

# **Manual de Orientações Técnicas e Operacionais ao Credenciado**

Maio de 2015

## 1. Apresentação

Apresentamos o Manual do Credenciado da **REAL GRANDEZA Fundação de Previdência e Assistência Social ("REAL GRANDEZA")** com informações básicas e necessárias para auxiliá-lo a prestar um atendimento de qualidade aos nossos beneficiários.

A **REAL GRANDEZA**, com registro ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar de Nº 33131-7 é uma operadora de Plano de Saúde Médico-Hospitalar e Odontológico em autogestão que possui abrangência nacional e compreende também, a partir de 1º de maio de 2015, a gestão do benefício assistencial dos funcionários ativos e respectivos dependentes de sua patrocinadora FURNAS Centrais Elétricas.

Os planos da **REAL GRANDEZA**, todos com distribuição nacional, diferenciam-se enquanto cobertura e na oferta do padrão de acomodação em internação, conforme mais a seguir detalhado.

Para ser um prestador credenciado e parceiro da **REAL GRANDEZA** é necessário o estabelecimento de contrato particularizado ao atendimento aos produtos assistenciais ("planos"), específicos para a operadora **REAL GRANDEZA**, representando este Manual um aditivo operacional ao termo mantido entre as Partes.

Qualquer informação adicional, ou dúvida relativamente a este Manual, poderá ser obtida diretamente junto à nova Central de Atendimento ao Prestador (**0800 888 8778**), exclusiva para a **REAL GRANDEZA**. Esta Central também presta informações quanto a questões de crédito e faturamento.

Conforme detalhado a seguir a **REAL GRANDEZA** também passa a disponibilizar a partir de 1º de maio de 2015, uma nova Central Telefônica de Autorização de Procedimentos (**0800 880 5060**), em regime ininterrupto (24 x 7 x 365). Esta Central é alternativa à nova ferramenta de autorização, através da Internet ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)), que passa a ser disponibilizada também a partir de 1º de maio de 2015.

### Canais de Atendimento

#### Autorizações (24 horas)

**0800 880 5060**

#### Atendimento ao Prestador (Seg. a Sex. 08:00 as 18:00h)

**0800 888 8778**

#### Gestão de Credenciamento (Seg. a Sex. 09:00 as 16:30h)

**21 2528 6866 / 21 2528 6987**

E-mail: [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br)

Site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)

## 2. Identificação dos Beneficiários

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do novo “**Cartão de Saúde**”, conforme modelo apresentado a seguir. Caso o beneficiário não esteja de posse do novo Cartão de Saúde, no momento do atendimento, o credenciado poderá verificar a elegibilidade a qualquer hora pelos Canais de Atendimento: Autorizador Web (elegibilidade do usuário), através do [site: www.frg.com.br](http://www.frg.com.br), ou ainda através da Central de Autorização **(0800 880 5060)**.

Para a prestação do atendimento é indispensável a apresentação do Cartão de Saúde do plano acompanhado de um documento de identificação com foto do beneficiário. O credenciado poderá adicionalmente, e a seu critério, validar a elegibilidade do usuário de forma online através do [site: www.frg.com.br](http://www.frg.com.br).

O credenciado deve observar sua elegibilidade à prestação de serviços assistenciais conforme estabelecido no Contrato entre as Partes, mediante os tipos de produtos (planos) contratados.

O Cartão de Saúde apresenta todos os dados necessários para a verificação da modalidade do plano do beneficiário, data de validade, padrão de acomodação, bem como informações cadastrais necessárias para o preenchimento das guias de cobrança, conforme campos constantes abaixo:

| REAL GRANDEZA                                |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Fundação de Previdência e Assistência Social |                      |
| Beneficiário                                 |                      |
| Código de Identificação                      |                      |
| Tipo de Plano                                |                      |
| Validade                                     | Classe               |
| Apresentar documento de identidade           |                      |
| ANS - nº 33131-7                             |                      |
| Acomodação:                                  |                      |
| Coberturas:                                  | Término de Carência: |
| Atendimento 24 Horas                         |                      |
| IDFRG                                        |                      |

**Importante:** O Cartão de Saúde da **REAL GRANDEZA** é pessoal e intransferível. No ato do atendimento, é imprescindível conferir os campos: Validade, Acomodação e Término de Carência.

**Atenção:** É obrigatório, mediante o disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o preenchimento em campo próprio nas guias de atendimento do registro da operadora de vínculo do beneficiário, também impresso no Cartão de Saúde: **ANS Nº 33131-7**.

