade: valor pago pelo Titular com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde – por si e por seus dependentes.

XXXI. Modalidade convênio: escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam da lista de credenciados.

XXXII. Modalidade livre escolha: escolha do profissional liberal da área de saúde clínica, hospitalar e laboratorial não conveniado com a operadora de saúde.

XXXIII. Pacto de convivência: documento registrado em cartório que comprove a relação entre casais ou parceiros.

XXXIV. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS: benefício concedido pela **PATROCINADORA**, o qual visa garantir a cobertura de serviços assistenciais (atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme o rol de procedimentos e eventos em saúde da **ANS**) sob as modalidades de convênio ou livre escolha aos Beneficiários.

XXXV. Portador de doença grave: portadora de doença grave classificada pela **OMS**.

XXXVI. Radiografia inicial: aquela tirada antes da execução do procedimento, cujo objetivo de ratificar o diagnóstico do paciente, sendo solicitada quando o cirurgião-dentista precisa realizar o diagnóstico de patologias bucais e realizar intervenções.

XXXVII. Radiografia final: aquela tirada após a realização do procedimento, cuja finalidade, entre outras, é de atestar a eficácia do procedimento executado no paciente, sendo solicitada para averiguar a qualidade do procedimento realizado.

XXXVIII. Reciprocidade: convênio celebrado entre duas operadoras de planos de saúde que ofereçam condições similares para utilização recíproca da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos Beneficiários, permutando os serviços e observando as normas de cada participante.

XXXIX. Referencial de mensalidade: tabela a qual contém os valores (em percentual e por faixa etária) a serem praticados pelos Titulares, com relação a si e seus dependentes, e pela **PATROCINADORA** no custeio do plano de saúde.

XL. Rol de procedimentos e eventos em saúde da **ANS**: listagem mínima e obrigatória de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer.

XLI. Remuneração de referência: rendimento do empregado para classificação nas faixas de mensalidade, de acordo com o Normativo Interno da **PATROCINADORA**.

XLII. Salário-benefício: é o valor do salário benefício recebido junto ao **INSS** e à entidade previdenciária (**REAL GRANDEZA**), caso esteja vinculado, em caso de aposentadoria por invalidez, e complemento, em caso de empregados.

XLIII. Tratamento seriado: aquele realizado em sessões sucessivas, tais como: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia e terapia renal substitutiva.

XLV. Titulares: pessoas naturais as quais mantenham vínculo com a **PATROCINADORA**, conforme estão discriminados no capítulo IV deste regulamento.

CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º. Serão considerados Beneficiários Titulares, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, as pessoas naturais as quais mantenham os seguintes vínculos com a **PATROCINADORA:**

I. Dirigentes (presidente e diretor) - restrito à vigência dos seus mandatos;

II. Empregados com vínculo ativo com a **PATROCINADORA** - exceto aqueles com contrato de trabalho suspenso sem remuneração.

III. Empregados cedidos à PATROCINADORA - restrito à vigência da sua cessão à empresa;

IV. Empregados cedidos pela **PATROCINADORA** – com opção pelo **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**; e

V. Aposentados e demitidos/exonerados sem justa causa (Inativo).

§1º. Serão mantidos no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** os afastados e os aposentados por invalidez temporária, nos termos e nas condições definidas em Acordo Coletivo de Trabalho (**ACT**) vigente da **PATROCINADORA**.

§2º. Será permitida a readmissão de Titulares com contrato de trabalho suspenso sob licença sem remuneração no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu retorno à PATROCINADORA, com restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

§3º. Será permitida a readmissão de Titulares os quais foram cedidos pela **PATROCINADORA** e optaram por não permanecer no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** durante seu período de cessão no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu retorno, com restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

Art. 8º. Serão considerados Beneficiários dependentes, para efeito do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, desde que respeitadas as avaliações socioeconômicas, quando necessárias, e as normas internas da **PATROCINADORA:**

I. cônjuge ou companheiro de união estável – inclusive os do mesmo sexo;

II. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros menores de 21 (vinte e um) anos de idade;

III. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros a partir de 21 (vinte e um) anos de idade e menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade – desde que cursando o 3º (terceiro) grau ou equivalente;

IV. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros maiores de 21 (vinte e um) anos incapacitados permanentemente para o trabalho;

V. os menores sob tutela ou curatela; e

VI. genitores dos empregados incluídos no cadastro da **PATROCINADORA** na data anterior a 01 de outubro de 2021.

Art. 9º. Para efeito do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, sempre que for julgado necessário, serão realizadas avaliações

para constatação da presença de requisitos básicos tanto para admissão como para manutenção de dependentes.

§1º. A inscrição de dependentes ficará condicionada à participação de Titular.

§2º. Para fazer jus aos benefícios ofertados por intermédio deste plano, os dependentes de empregados deverão obrigatoriamente estar inscritos também no cadastro da **PATROCINADORA**.

§3º. Para efeito de cadastramento no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, será obrigatória a apresentação de documentos os quais comprovem a veracidade da dependência com o Titular.

§4º. Quando se tratar de casal empregado da **PATROCINADORA**, somente um dos pares terá direito ao cadastramento de dependentes, comprovando devidamente a dependência.

§5º. Por direito adquirido, fará parte do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** o genitor que já estiver cadastrado como dependente do empregado para utilização do plano de saúde, comprovadamente, com data anterior 01/10/2021, desde que a **PATROCINADORA** apresente anualmente (até o último dia útil de abril) a documentação comprobatória de dependência econômica.

§6º. Para a manutenção do cadastro de dependente do Titular, a documentação do genitor deverá ser analisada anualmente, no decorrer do mês de maio.

§7º. Em todos os casos descritos nas alíneas de I a VI do Art. 8º, a verificação das condições de elegibilidade e manutenção dos dependentes ficará a cargo da **PATROCINADORA**, ou do aposentado e demitido/exonerado sem justa causa, se participante do plano de saúde.

Art. 10º. Para o cadastro no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, será necessária a apresentação, em cópia simples, da documentação constante do anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de 21 (vinte um) anos, incapacitados permanentemente, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica, psicológica e social da **PATROCINADORA.**

§2º. O filho (incluído o adotivo), enteado e curatelado, quando universitários, ao completarem 24 (vinte e quatro) anos, perderão o direito de permanecer no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** ao término do semestre letivo. Nesse caso, em atendimento à regulamentação da ANS em vigor, a REAL GRANDEZA comunicará ao beneficiário acerca do direito ao exercício da portabilidade para outro plano de saúde (da mesma ou de outra operadora), indicando o valor da mensalidade do plano de origem, bem como sobre o início e o fim do prazo de 60 (sessenta) dias para o exercício do referido direito.