### 3. Rede Credenciada

Efetuada a contratação, ou credenciamento, o prestador é cadastrado na **REAL GRANDEZA**, e seu código de identificação cadastral será sempre o seu **CPF** (se Pessoa Física) ou **CNPJ** (se Pessoa Jurídica).

**Importante:** A partir de 1º de maio de 2015 o acesso ao site da **REAL GRANDEZA** ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)), será através dos CPF's indicados pelo prestador credenciado.

Os prestadores são incluídos em uma lista de credenciados que contém seus dados profissionais (nomes, endereços, telefones e especialidades conveniadas pela **REAL GRANDEZA**) e que é disponibilizada a todos os beneficiários, através do site da operadora ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)). A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para a correta identificação dos prestadores, há a necessidade de que os credenciados comuniquem imediatamente qualquer alteração ocorrida em relação às condições de atendimento e/ou pagamento à Gestão de Credenciamento: E-mail: [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br) ou pelos telefones: 21 2528 6866 / 21 2528 6987.

Os beneficiários escolhem o prestador de sua preferência dentro da rede credenciada para a realização das consultas e dos tratamentos necessários. O credenciado somente poderá atender dentro da(s) especialidade(s), procedimento(s) e serviço (s) para a(s) qual(is) foi credenciado.

Todos os produtos (planos) da **REAL GRANDEZA** são completamente adaptados à legislação vigente de planos de saúde (Lei 9.656/98).

Para efeito de internação, os beneficiários da **REAL GRANDEZA** são identificados por Classes, de 01 a 03, conforme descrito no Cartão de Saúde. As Classes 02 e 03 possuem acomodação Privativa (Apartamento), sendo que a Classe 01 dá apenas direito à acomodação Semi-privativa (Enfermaria).

**Importante:** O credenciado deve sempre atentar junto ao seu Contrato quanto a elegibilidade para o atendimento hospitalar, conforme Classe do beneficiário.

#### Canais de Atendimento

**Autorizações (24 horas)**

**0800 880 5060**

**Atendimento ao Prestador (Seg. a Sex. 08:00 as 18:00h)**

**0800 888 8778**

**Gestão de Credenciamento (Seg. a Sex. 09:00 as 16:30h)**

**21 2528 6866 / 21 2528 6987**

**E-mail: [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br)**

**Site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)**

## 4. Cobertura e Tabela de Honorários

Os produtos da **REAL GRANDEZA** são em sua totalidade completamente aderentes à regulamentação de planos de saúde em vigor. Os produtos registrados pela **REAL GRANDEZA**, estão nas modalidades ambulatorial e hospitalar com obstetrícia (Plano Referência) que compreendem todos os procedimentos e coberturas previstos no Rol da **ANS**, regularmente atualizado por essa Agência.

A cobertura dos planos e a tabela de honorários utilizada para fins de pagamento dos serviços prestados é própria da **REAL GRANDEZA**, e está baseada na codificação e nomenclatura dos eventos cobertos no Rol de Procedimentos da **ANS** e Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – **TUSS**. A valoração dos procedimentos é baseada em padrões próprios negociados com cada Credenciado da **REAL GRANDEZA**, acrescido ainda de eventuais “pacotes de remuneração global ou parcial” contratados.

**Importante:** Serviços não constantes das tabelas adotadas pela **REAL GRANDEZA** devem obrigatoriamente estar acordados ou autorizados previamente, sem o que a **REAL GRANDEZA** não se responsabilizará pelo pagamento.

Sob pena de descredenciamento, os prestadores de serviços não poderão cobrar diretamente dos beneficiários quaisquer valores adicionais pela execução dos atendimentos e tratamentos cobertos pela **REAL GRANDEZA**.

Estão **excluídos** da Cobertura Assistencial da **REAL GRANDEZA**, conforme regulamento próprio:

- Procedimentos não éticos, experimentais, não reconhecidos pela prática médica, ou que não sejam respaldados pela Medicina Baseada em Evidências (“MBE”);
- Procedimentos com finalidade estética, ou seja, que não visam restaurar função parcial ou total do órgão, ou parte lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, excetuando-se as cirurgias plásticas para reparação de limitações funcionais;
- Mamoplastia, correção de hipertrofia mamária, exceto nos casos de neoplasias ou lesões traumáticas;
- Dermolipectomia abdominal, à exceção dos casos que estiverem de acordo com critérios objetivos determinados e aferidos em perícia médica e que estejam enquadrados nas diretrizes de utilização da **ANS**;
- Tratamento em clínicas de emagrecimento estético, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Drenagem linfática com finalidade estética;
- Reversão de método contraceptivo cirúrgico (laqueadura, vasectomia, etc.);
- Transplantes, à exceção dos de córnea, rim, menisco, pele, ossos e medula, bem como as despesas com doadores incluindo procedimentos de apoio ou complementares a esses eventos;
- Inseminação artificial, e procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de apoio a esta técnica;
- Condicionamento físico, à exceção dos pacientes cardiopatas ou pulmonares crônicos;
- Exame de DNA para investigação de parentesco;
- Medicina Esportiva ou consultas, exames, internações e quaisquer produtos e procedimentos destinados a melhoria da performance de atletas;
- Implante ou transplante de Células Tronco para doenças não hematológicas;
- Atendimentos domiciliares de rotina ou eletivos, excetuando-se os previstos em programas de benefícios concedidos pela **REAL GRANDEZA**;
- Aluguel de equipamentos para uso domiciliar, excetuando-se os previstos em programas de benefícios concedidos pela **REAL GRANDEZA**;
- Enfermagem em caráter particular, excetuando-se os previstos em programas de benefícios concedidos pela **REAL GRANDEZA**;
- Coleta domiciliar de exames, a não ser com justificativa médica (somente quando estiver participando de algum programa específico);
- Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (**CFM**) e quaisquer produtos e procedimentos em especialidades não reconhecidas pelo **CFM**, tais como: ortomolecular, fitoterapia, terapia floral, iridologia, etc.;
- Órteses, próteses e materiais especiais e de sínteses – **OPME**, usados em procedimentos estéticos;
- Medicamentos de uso continuado, absorventes higiênicos, materiais de higiene e limpeza, alimentação e assemelhados, quando da alternativa de internação domiciliar, opção esta exclusivamente definida pela **REAL GRANDEZA**;

- Medicamentos não registrados na **ANVISA** (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) ou importados não nacionalizados, ou importados com similar nacional de menor valor;
- Medicamentos para tratamento domiciliar e utilizados em regime ambulatorial a exceção de anti-neoplásicos para tumores malignos, ou aqueles expressamente autorizados na política de cobertura de medicamentos ambulatoriais;
- Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas, quando declarados por autoridade competente;
- Remoções aéreas, exceto para os beneficiários pertencentes às Classes 2 e 3;
- Procedimentos e tratamentos realizados no exterior, exceto para os beneficiários pertencentes às Classes 2 e 3;
- Necropsia, preparação de corpo, taxa de morgue, velório e afins.
- Ultrassonografia 3D/4D.

**Atenção: Despesas excepcionais** como estacionamento, aluguel de televisão em internação, bem como custos com acomodação superior a permitida, inclusive o diferencial de honorários se houver, não estão contempladas na cobertura dos planos.

### **Canais de Atendimento**

**Autorizações (24 horas)**

**0800 880 5060**

**Atendimento ao Prestador (Seg. a Sex. 08:00 as 18:00h)**

**0800 888 8778**

**Gestão de Credenciamento (Seg. a Sex. 09:00 as 16:30h)**

**21 2528 6866 / 21 2528 6987**

**E-mail: [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br)**

**Site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)**

## 5. Atendimento do Beneficiário

### 5.1 Informações Gerais

Para qualquer atendimento, o beneficiário deve sempre apresentar o Cartão de Saúde e um documento de identificação. É também sugerido ao credenciado a possibilidade de validação da elegibilidade do usuário através dos Canais de Atendimento: Autorizador Web (elegibilidade do usuário), através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br), ou ainda através da Central de Autorização (0800 880 5060).

A **REAL GRANDEZA** adota o padrão **TISS** para guias/formulários, conforme a seguir detalhado. As guias apresentam a logomarca própria da **REAL GRANDEZA**, o que permite o *download* de modelo e impressão direta pelo credenciado de quantas guias forem necessárias para o envio das cobranças de atendimentos.

A **ANS** instituiu através de Resolução Normativa, um padrão para as trocas de informações entre operadoras de planos privados e prestadores de serviços de saúde. Este padrão, denominado **TISS** – “Troca de Informações em Saúde Suplementar”, envolve padronização de forma e estrutura em formulários assistenciais e em conectividade, estando a **REAL GRANDEZA** plenamente adequada à esta regulamentação.

As guias, quando utilizadas, devem obrigatoriamente ser preenchidas com letra legível, preferencialmente de forma. O preenchimento do campo com o código da “CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS” - C.I.D.-10, é importante em todas as guias e obrigatório nas guias de internação, bem como o preenchimento do campo “indicação clínica”.