§3º. A REAL GRANDEZA terá o direito de, a qualquer tempo, exigir tanto da **PATROCINADORA** como do Beneficiário a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas, no que compete a cada uma das partes.

Art. 11. Será assegurada a inclusão:

I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu dependente, com a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Titular, e não cabendo nenhuma alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção;

II. Do filho adotivo, menor de 21 (vinte e um) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular, desde que ocorra dentro do prazo de 30 (trinta) dias após a lavratura do termo de adoção.

Parágrafo Único – A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II ficará condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente regulamento.

CAPÍTULO V – DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12. A **REAL GRANDEZA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **REAL GRANDEZA**, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (**DUT**) e com as Diretrizes Clínicas (**DC**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** em vigor na data do evento.

Seção I

Da Cobertura Médico-Hospitalar

Art. 13. A cobertura ambulatorial compreende:

I. Os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação infralegal específica vigente;

II. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – **CFM**;

III. Serviços de apoio 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**, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;

IV. Medicamentos registrados e ou regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – **ANVISA**, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente e pelo cirurgião dentista;

V. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (**DUT**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** e vigentes à época do evento, quando for o caso;

VI. Consultas e sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (**DUT**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

VII. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal – **CAPD**;

IX. 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

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 que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar, por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XII. Hemoterapia ambulatorial;

XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial; e

XIV. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem 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.

Art. 14. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;

II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto as de caráter particular, e alimentação;

III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que 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 para a segmentação 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 do quadro clínico do Beneficiário 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 fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou em internação em **CTI**, **UTI**, **CETIN** ou similares;

VII. Órteses e próteses, registradas na **ANVISA**, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela **ANS**, vigente à época do evento;

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – **OPME** necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**;

b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à **ANVISA**, que atendam às características especificadas, conforme determina a Resolução 1.956 do **CFM**, ficando a escolha a cargo da **REAL GRANDEZA**;

c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **REAL GRANDEZA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **REAL GRANDEZA**; e

d) A Junta Médica e/ou Odontológica instaurada observará o disposto na Resolução Normativa - RN n. 424, de 2017, da **ANS**, e suas alterações.

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;

X. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) O cirurgião dentista assistente e ou o médico assistente deverá justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) Os honorários e materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais utilizados em situações de imperativo clínico, realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XI. Procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – **CAPD**;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) Radiologia intervencionista;

h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

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; e

j) 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.

XII. 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;

XIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIV. Procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, de conformidade com o estabelecido na legislação específica vigente, devendo dessa forma considerar que:

a) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – **CNCDO**s e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

b) As entidades privadas e equipes especializadas 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**; e

c) São competências privativas das **CNCDO**s, 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.

XV. 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**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** e vigentes 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 Beneficiário receptor;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, 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; e

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao **SUS**.

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

XVII. Despesas, incluindo 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 (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em **CTI**, **UTI**, **CETIN** ou similares; e

XVIII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário Titular tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 15. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, será observado o seguinte:

I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligindas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;

III. No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido para fins deste regulamento, 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 a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (**DUT**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** e vigentes na data do evento; e

IV. Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de adesão do Beneficiário.

Art. 16. Presente regulamento garante ainda:

I. Atendimentos para planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (**DUT**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** e vigentes na data do evento;

II. Eventos e procedimentos relacionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação clínica;

III. Insumos necessários à realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, em vigor na data do evento, bem como equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, e caso haja indicação clínica;

IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários à 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 registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – **ANVISA**;

V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente na data do evento; e

VI. Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, 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.

Seção II

Das Coberturas Odontológicas

Art. 17. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (**DUT**) estabelecidas na regulamentação da **ANS** e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este regulamento, conforme relação a seguir:

I. Procedimentos de diagnóstico:

a) Consulta Odontológica inicial;

b) Condicionamento em odontologia;

c) Teste de fluxo salivar;

d) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção e ou biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial); e

e) Teste de PH salivar (acidez salivar).

II. Procedimentos de urgência e/ou emergência:

a) Tratamento de odontalgia aguda;

b) Imobilização dentária temporária;

c) Recimentação de peça e ou trabalho protético;

d) Tratamento de alveolite;

e) Colagem de fragmentos dentários;

f) Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;

g) Reimplante de dente avulsionado com contenção; e

h) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.

III. Procedimentos de radiologia:

a) Radiografia periapical;

b) Radiografia interproximal – bite-wing;

c) Radiografia oclusal; e

d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

IV. Procedimentos de prevenção em saúde bucal:

a) Atividade Educativa em saúde bucal;

b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);

c) Aplicação Tópica de Flúor;

d) Profilaxia – polimento coronário;

e) Aplicação de selante;

f) Dessensibilização dentária; e

g) Remineralização dentária.

V. Procedimentos de dentística:

a) Aplicação de cariostático;

b) Adequação do meio bucal;

c) Restauração em amálgama;

d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;

e) Núcleo de preenchimento;

f) Ajuste oclusal;

g) Restauração em ionômero de vidro;

h) Restauração em resina fotopolimerizável;

i) Restauração temporária e ou tratamento expectante;

j) Tratamento restaurador atraumático; e

k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

VI. Procedimentos de periodontia:

a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;

b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular e ou curetagem de bolsa periodontal;

c) Imobilização dentária;

d) Gengivectomia e ou gengivoplastia;

e) Aumento de coroa clínica;

f) Cunha proximal;

g) Cirurgia periodontal a retalho;

h) Tratamento de abscesso periodontal;

i) Enxerto gengival livre; e

j) Enxerto pediculado.

VII. Procedimento de endodontia:

a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;

b) Pulpotomia;

c) Remoção de corpo estranho intracanal;

d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;

e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;

f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;

g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;

h) Tratamento de perfuração radicular e ou câmara pulpar;

i) Remoção de núcleo intra-canal; e

j) Remoção de peça/trabalho protético.

VIII. Procedimento de cirurgia:

a) Alveoloplastia;

b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;

c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);

d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;

e) Cirurgia para tórus e ou exostose;

f) Exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;

g) Exodontia a retalho;

h) Exodontia de raiz residual;

i) Exodontia simples de permanente;

j) Exodontia simples de decíduo;

k) Redução de fratura alvéolo dentária;

l) Frenotomia e ou Frenectomia labial;

m) Frenotomia e ou Frenectomia lingual;

n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);

o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;

p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos e ou cartilaginosos na mandíbula/maxila;

q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;

r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;

s) Ulectomia e ou Ulotomia;

t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;

u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula e ou maxila;

v) Punção aspirativa com agulha fina e ou coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;

w) Aprofundamento e ou aumento de vestíbulo;

x) Bridectomia e ou bridotomia;

y) Odonto-secção; e

z) Redução de luxação da **ATM** e tunelização.

IX. Procedimentos de prótese dental:

a) Coroa unitária provisória com ou sem pino e ou provisório para preparo de **RMF**;

b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;

c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;

d) Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;

e) Reabilitação com núcleo metálico fundido e ou núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética; e

f) Reabilitação com restauração metálica fundida (**RMF**) unitária – inclui peça protética.

Parágrafo Único. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos 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 Odontológicos vigente à época do evento.

Seção III

Das Coberturas Adicionais

Art. 18. O Plano oferece, ainda, cobertura adicional àquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o Plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e odontológica, em:

I – Home care – Internação domiciliar em substituição à internação domiciliar, desde que haja aprovação prévia da área técnica da REAL GRANDEZA.

CAPÍTULO VI – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 19. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, 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 DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **REAL GRANDEZA** sem atendimento às condições previstas neste regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência, respeitadas as demais condições deste regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e ou não regularizados no país, bem como, aqueles que 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, e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na **ANVISA** ou disponibilizado pelo fabricante;

IV. Procedimentos clínicos ou 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 de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V. 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;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto – como é o caso do Art. 10-A da Lei 9.656/98 – para os casos em que haja previsão legal expressa em contrário;

VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente na data do evento;

IX. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na **ANVISA**;

X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial e dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS** vigente à época do evento;

XI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XIV. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XV. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI. Aparelhos ortopédicos;

XVII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVIII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

XIX. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste regulamento;

XX. Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste regulamento;

XXI. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de

higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXIII. Cirurgia para mudança de sexo;

XXIV. Avaliação pedagógica;

XXV. Orientações vocacionais;

XXVI. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVII. Qualquer outro tipo de atendimento e/ou assistência domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura –, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XXVIII. Remoção domiciliar;

XXIX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXX. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXI. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de **ATM** (articulação temporo-mandibular);

XXXII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIII. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXIV. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;

XXXV. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS,** vigente à época do evento, e aquelas previstas no item IX do art. 17 do presente regulamento;

XXXVI. Transplantes ósseos;

XXXVII. Enxertos ósseos e biomateriais;

XXXVIII. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

XXXIX. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XL. Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XLI. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

XLII. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

XLIII. Cirurgias Odontológicas a laser;

XLIV. Clareamento dentário;

XLV. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais; e

XLVI. Qualquer cobertura não prevista no Rol de Procedimentos e Eventos da **ANS** ou em desconformidade com a Diretriz de Utilização de Tratamento da **ANS**.

CAPÍTULO VII – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 20. Os serviços previstos neste regulamento serão prestados aos Beneficiários regularmente inscritos após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente o inciso V do Art. 12 da Lei nº 9.656/1998, e nas normas regulamentares da **ANS**:

I. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e/ou emergência;

II. 300 (trezentos) dias para os casos de parto a termo;

III. 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos odontológicos; e

IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

Parágrafo Único. O prazo de carência será contado a partir do processamento da adesão do Beneficiário ao **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**.

Art. 21. Será isento do cumprimento dos períodos de carência:

I. O Beneficiário Titular, bem como os dependentes dele, se a adesão ao **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura do convênio de adesão ou da vinculação do Titular à PATROCINADORA; e

II. O Beneficiário dependente se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**.

§1º. Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

CAPÍTULO VIII – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 22. Não será aplicada cobertura parcial temporária (**CPT**) ou agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos Beneficiários e às beneficiárias regularmente inscritos, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do Beneficiário ou da beneficiária na **PATROCINADORA** ou da disponibilidade do plano a eles.

Art. 23. Caso a **REAL GRANDEZA** venha permitir o ingresso de Beneficiários ou beneficiárias fora do prazo contemplado no artigo anterior, os novos inscritos poderão sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**.

§1º. Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a *"Carta de Orientação ao Beneficiário".*

§2º. O Beneficiário terá 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 nenhum ônus.

§3º. Caso o Beneficiário opte pela orientação 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 será orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, em que serão declaradas as doenças ou lesões de que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações.

§5º. Será vedada à **REAL GRANDEZA** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário, por ocasião de sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 24. Sendo constatada (por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do Beneficiário) 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 (**CPT**).

Art. 25. A cobertura parcial temporária consistirá 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. 26. 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 mediante exames médicos de avaliação exigidos pela ela para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 27. Os procedimentos de alta complexidade estarão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS**, disponível no site www.ans.gov.br.

Art. 28. Exercendo prerrogativa legal, a **REAL GRANDEZA** não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 29. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário em relação à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano, a **REAL GRANDEZA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário por meio de *"Termo de Comunicação ao Beneficiário"* e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário 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 Beneficiário 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 Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da **REAL GRANDEZA**, pela **ANS**, o Beneficiário 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 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.

Art. 30. O presente capítulo não vigorará caso o Beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de:

I. 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do convênio de adesão ou a contar da vinculação do Titular à PATROCINADORA;

II. 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** – nos casos de dependentes.

Parágrafo único – Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

CAPÍTULO IX – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 31. Considera-se:

I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

II. Atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

III. Atendimento de urgência e ou emergência odontológico:

a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;

b) Tratamento de odontalgia aguda;

c) Imobilização dentária temporária;

d) Recimentação de peça e ou trabalho protético;

e) Tratamento de alveolite;

f) Colagem de fragmentos dentários;

g) Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial; e

h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 32. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24h (vinte e quatro horas) da adesão do Beneficiário ao **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**;

II. Depois de cumpridas as carências 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 dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, se em tempo menor que as 12 (doze) primeiras horas;

IV. Depois de cumpridas as carências para internação, 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 dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação; e

VI. 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 Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II

Da Remoção

Art. 33. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da **ANS** em vigor:

I- Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **REAL GRANDEZA**, 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; e

II- Haverá remoção para unidade do **SUS**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

a) 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 pré-existentes; e

b) Na remoção para uma unidade do **SUS** serão observadas as seguintes regras:

b.1) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando- se, assim, a **REAL GRANDEZA**, desse ônus;

b.2) 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;

b.3) 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**;

b.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'b.2', a **REAL GRANDEZA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X – DO REEMBOLSO

Art. 34. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de atendimentos eletivos ou de urgência e ou emergência, dentro do território nacional:

§1º. Não é cabível o pagamento de reembolso de serviços utilizados em prestador pertencente à rede de credenciados da **REAL GRANDEZA**.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **REAL GRANDEZA**, observando o limite de até 01 (uma) vez os valores da tabela vigente para despesas médicas e hospitalares.