É obrigatório o preenchimento, em campos próprios na WEB dos formulários, do CRM do médico assistente, bem como o registro do carimbo deste profissional junto à sua assinatura em local próprio, após sua impressão.

As guias devem ser encaminhadas em uma única via para cobrança, cabendo ao Credenciado manter uma cópia assinada ou qualquer outra forma de comprovação do atendimento para documentação de suporte em casos de eventual extravio.

**Importante:** Uma via da guia de atendimento deve ser fornecida ao beneficiário.

A **REAL GRANDEZA** disponibiliza o envio eletrônico das faturas (XML ou *Webservice*), através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br), mas isto não elimina a obrigatoriedade do envio físico da documentação.

**Importante:** Arquivos eletrônicos transmitidos sem o envio da respectiva documentação física serão glosados na íntegra.

Ao final de cada guia física (quando do envio em papel) existem campos específicos para assinatura do beneficiário, ou responsável, bem como para assinatura do credenciado, ou médico responsável. Junto à assinatura do credenciado deve ser sempre registrado o carimbo do profissional com a respectiva inscrição no conselho de classe.

**Importante:** A assinatura deve ser solicitada somente após a realização do procedimento.

Em casos de necessidade de tratamentos domiciliares as solicitações devem ser enviadas diretamente ao Serviço Social da **REAL GRANDEZA** através do Fax: (21) 2528-6738 ou E-mail: [servicosocial@frg.com.br](mailto:servicosocial@frg.com.br).

**Serviço Social REAL GRANDEZA**  
**Autorizações de Tratamentos Domiciliares**  
**FAX: 21 2528 6738**  
**E-mail: [servicosocial@frg.com.br](mailto:servicosocial@frg.com.br)**



## 5.2 Atendimentos de Urgência ou Emergência

Conforme disposto em regulamentação própria da lei 9.656/98, Resolução CONSU nº 8, é vedada a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.

Atendendo a este preceito legal, a **REAL GRANDEZA** orienta quanto a não necessidade de obtenção e autorização prévia nestas situações, mesmo que os procedimentos que venham a ser executados sejam definidos, conforme este Manual, como sujeitos a autorização prévia.

A **REAL GRANDEZA** disponibiliza a sua Rede Credenciada a possibilidade de avaliação da elegibilidade do paciente, registro e protocolo desta ocorrência, ressaltando que:

- O credenciado tem o prazo de 24 (vinte e quatro) horas úteis, mesmo após o atendimento inicial, em atendimentos ou internações, por urgência ou emergência, para comunicar a ocorrência, obtendo então senha para os procedimentos que se fizeram necessários;
- Caso o atendimento seja de natureza cirúrgica, pode o credenciado, em 24 (vinte e quatro) horas úteis, justificar o uso de órteses, próteses ou materiais especiais implantáveis (**OPME**), descrevendo suas características e eventual instrumental, conforme detalhado mais adiante neste Manual.

As cobranças de atendimentos de urgência ou emergência só podem ser realizadas em recursos credenciados para este fim, devendo ser também faturadas via **WEB** ou através da "**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA**" ou aqui resumidamente denominada de "**GUIA SP/SADT**".

Caso, para o atendimento emergencial, seja necessário o concurso de outros prestadores credenciados, estes deverão enviar seu faturamento separado com a devida capa de lote e utilizar outros formulários ("**GUIA SP/SADT**") para as cobranças junto a **REAL GRANDEZA**.

## 5.3 Consultas Médicas e Procedimentos Dispensados de Autorização Prévia

As consultas médicas realizadas em consultórios, ambulatorios ou prontos-socorros, não necessitam de autorização prévia, e serão cobradas através das guias padrão TISS "**GUIA DE CONSULTA**" ou "**GUIA SP/SADT**", descritas mais adiante neste Manual.

**Atenção:** É obrigatório, atendendo ao novo padrão TISS, o preenchimento do campo CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) em todas as guias que contemplem cobranças de consultas médicas.

Ao final de cada guia física (quando do envio em papel) existem campos específicos para assinatura do beneficiário, ou responsável, bem como para assinatura do credenciado, ou médico responsável. Junto à assinatura do credenciado deve ser sempre registrado o carimbo do profissional com a respectiva inscrição no conselho de classe.

As consultas de retorno efetuadas por médicos credenciados em período inferior a 15 (quinze) dias, só serão eventualmente consideradas mediante justificativa descrita no campo "**OBSERVAÇÃO**" dos formulários ou em anexo às cobranças.