§3º. A Tabela de Referência estará disponível na sede da operadora de saúde e no site www.frg.com.br.

§4º. É possível o reembolso integral, descontados os valores de coparticipação, quando:

I. Nos casos de urgência/emergência, inexistir ou estiver indisponível prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento conforme demanda do Beneficiário, observando-se a área de abrangência do produto; e

II. Nos casos eletivos, por indisponibilidade de agenda na rede contratada ou outro motivo que fuja ao controle da **REAL GRANDEZA**, a operadora de saúde não conseguir

disponibilizar o atendimento dentro das condições e dos prazos estabelecidos pela **ANS**, comprovado através de protocolo de atendimento emitido pela operadora de saúde.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos na conta-corrente do Beneficiário Titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação.

§6º. A cobrança de coparticipação seguirá as regras dispostas no art. 44 deste regulamento e incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados, sendo abatida do valor a ser reembolsado.

§7º. O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, tratamentos seriados, exames complementares de diagnóstico, aparelhos e medicamentos devem ser requeridos à **REAL GRANDEZA**, com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§8º. Quando o serviço for prestado por pessoa física é obrigatório recibo contendo:

I. Nome completo do Beneficiário;

II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante:

a) Os recibos apresentados em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome, conselho de classe e CPF do profissional, ficam dispensados da aposição de carimbo.

III. Especialidade, se profissional médico;

IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e

V. Data de quitação do serviço.

§9º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica é obrigatória nota fiscal contendo:

I. Nome completo do Beneficiário;

II. Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;

III. Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;

IV. Especialidade, se profissional médico; e

V. Data de quitação do serviço.

§10. A requisição de exame complementar deve conter:

I. Nome completo do Beneficiário;

II. Descrição do exame, codificação e indicação clínica;

III. Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante;

a) A requisição de exame apresentada em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional, fica dispensada da aposição de carimbo.

IV. Data.

§11. Os exames complementares devem ser realizados em estabelecimentos pessoa jurídica, excetuando-se os exames de Eletrocardiograma e Endoscopia Digestiva Alta que podem ser realizados em estabelecimentos pessoa física.

§12. Faz-se necessária a apresentação dos documentos listados no anexo II deste instrumento ao se pedir o reembolso.

§13. Em caso de negativa da solicitação, o Beneficiário poderá reapresentar a pedido no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da resposta da operadora de saúde, desde que anexe justificativas e/ou documentação complementar que justifique a reapresentação.

§14. Na reapresentação, as justificativas e ou documentos faltantes na análise anterior deverão ser encaminhados, quando serão gerados um novo protocolo e um novo prazo.

§15. Os recibos, notas fiscais, cupons fiscais, laudos especializados e receitas devem ser apresentados em suas vias originais. Qualquer documentação médica emitida em idioma que não seja o português deve ser acompanhada de tradução juramentada e as expensas para a referida tradução correrão por conta do Beneficiário interessado.

§16. O Titular do Plano tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do recibo ou nota fiscal.

§17. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo Beneficiário junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguíneo e segundo grau por afinidade.

§18. Não serão reembolsadas despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

§19. Para os atendimentos na modalidade livre escolha em Odontologia e Honorários médicos de internação, o beneficiário tem a opção de solicitar a prévia de reembolso para estimativa dos valores que poderá ser reembolsado. A solicitação da prévia de reembolso deve ser realizada através do portal do beneficiário, na opção Fale Conosco.

CAPÍTULO XI – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Da Carteira de Identificação do PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS

Art. 35. A **REAL GRANDEZA** fornecerá aos Beneficiários a Carteira de Identificação – física e/ou eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à época, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, podendo A **REAL GRANDEZA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. A perda, furto ou roubo da carteira de identificação do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** deve ser imediatamente informada, por escrito, à **REAL GRANDEZA**. Somente no caso de perda o ônus pela emissão da segunda carteira será de responsabilidade do Beneficiário.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** é exigido, além da carteira de identificação do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, um documento de identidade pessoal do Beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica na não obrigatoriedade de atendimento, por parte do prestador de serviço sem autorização por parte da **REAL GRANDEZA**.

Seção II

Da Modalidades de Utilização do PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL

Art. 36. A **REAL GRANDEZA** disponibiliza duas modalidades para a utilização do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**: Credenciamento e Livre Escolha, ficando a escolha a critério do Beneficiário.

Art. 37. Na prestação de serviços, o Beneficiário ou responsável deverá assinar a Guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo Único. O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 38. O atendimento aos Beneficiários será prestado por rede contratada ou conveniado pela operadora de saúde para esse fim.

§1º. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de emergência

ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da **REAL GRANDEZA** na Internet. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **REAL GRANDEZA** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º. A **REAL GRANDEZA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme Art. 17 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.

Seção III

Da Autorização Prévia e da Junta Médica ou Odontológica

Art. 39. Cabe ao prestador credenciado solicitar à **REAL GRANDEZA** a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no anexo III deste regulamento. Quando se tratar de procedimento em Livre Escolha, a autorização prévia deverá ser solicitada pelo Beneficiário.

§1º. Quando o procedimento envolver utilização de materiais especiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e ou Perícia Médica da **REAL GRANDEZA** laudo médico e com a justificativa da indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, dentre aquelas regularizadas junto à **ANVISA**, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a responsabilidade da operadora de saúde.

§2º. Necessitam de autorização prévia do auditor médico e ou do perito odontológico os tratamentos indicados pela operadora de saúde junta à rede credenciada.

§3º. Quando não existirem as 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes conforme parágrafo 1º, deverá ser apresentado justificativa ou carta de exclusividade.

§4º. Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os Beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de até 3 (três) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo credenciado e o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§5º. Cirurgia e internação hospitalar emergencial devem ser comunicadas à **REAL GRANDEZA**, até 3 (três) dias úteis da ocorrência, e deverá ser apresentado o Laudo Médico.

§6º. Serão efetuadas auditorias médica e odontológica prévia e final, conforme normas estabelecidas pela **REAL GRANDEZA**.

§7º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado da data da solicitação, ou em conformidade com a legislação vigente, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, nos termos deste regulamento.

§8º. Em caso de divergência técnica de natureza médica ou odontológica, sem consenso com o médico/dentista assistente, sobre procedimentos/eventos solicitados, a REAL GRANDEZA, cumprirá as ações previstas na Resolução Normativa 424/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sobre junta médica.

§9º. A autorização prévia somente será efetivada pela **REAL GRANDEZA** mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.

§10º. Para a 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).

§11. A **REAL GRANDEZA** compromete-se a garantir ao Beneficiário o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa **ANS** nº 259, de 17 de junho de 2011 ou na que vier a substituí-la, levando em consideração a data a partir da qual o Beneficiário realizou a entrega da documentação completa exigida para análise.

§12. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o Beneficiário será submetido. Quando necessária à permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à **REAL GRANDEZA** a prorrogação da autorização.

Seção IV

Do Atendimento

Subseção I

Da Consulta e do Tratamento Odontológico

Art. 40. Quando o Beneficiário residir ou estiver temporariamente em local que a **REAL GRANDEZA** não tenha rede credenciada direta ou indireta, a Guia de Tratamento Odontológico – GTO deve ser encaminhada à **REAL GRANDEZA**, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia.

§1º. Em caso de tratamento de emergência, a documentação deve ser encaminhada à **REAL GRANDEZA**, acompanhada de laudo, no prazo de 3 (três) dias úteis, após a data de início do tratamento, sujeito à aprovação pela área responsável pelo serviço de odontologia.

§2º. No caso dos Titulares em viagem a serviço ou férias a documentação poderá ser entregue no prazo de 3 (três) dias úteis, após a data de retorno, na área responsável pelo serviço de odontologia para aprovação pela área responsável.

§3º. Para o tratamento odontológico é exigido a GTO, preenchida e assinada pelo profissional e Beneficiário devendo ter autorização prévia, auditoria inicial e final conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos, independentemente do valor do tratamento. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela **REAL GRANDEZA**.

§4º. No caso de tratamento realizado por profissional não credenciado, ao término do tratamento, deverá ser emitida Nota Fiscal (CNPJ) e ou recibo constando razão social, nº do CRO, CPF, com a assinatura do Titular para solicitação do reembolso.

§5º. Os Beneficiários devem se submeter às auditorias e ou perícia inicial e final.

§6º. Na **REAL GRANDEZA** ou nas Unidades que não dispuserem de Auditor e ou Perito Odontológico em seu próprio quadro, a auditoria e ou perícia inicial e final externas serão exigidas para todos os orçamentos acima dos limites estabelecidos nos valores referenciais de procedimentos odontológicos.

§7º. A **REAL GRANDEZA** pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

Subseção II

Da Psicologia e fonoaudiologia

Art. 41. Tratamentos psicoterápicos biofeedback, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o **CID** e/ou diagnóstico para autorização prévia pela perícia psicológica e fonoaudiológica na **REAL GRANDEZA**, sendo a cobertura limitada ao rol de da **ANS** vigente à época do evento.

Parágrafo Único. - Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar nova solicitação acompanhado de laudo especializado contendo **CID** e/ou o diagnóstico para nova autorização.

Subseção III

Da Acupuntura e Fisioterapia

Art. 42. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia é necessária a solicitação médica.

§1º. A partir da 11ª sessão de acupuntura, é necessária a autorização prévia de auditoria

médica.

§2º. Os insumos necessários à realização de acupuntura (ex.: agulhas) estão contemplados na negociação realizada junto ao prestador de serviços e não serão remunerados ou reembolsados à parte.

§3º. Para fisioterapia buco-maxilo-facial é necessária a solicitação pelo Cirurgião-Dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e ou perícia odontológica.

Subseção IV

Da Terapia Ocupacional

Art. 43. Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou o diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica ou fisioterápica na **REAL GRANDEZA**.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo **CID** e/ou diagnóstico, para nova autorização.

Seção V

Coparticipações

Art. 44. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário/beneficiária Titular à **REAL GRANDEZA**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos Beneficiários inscritos, dos procedimentos relacionados no anexo IV deste instrumento.

§2º. Para todos os serviços do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, a **REAL GRANDEZA** utilizará Guias padronizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - **ANS**, procedendo ao desconto do valor relativo à coparticipação em folha de pagamento de cada Titular das **PATROCINADORA**, ou, da **FUNDAÇÃO REAL GRANDEZA**, no caso de aposentados; na ausência de folha de pagamento de aposentados, será emitido boleto bancário. Para o caso de beneficiários inativos, também será emitido boleto bancário.

§3º. A **REAL GRANDEZA** informará à PATROCINADORA o valor total da coparticipação de cada Beneficiário, após a realização dos procedimentos, nos termos previstos no presente regulamento.

§4º. A **PATROCINADORA** ficará responsável por cobrar o valor da coparticipação do seu empregado de acordo com os critérios estabelecidos por ela.

CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 45. O **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** será custeado em regime de preço 'pós-estabelecido', na modalidade de rateio, nos termos da Resolução Normativa nº 543/2022 da **ANS** (Anexo II, subitem 11.1.2.1) e alterações posteriores.

Art. 46. O plano de custeio do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** previsto no anexo V deste regulamento, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

I. Valores repassados pela **PATROCINADORA**, conforme legislação vigente e convênio celebrado;

II. Caberá ao Beneficiário, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes, uma contribuição definida pela idade e pela remuneração do Beneficiário Titular e caberá à PATROCINADORA o pagamento da diferença, seja ela qual for, entre a despesa assistencial do plano e a arrecadação da contribuição dos Beneficiários, conforme previsto no Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

III. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos precedentes, não onerosos para a **REAL GRANDEZA**.

Parágrafo Único - O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais relativas aos Beneficiários Titulares e Dependentes estabelecidas por faixa etária, valores de patrocínio e eventuais novas fontes de receita e deverá ser publicado por ato do Conselho Deliberativo da **REAL GRANDEZA**, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

Art. 47. Todos os Beneficiários vinculados ao plano deverão contribuir para ele, conforme plano de custeio, anexo a este regulamento, que levará em consideração a faixa etária dos inscritos e a faixa salarial do Titular.

Art. 48. As contribuições mensais relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, conforme valores definidos no plano de custeio, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando a **PATROCINADORA** responsável pelo processamento do referido desconto.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições mensais, a cobrança será efetuada através de boleto bancário,

que deverá ser pago até sua respectiva data de vencimento, procedimento esse que será adotado, principalmente para a cobrança da contribuição dos aposentados/desempregados abrangidos pelos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656, de 1998, quando não for possível a cobrança em folha de pagamento.

§2º. As contribuições mensais relativas aos Beneficiários INATIVOS, Titulares e seus dependentes, conforme valores definidos no plano de custeio e considerando o disposto nos artigos 51 e 52, serão pagos diretamente à Fundação Real Grandeza.