Ocorrendo necessidade de encaminhamento a outro profissional, ou de serviços complementares simples ou de rotina, o credenciado deverá solicitá-los em receituário próprio, entregando a solicitação ao beneficiário.

Cobranças de procedimentos com múltiplas sessões, como inalações, fonoaudioterapias, psicoterapias, fisioterapias, RPG, pilates, hidroterapia ou acupuntura, poderão ser faturados em guia única, apresentando na própria "**Guia SP/ SADT**", a informação da data de cada uma das sessões rubricadas pelo beneficiário, desde que realizadas no mesmo mês, acompanhadas de relatório médico.

Caso sejam necessários mais campos que o disposto na "**Guia SP/SADT**" original, deverão ser utilizados quantas "**Guias de Outras Despesas**" forem precisas.

**Importante:** O credenciado poderá solicitar autorizações de procedimentos simples não sujeitos a obrigatoriedade de senhas, como no caso de consultas ou exames simples. Esta solicitação só pode ser obtida, contudo, via Internet ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)).



Para a realização e cobrança de serviços complementares, além do registro da autorização prévia eventual (senha), há a necessidade de apresentação da solicitação médica original, anexada à cobrança.

**Atenção:** Os prestadores de serviços credenciados para SADT devem sempre registrar em campo próprio, nos formulários de cobrança dos serviços, o CRM do médico solicitante do procedimento em compatibilidade ao pedido que deve estar em anexo.

Caso sejam necessários mais campos que o disposto na "GUIA SP/SADT" original, deverão ser utilizados quantas "GUIAS DE OUTRAS DESPESAS" forem precisas.

#### 5.4 Autorização Prévia (Obtenção de Senha)

Alguns procedimentos são sujeitos à autorização prévia. Este processo é determinante à aceitação posterior da cobrança e conseqüente pagamento pelos serviços.

**Importante:** A solicitação prévia da senha deve ser feita, idealmente, pelo médico solicitante do procedimento mediante o acesso à ferramenta autorizadora ou junto a Central de Autorização. O credenciado deverá registrar a senha numérica obtida na requisição a ser entregue ao paciente, junto à descrição e codificação do procedimento pré-autorizado.

Eventualmente a solicitação de um procedimento ou serviço pode exigir análise médica mais detalhada, conhecida como Regulação Médica, sendo nestes casos a autorização comunicada posteriormente pela Central de Autorização, mediante o envio da senha autorizativa por *E-mail*, ou contato telefônico ativo para o credenciado.

**Importante:** Nos casos em que a senha não foi concedida imediatamente e o procedimento ficou sujeito a análise da Regulação Médica da **REAL GRANDEZA**, o credenciado poderá consultar e obter a senha preferencialmente através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br) ou ainda aguardar o envio por E-mail tão logo a senha seja emitida, após a realização da análise.

Os procedimentos que necessitam de autorização prévia (SENHA) são os seguintes:

- Internação, incluindo:
  - Prorrogação de internação.
  - Uso de **OPME**.
  - Intercorrência cirúrgica em internações clínicas.
  - *Day clinic* e internação em curta permanência (até 6 horas).
  - Remoção inter-hospitalar e de alta hospitalar.
- Diagnose:
  - Exames de laboratório em citogenética, genética bioquímica e genética molecular.
  - Colonoscopias diagnósticas ambulatoriais.
  - Histeroscopias diagnósticas ambulatoriais.
  - Mediastinoscopias.
  - Exames de Medicina Nuclear *in vivo* (cintilografias).
  - Polissonografia.
- Tratamentos Ambulatoriais:
  - Quimioterapia e radioterapia.
  - CAPD e hemodiálise ambulatorial.
  - Tratamentos com medicamentos de alto custo (retrovirais, imunobiológicos, etc.).
  - Hemoterapia ambulatorial.
  - Oxigenoterapia hiperbárica.
- Procedimentos Ambulatoriais:
  - Procedimentos dermatológicos com retalhos.

- o Cirurgias refrativas (diretriz de utilização), injeção intravítreo com lucentis e todas as cirurgias oftalmológicas com porte anestésico 4 ou mais.
  - o Colonoscopias cirúrgicas.
  - o Histeroscopias cirúrgicas.
  - o Radiologia Intervencionista.
  - o Mediastinoscopias.
- Quaisquer outros exames ou procedimentos ambulatoriais que tenham diretriz de utilização no Rol da ANS, como:
    - o Angiotomografia coronariana.
    - o Mamotomia.
    - o Bloqueio com toxina botulínica.
    - o Implante de anel intraestromal.
    - o *Pet Scan* oncológico.
    - o *Tilt test*.
    - o Tomografia de coerência óptica
    - o Marcação estereotáxica para lesão de mama.