§3º. A **PATROCINADORA** é responsável pelo repasse tempestivo à **REAL GRANDEZA** dos valores correspondentes às despesas assistenciais dos Beneficiários do plano e fará o desconto da parte referente aos Beneficiários Titulares conforme normas internas, salvo nas situações previstas no parágrafo 1º., quando não for possível o desconto em folha de pagamento, devendo o pagamento ser efetuado diretamente pelo beneficiário titular.

§4º Em se tratando dos beneficiários inativos, conforme prevê a elegibilidade no Art. 7º, a Patrocinadora não será responsável pelo repasse tempestivo à REAL GRANDEZA dos valores correspondentes às despesas assistenciais. Entretanto, havendo o desligamento do beneficiário por motivo de inadimplência, o valor será considerado no estudo de equilíbrio do contrato.

§5º. Os valores devidos, quando não quitados tempestivamente, serão corrigidos em conformidade com os índices correcionais estabelecidos no convênio de adesão celebrado entre a **PATROCINADORA** e a **REAL GRANDEZA**.

CAPÍTULO XIII - DA REVISÃO DO CUSTEIO

Art. 49. Anualmente, será efetuada a avaliação do custeio do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas previstas neste instrumento ou da forma de custeio prevista no plano de custeio, inclusive com a aplicação de repactuações técnico-atuariais nos valores e percentuais da tabela de contribuições, programado para a repactuação financeira.

§1º. A avaliação atuarial deverá levar em consideração:

I. O reajustamento das contraprestações será realizado no menor período autorizado pela legislação em vigor, levando em consideração o inciso II;

II. Desequilíbrio técnico, considerando os seguintes fatos:

a) Aumento da sinistralidade do plano;

b) Aumento considerável dos custos médicos;

c) Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do rol de procedimentos pela **ANS**;

d) Alteração sensível na composição dos Beneficiários;

e) Todas as variáveis endógenas e exógenas que impactem no equilíbrio do plano;

f) O rateio da despesa assistencial definido entre a patrocinadora e seus empregados; e

g) Considerar a composição de custos de ativos e inativos.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente regulamento.

§3º. Poderão ser reavaliados e reajustados, adicionalmente, os percentuais de coparticipação previstos nesse instrumento, mediante avaliação técnica que ocorre anualmente na avaliação atuarial.

§4º. Caberá ao Conselho Deliberativo da **REAL GRANDEZA** deliberar sobre a aplicação do reajuste de acordo com o custeio demonstrado em avaliação atuarial, bem como estabelecer acréscimos ou descontos nas contribuições de eventuais componentes do plano.

CAPÍTULO XIV - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 50. A contrapartida de responsabilidade do Beneficiário é definida em função da faixa etária dos Beneficiários inscritos e faixa salarial do Titular, conforme plano de custeio anexo a este regulamento, que considera o disposto na legislação específica em vigor.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com aqueles inerentes a variações de utilização do plano.

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

Faixa etária	Reajuste (%)
0 a 18 anos de idade	-
19 a 23 anos de idade	20,00%
24 a 28 anos de idade	20,80%
29 a 33 anos de idade	20,70%
34 a 38 anos de idade	22,90%
39 a 43 anos de idade	20,90%
44 a 48 anos de idade	23,10%
49 a 53 anos de idade	20,30%
54 a 58 anos de idade	22,10%
59 anos ou mais	27,20%

a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor

da primeira faixa etária;

b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos; e

d) O reajustamento automático por faixa etária será realizado no mês do aniversário do Beneficiário.

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso – Lei 10.471/03, em específico no seu Art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste regulamento.

§5º. Para exercício do direito de manutenção dos ex-empregados, exceto aqueles demitidos por justa causa, previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos mesmos em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, estando, em versão atualizada, permanentemente à disposição para consulta pelos Beneficiários junto à **REAL GRANDEZA e à PATROCINADORA**.

CAPÍTULO XV – DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I

Art. 51. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário mantido junto à PATROCINADORA, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º. O empregado desligado das **PATROCINADORA**, exceto aquele desligado por justa causa, deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da rescisão contratual ou exoneração.

§2º. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere este artigo será de um terço do tempo de permanência no presente plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Seção II

Do Aposentado

Art. 52. Ao Beneficiário Titular que tiver contribuído para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, em decorrência de vínculo empregatício com as PATROCINADORA, e que vier a se aposentar na própria **PATROCINADORA**, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário junto à **REAL GRANDEZA**, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA** desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal prevista para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** em conformidade com a legislação vigente.

§1º. O aposentado deve optar pela adesão ao novo plano, fazendo jus ao direito previsto no caput desse artigo, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da rescisão contratual.

§2º. Se contribuiu por período mínimo de dez anos, poderá permanecer por prazo indeterminado. Se por período inferior, é assegurado o período de manutenção como beneficiário à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Seção III

Das Disposições Comuns

Art. 53. O plano tratado neste regulamento destina-se às categorias de Beneficiários Titulares ativos e seus respectivos dependentes, assim como aos Beneficiários Titulares inativos e seus respectivos dependentes, conforme elegibilidade estabelecida no Art. 7º, considerando para os aposentados e demitidos/exonerados sem justa causa o pagamento integral da contribuição mensal prevista para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**.

§1º. Em caso de óbito do ex-empregado ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

§2º. As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§3º. O Titular que não contribuir para o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

§4º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **PATROCINADORA**, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e ou hospitalar.

Art. 54. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do **CONSU** nº 19/99.

CAPÍTULO XVI – DA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 55. Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão de Beneficiário, nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da **REAL GRANDEZA** exclusivo para Titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente;

II. Perda do direito de elegibilidade e vínculo, decorrente da saída de Furnas Centrais Elétricas S.A –da condição de **PATROCINADORA** da **REAL GRANDEZA**; e

III. Perda da qualidade de Dependente, quando o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente.

§1º. Para proceder com a solicitação de exclusão de Beneficiário Titular tratado neste instrumento, a **PATROCINADORA** deverá obrigatória e expressamente informar à **REAL GRANDEZA**.

I. Se o Beneficiário foi excluído por desligamento ou aposentadoria, desde que não tenha manifestado o interesse na manutenção do Plano;

II. Se o Beneficiário desligado se enquadra no disposto no Art. 22 da RN 279/11, ou seja, se o empregado aposentado que continuou trabalhando na **PATROCINADORA** após a aposentadoria;

III. Se o Beneficiário contribuía para o custeio do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** tratado neste instrumento;

IV. Por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o custeio do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** tratado neste instrumento;

V. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição; e

VI. Se o Beneficiário Titular, voluntariamente, optou por não permanecer no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**.

§2º. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão de Beneficiários Titulares, mediante comprovação inequívoca de que o Titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de Beneficiário em plano da **REAL GRANDEZA**, exclusivo para Beneficiários Titulares, com vínculo inativo, bem como

mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior.

Art. 56. A **REAL GRANDEZA** poderá excluir os Beneficiários, sem a anuência da **PATROCINADORA**, nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da **REAL GRANDEZA**:

I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;

II. Perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente; e

III. Interrupção do pagamento das contribuições ou coparticipações, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não.

IV. Os artigos 51 e 52 do presente regulamento também se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

a) Pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos segundo dos citados artigos;

b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego;

c) Pelo cancelamento do presente plano pela **PATROCINADORA** que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

§1º. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser comunicada pela **PATROCINADORA** à **REAL GRANDEZA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§2º. Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

I. Falecimento;

II. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego, sem justa de causa, desde que não haja o interesse na manutenção do plano;

III. Aposentadoria com desligamento da **PATROCINADORA**, desde que não haja o interesse na manutenção do plano;

IV. Decisão administrativa ou judicial;

V. Voluntariamente, por opção do Titular; e

VI. Outras situações previstas em Lei.

Art. 57. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os Dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 58. Em caso de rescisão contratual com a **PATROCINADORA** e, cumpridos os procedimentos do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, realizados pelo Beneficiário, esse tem direito ao reembolso das despesas realizadas até o último dia trabalhado.

§1º. Quando se tratar especificamente de tratamento odontológico, o Titular e seus dependentes ficam sujeitos à auditoria final dos tratamentos realizados, devendo efetuá-la até o último dia de trabalho do Titular, quando cumprir aviso prévio ou até a quitação da rescisão.

§2º. As despesas referentes à participação do Titular, nos serviços faturados pelo **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** devem ser quitadas na rescisão contratual ou por meio de cobrança realizada via Nota de Débito, efetuada pela **REAL GRANDEZA** ou pela **PATROCINADORA**.

Art. 59. Quando da ocorrência da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou para outros planos da **REAL GRANDEZA**, devendo, para tanto serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela **RN** 438/2018 e/ou alterações emanadas pela **ANS** posteriormente à referida Resolução Normativa.

Art. 60. Na hipótese de falecimento do Titular será assegurado aos dependentes, devidamente cadastrados no **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, o direito de manter sua condição de Beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, prevista para **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, observado o prazo que o falecido teria direito, conforme disposto no artigo 51 ou 52 do presente regulamento.

Art. 61. A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não exime o Beneficiário da obrigação de quitar eventuais débitos com a **REAL GRANDEZA**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO XVII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Das Obrigações

Art. 62. São obrigações da **PATROCINADORA**, de modo a assegurar a sustentabilidade deste plano

I. Repassar para a **REAL GRANDEZA** os recursos financeiros para custeio do plano de acordo com o estabelecido no Convênio de Adesão;

II. Orientação de seus empregados ativos e inativos quanto à interpretação e acompanhamento das disposições do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**;

III. Análise de situações excepcionais; e

IV. Disponibilizar informações cadastrais dos empregados à **REAL GRANDEZA** incluindo todas as informações referentes a proventos recebidos para fins de cálculo das contribuições e coparticipações execução do plano.

Art. 63. São obrigações da **REAL GRANDEZA**:

I. Orientação e interpretação das disposições do plano, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções; e

II. Gestão do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**.

Art. 64. São obrigações do Beneficiário Titular:

I. Comunicação imediata à **REAL GRANDEZA** da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;

II. Zelo na utilização do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;

III. Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de Beneficiários do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**;

IV. Devolução da carteira de identificação de todos os Beneficiários no momento do desligamento ou quando qualquer de seus Beneficiários perderem essa condição;

V. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e ou perícia médica;

VI. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento ou reembolso;

VII. Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento ou reembolso, ressalvado, porém, que o plano tem somente cobertura dentro do território nacional;

VIII. Atendimento as solicitações da **REAL GRANDEZA**, quando esta julgar necessário, de avaliações exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados;

IX. Declarar e atualizar os dados de seus Beneficiários; e

X. Arcar com o pagamento da parte das mensalidades, e coparticipações que lhe forem cabíveis.

Seção II

Das Penalidades

Art. 65. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o Beneficiário Titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo único - São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos Beneficiários e dependentes:

I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em regulamento;

II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento;

III. Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;

IV. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;

V. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;

VI. Falsificar ou adulterar documentos; e

VII. Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação.

Art. 66. A **REAL GRANDEZA** poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao Beneficiário Titular, conforme a gravidade da falta cometida, sempre assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa:

I. Advertência escrita;

II. Suspensão; e

III. Exclusão.

§1º. O Beneficiário Titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

§2º. A suspensão ou exclusão do Beneficiário Titular, nos termos deste artigo, implicará a automática suspensão ou cancelamento da inscrição de seus dependentes.

§3º. O Beneficiário, que sofrer a aplicação da penalidade, terá o prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento da notificação, para apresentar a defesa e, se necessário, recorrer à instância competente.

§4º. As penalidades aplicadas serão comunicadas ao Beneficiário Titular e por notificação escrita, com cópia para a respectiva **PATROCINADORA**.

Art. 67. Na hipótese de inadimplência do Beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, serão também aplicadas as seguintes penalidades:

I. Suspensão do Titular e dependentes do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, caso a inadimplência acumule 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze) meses, mediante notificação prévia; e

II. Exclusão do Titular e dependentes do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, caso a inadimplência acumule mais de 90 (noventa) dias.

III. A exclusão por inadimplência não exime o(a) Beneficiário(a) Titular de quitar eventuais débitos com o Plano.

Seção III

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 68. Este regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 69. Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 70. Nenhuma responsabilidade caberá à **REAL GRANDEZA** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do Beneficiário Titular, e de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do Beneficiário.

Parágrafo Único – A responsabilidade da **REAL GRANDEZA** descrita no Caput se aplicará exclusivamente nos procedimentos assistenciais que tenham sido antecipadamente auditados e autorizados pela **REAL GRANDEZA**.

Art. 71. A **REAL GRANDEZA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 72. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da **REAL GRANDEZA** e da **PATROCINADORA** fornecerão informações complementares a este regulamento.

Art. 73. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **REAL GRANDEZA**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 74. O presente regulamento vigorará por 60 meses (sessenta meses), a partir da data de sua publicação, podendo ser revisado a qualquer tempo, dentro desse período, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

Art. 75. Fica eleito o foro da comarca de residência do Beneficiário, para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento, facultado o direito ao Beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

CAPÍTULO XVIII – ANEXOS

Anexo I - Da relação de documentos comprobatórios;

Anexo II - Da documentação para fins de reembolso;

Anexo III - Da lista de procedimentos que exigem autorização prévia;

Anexo IV - Das Coparticipações; e.