A autorização prévia (senha) é sempre emitida com base na codificação de honorários médicos conforme disposto na TUISS da ANS e tem validade por 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua emissão. Excetuam-se, conforme, a seguir detalhado apenas as autorizações de OPME e de Quimioterapia onde a senha é concedida mediante a codificação e descrição dos materiais especiais e dos quimioterápicos, respectivamente.

Para a realização e cobrança de serviços complementares, além do registro da autorização prévia eventual (senha), há a necessidade de apresentação da solicitação médica original, anexada à cobrança.

**Importante:** Antes de solicitar a senha, tenha em mãos os dados do paciente, o pedido médico e a justificativa médica para a realização do procedimento a fim de agilizar o processo.

**Atenção:** A **REAL GRANDEZA** não utiliza os formulários “GUIA SP/SADT” para envio por fax e autorização prévia de procedimentos ambulatoriais de diagnose ou terapia, sendo a solicitação destes sempre feita através do site ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)), *Webservice* ou da Central de Autorização por ligação simples.

## 5.5 Perícias Prévias

Estão sujeitos a eventual perícia prévia pela **REAL GRANDEZA**, ou por prestador por esta contratado, através de auditoria médica os seguintes procedimentos:

- Cirurgias dermatológicas com rotação de retalhos (qualquer tipo) ou plásticas em Z ou W.
- Cirurgias plásticas reparadoras em geral, tais como dermolipectomia, cirurgia de pálpebra, mama.
- Rinosseptoplastia e orelha em abano.
- Cirurgia de varizes de membros inferiores.
- Cirurgia de obesidade mórbida.
- Cirurgia de hérnia umbilical, epigástrica, inguinal e crural em pacientes do sexo feminino.

A critério da **REAL GRANDEZA**, em alguns casos, as perícias poderão ser substituídas por laudos detalhados e documentação fotográfica.

**Atenção:** Nos casos de requisição de procedimentos que venham a necessitar de perícia, a senha de autorização ficará pendente até que o laudo médico pericial autorizando o procedimento seja encaminhado à Central de Autorização.

## 5.6 Procedimentos com necessidade de Termo de Consentimento.

É obrigatório o envio junto a solicitação da autorização (senha) Termo de Consentimento do beneficiário, ou responsável, conforme legislação específica, inicialmente nas seguintes situações, além de qualquer outra que

venha a ser definida como sujeita a Termo de Consentimento prévio:

- Cirurgia de obesidade mórbida.
- Cirurgias esterilizantes (vasectomia e laqueadura tubária).
- Implante de DIU (dispositivos intrauterinos)

## 5.7 Acupuntura

A acupuntura não necessita de autorização (senha) prévia, e só poderá ser realizada por médico credenciado com título de especialista sendo limitada a 05 (cinco) sessões mensais, ou ainda 01 por semana. No primeiro atendimento poderá ser cobrada a consulta de acupuntura.

**Importante:** O valor estipulado da sessão de acupuntura já inclui as agulhas descartáveis, independentemente da quantidade utilizada.

**Atenção:** É obrigatório, atendendo ao novo padrão TISS, o preenchimento do campo CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) em todas as guias que contemplem cobranças de consultas médicas.

## 5.8 Terapias Especiais com Tratamento Seriado.

A **REAL GRANDEZA** contempla a cobertura em fisioterapia, RPG, Pilates, hidroterapia, psicoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e consultas com nutricionista, sem necessidade de autorização (senha) prévia, desde que requisitados por médico, mesmo a nível ambulatorial, respeitando os limites previstos na legislação de planos de saúde.

Conforme a terapia existe a necessidade de envio junto à cobrança de relatório periódico, emitido por médico ou por próprio terapeuta, conforme o quadro abaixo.

| Terapias                  | LIMITES                                  | ENVIO DE RELATÓRIO JUNTO A COBRANÇA               |
|---------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FISIOTERAPIA              | CONFORME PEDIDO MÉDICO                   | MÉDICO A CADA 03 MESES                            |
| RPG                       | 01 SESSÃO SEMANAL                        | MÉDICO A CADA 03 MESES                            |
| PILATES                   | 01 SESSÃO SEMANAL                        | MÉDICO A CADA 03 MESES                            |
| HIDROTERAPIA              | 01 SESSÃO SEMANAIS                       | MÉDICO A CADA 03 MESES                            |
| PSICOTERAPIA              | 10 SESSÕES MENSAIS                       | TERAPEUTA A CADA 06 MESES                         |
| PSICOPEDAGOGIA            | 10 SESSÕES MENSAIS                       | TERAPEUTA A CADA 06 MESES                         |
| TERAPIA OCUPACIONAL       | 10 SESSÕES MENSAIS                       | TERAPEUTA A CADA 06 MESES                         |
| FONOAUDIOLOGIA            | 10 SESSÕES MENSAIS                       | TERAPEUTA A CADA 06 MESES                         |
| SESSÕES COM NUTRICIONISTA | 18 SESSÕES ANUAIS PARA DIABETES MELLITUS | ANEXAR PLANO TERAPEUTICO JUNTO A COBRANÇA INICIAL |
| SESSÕES COM NUTRICIONISTA | 12 SESSÕES ANUAIS (REstante)             | ANEXAR PLANO TERAPEUTICO JUNTO A COBRANÇA INICIAL |

Para qualquer tratamento, só é permitida no máximo uma sessão diária de fisioterapia, fonoaudiologia, RPG, Pilates, hidroterapia ou psicoterapia.

## 5.9 Quimioterapia e Radioterapia

Para a realização de quimioterapia e/ou radioterapia é necessária autorização prévia. Para obter a autorização deverá ser enviado plano terapêutico que poderá ser preenchido diretamente em ferramenta web junto ao site da própria **REAL GRANDEZA**, ou ainda, mediante o envio dos formulários (guias) padrões TISS de “Solicitação de Quimioterapia” e/ou “Solicitação de Radioterapia” (em anexo ao final do Manual), por fax, através de opção da Central de Autorização **(0800 880 5060)** ou E-mail: [oncologia@frg.com.br](mailto:oncologia@frg.com.br), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis do início do tratamento.

Os tratamentos em quimioterapia oral, recentemente incorporados à TUSS da ANS também estão sujeitos a autorização prévia nos moldes e prazos acima.

## 5.10 Remoções

A **REAL GRANDEZA** contempla o atendimento em remoções por ambulância. Os credenciados especificamente para remoção efetuarão a cobrança destes serviços através da “**Guia SP/SADT**” com capa de lote “RSPI”, informando sempre a senha da internação conforme detalhado a seguir neste Manual.

Estão contempladas as remoções programadas, inter-hospitalares, mediante autorização prévia (senha), através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br) ou ainda pela Central de Autorização **(0800 880 5060)**. A **REAL GRANDEZA** poderá excepcionalmente autorizar remoções de hospital para domicílio, como em cirurgias ortopédicas ou para pacientes encaminhados para internação domiciliar (*home care*), sempre mediante relatório médico justificativo detalhado.

## 5.11 Internações

Para a realização de internações eletivas há sempre a necessidade de solicitação de autorização prévia. As autorizações de internação, renovação e prorrogação serão concedidas através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br) ou ainda pela Central de Autorização **(0800 880 5060)**.

**Importante:** Estão sujeitas à autorização mediante a obtenção de senhas específicas os seguintes eventos vinculados à internação:

- prorrogação do período previamente liberado;
- remoção para domicílio ou para tratamentos/exames em outro prestador;
- uso de órteses, próteses ou materiais especiais – OPME (conforme a seguir detalhado);
- uso de medicações especiais e de alto custo;
- Intercorrência cirúrgica em internações clínicas.

Salientamos que não existe necessidade de senhas prévias para exames, tratamentos, diárias, medicamentos simples e materiais descartáveis (simples) requeridos no decorrer da internação.

As autorizações serão concedidas diretamente aos prestadores que as solicitarem, após análise administrativa e técnica. Junto à solicitação médica deverão ser anexados relatórios médicos ou exames pertinentes elucidativos sempre que o prestador julgar necessário para a facilitação do processo de Regulação Médica.

A informação do CID-10 é obrigatória no momento da solicitação da autorização (senha).

Nos casos de internação de urgência e emergência, a autorização de internação poderá ser solicitada em até 24 h úteis através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br) ou ainda pela Central de Autorização **(0800 880 5060)**.

As prorrogações podem ser concedidas pelo médico auditor externo contratado da **REAL GRANDEZA**, ou ainda nos hospitais que não possuam auditoria rotineira através da Central de Autorização **(0800 880 5060)** ou por E-mail: [prorrogacao@frg.com.br](mailto:prorrogacao@frg.com.br) ou por fax, através de opção da Central de Autorização **(0800 880 5060)**.