Anexo V - Do Plano de Custeio.

ANEXO I

DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	Comprovação de vínculo formal com a respectiva **PATROCINADORA**
Relação de Dependência	Documentos Comprobatórios
Cônjuge	Certidão de casamento; RG e CPF;
Companheiro	Certidão de União Estável emitida em cartório; RG e CPF;
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Enteado menor de 21 anos	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); Certidão de casamento do Titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho (incluído o adotivo) menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido anualmente.
Enteado menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Certidão de casamento do Titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido anualmente.
Curatelado	Decisão judicial nomeando o curador; Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Menor sob guarda em processo de adoção	Decisão judicial comprobatória; Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho portador de doença grave ou necessidade especial incapacitante	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Atestado médico comprovando a incapacidade
Genitor	RG e CPF; Cópia da Declaração de IR; Autorização formal da **PATROCINADORA**

ANEXO II

DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO

Procedimento ou serviço	Documentação comprobatória
Consultas Médicas e Odontológicas	- Recibo ou nota fiscal;
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT/ Tratamentos seriados	- Recibo ou nota fiscal; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	- Recibo ou nota fiscal; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso; - Fatura com discriminação de cada item quea compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.
Internações	- Recibo ou nota fiscal do estabelecimento hospitalar e ou dos profissionais que prestaram atendimento; - Relatório do médico assistente justificando a necessidade de internação, com descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e demais informações que se fizerem pertinentes; - Fatura hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados; - Em caso de internação cirúrgica, apresentar cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico; - Se utilizado implante de órtese, prótese ou material especial, apresentar nota fiscal do material utilizado.

ANEXO III

DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

A lista completa de procedimentos que necessitam de autorização prévia poderá ser consultada no portal da **REAL GRANDEZA**, na Internet, no endereço: www.frg.com.br.

ANEXO IV

DAS COPARTICIPAÇÕES

Critérios	Coparticipação	Limitador
Internação psiquiátrica	50%	A partir do 30º dia de Internação
Procedimentos odontológicos	15%	-
Consultas; exames de qualquer natureza; tratamentos seriados; e terapia	15%	-
Demais procedimentos médico-Ambulatoriais	15%	R$ 150,00 por evento
Quimioterapia; diálise; hemodiálise; e radioterapia	0%	-

Internações		
(Valor Inicial) de:	**(Valor Final) até:**	**Coparticipação**
R$ 15,00	R$ 250,00	R$ 11,25
R$ 250,01	R$ 500,00	R$ 22,50
R$ 500,01	R$ 1.000,00	R$ 45,00
R$ 1.000,01	R$ 1.500,00	R$ 67,50
R$ 1.500,01	R$ 2.000,00	R$ 90,00
R$ 2.000,01	R$ 2.500,00	R$ 112,50
R$ 2.500,01	R$ 3.750,00	R$ 168,75
R$ 3.750,01	R$ 5.000,00	R$ 225,00
R$ 5.000,01	R$ 7.500,00	R$ 337,50
R$ 7.500,01	R$ 10.000,00	R$ 450,00
R$ 10.000,01	R$ 15.000,00	R$ 675,00
R$ 15.000,01	R$ 20.000,00	R$ 900,00
R$ 20.000,01	R$ 25.000,00	R$ 1.125,00
R$ 25.000,01	R$ 30.000,00	R$ 1.350,00
R$ 30.000,01	R$ 35.000,00	R$ 1.400,00
R$ 35.000,01	R$ 40.000,00	R$ 1.600,00
R$ 40.000,01	R$ 45.000,00	R$ 1.800,00
R$ 45.000,01	R$ 50.000,00	R$ 2.000,00
R$ 50.000,01	Ou mais	R$ 2.500,00

ANEXO V

DO PLANO DE CUSTEIO

Dispõe sobre os percentuais e valores de contribuição a cargo dos Beneficiários Titulares, por si e seus dependentes, definidos pela idade e pela remuneração dos Beneficiários Titulares, cabendo à Patrocinadora o pagamento da diferença, seja ela qual for, entre a despesa assistencial do plano e a arrecadação da contribuição dos beneficiários, estabelecidos para o custeio do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS.**

Considerando o disposto no regulamento do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRAEMPRESARIAL PÓS**, fica instituído o presente plano de custeio, com as regras e valores de contribuições mensais a cargo dos Beneficiários Titulares, por si e seus dependentes, além da parte que compete à PATROCINADORA.

Art. 1º. Para participar do **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS** o Beneficiário Titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por si e por seus dependentes, na forma do Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

§1º. A base de cálculo para definição do valor da contribuição mensal ao **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, parte do Beneficiário Titular, considerará:

I. Empregados ativos, inclusive aqueles cedidos pela **PATROCINADORA**: o valor da Remuneração de Referência paga pela **PATROCINADORA**;

II. Empregados cedidos para as Empresas do Grupo Eletrobras: o valor da Remuneração de Referência recebida junto à entidade cedente, de modo análogo ao estabelecido na Remuneração de Referência da Empresa, somado à eventual complemento remuneratório recebido da empresa para a qual esteja cedido;

III. Dirigentes (Presidente, Diretores: o valor dos honorários recebido junto às **PATROCINADORAS**, de modo análogo ao estabelecido na Remuneração de Referência das **PATROCINADORAS**; e

IV. Aposentados por invalidez e Aposentados por Acidente do Trabalho: o valor do Salário Benefício recebido junto ao **INSS** e à **REAL GRANDEZA** ou **NUCLEOS**.

V. Empregados inativos, conforme elegibilidade do Art. 7, arcando com o custeio integral da mensalidade própria e de seus dependentes.

§2º. A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos Beneficiário Titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

I. Faixa salarial do Beneficiário Titular; e

II. Faixa etária dos Beneficiários inscritos pelo Beneficiário Titular, incluindo ele próprio

§3º. O valor da contribuição mensal será o somatório das contribuições individuais do Beneficiário Titular e de seus dependentes, em conformidade com o estabelecido na tabela de contribuições estabelecida no art. 1º. deste plano de custeio.

Art. 2º. A revisão dos valores constantes da tabela do Anexo V, referente às contribuições do plano de custeio do plano de saúde **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELECTRA EMPRESARIAL PÓS**, será realizado anualmente, possuindo como parâmetro o estudo anual atuarial.