Por motivos administrativos os hospitais poderão, em internações prolongadas, concluir parcialmente a cobrança da internação.

Caso, para o faturamento de serviços e despesas hospitalares, sejam necessários mais campos que o disposto na “**Guia Resumo de Internação**” original, deverão ser utilizadas quantas “**Guia de Outras Despesas**” forem necessárias.

## 5.12 Órteses, Próteses e Materiais Especiais de Uso Cirúrgico – OPME

Para utilização de órteses, próteses e materiais especiais de implante cirúrgico (OPME), é necessária a solicitação de autorização prévia através da Central de Autorização (0800 880 5060) ou por E-mail: [autorizacao@frg.com.br](mailto:autorizacao@frg.com.br) ou por fax, através de opção da Central de Autorização (0800 880 5060). O credenciado poderá requisitar a OPME em campos próprios da “**Guia de Solicitação de Órteses, Próteses, e Materiais Especiais - OPME**”, padrão TISS.

A **REAL GRANDEZA** se reserva ao direito de compra direta de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) junto a fornecedores. Caso não seja efetuada compra direta, os referidos materiais só poderão ser utilizados mediante a prévia e formal autorização da **REAL GRANDEZA**.

**Importante:** O credenciado deve enviar relatório médico com a informação do diagnóstico, tratamentos realizados e justificativa técnica para o uso de materiais especiais - OPME. O pedido do material deverá conter a indicação de 3 (três) fornecedores, quando disponível e serem encaminhados em um prazo mínimo de 10 (dez) dias úteis antecipadamente ao evento cirúrgico eletivo.

Nas situações de emergência/urgência, não é necessária a autorização prévia, devendo a comunicação do uso do material ser feita sempre até 24h úteis subsequente ao evento através da Central de Autorização (0800 880 5060) ou por E-mail: [opme@frg.com.br](mailto:opme@frg.com.br) ou por fax, através de opção da Central de Autorização (0800 880 5060). O credenciado poderá requisitar a OPME em campos próprios da “**Guia de Solicitação de Órteses, Próteses, e Materiais Especiais - OPME**”, padrão TISS.

Nos casos de emergência/urgência, a relação de materiais e demais documentações deverão ser enviadas com a justificativa da adoção da alternativa eleita para avaliação da auditoria médica da **REAL GRANDEZA**. Nesses casos o prestador deverá encaminhar:

- Cópia do Relatório Cirúrgico ou relatório similar firmado por profissional responsável pelo ato ou relatório firmado pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem - COREN;
- Relação dos materiais (OPME) utilizados no procedimento junto com seus respectivos lacres.

A **REAL GRANDEZA** define como OPME sujeitas a prévia autorização (senha), aqueles materiais com valor individual superior a R\$ 500,00 (quinhentos reais) ou ainda todos aqueles conforme tabela a seguir.

| EXEMPLOS DE PRÓTESES, ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)          |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| USO GERAL                                                           |                                                                         |
| ▪ Bomba de analgesia / morfina de qualquer tipo                     | ▪ Clips de aneurisma, grampeadores e cargas                             |
| ▪ Lâmina de shaver e outras                                         | ▪ Telas sintéticas, de Marlex, Prolene e outras                         |
| ▪ Tesoura ultracision                                               | ▪ Trocaters e redutores                                                 |
| ▪ Cateteres de longa permanência                                    | ▪ Monitores de nervos                                                   |
| ▪ Cateteres para embolização, micromolas, micropartículas e ONIX    |                                                                         |
| CARDIOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA                                     |                                                                         |
| ▪ Anel para valvuloplastia                                          | ▪ Balão descartável,                                                    |
| ▪ Cardioversor desfibrilador implantável                            | ▪ Cateter balão para angioplastia, septoplastia e Valvuloplastia        |
| ▪ Cateter para estudo eletrofisiológico/ablação por radiofrequência | ▪ Próteses valvares cardíacas biológicas ou metálicas de todos os tipos |
| ▪ Cateter venoso atrial                                             | ▪ Conjunto para circulação assistida                                    |
| ▪ Conjunto para valvuloplastia                                      | ▪ Eletrodos endo ou epicárdicos definitivos, Stent de todos os tipos    |

|                                                                               |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ▪ Endoprótese vascular                                                        | ▪ Enxerto aórtico valvulado, arteriais e Dacron                                     |
| ▪ Gerador de desfibrilador implantável                                        | ▪ Guia e filtro para veia cava                                                      |
| ▪ Jogo de mediadores para CIA                                                 | ▪ Marca passo de todos os tipos                                                     |
| ▪ Microcateteres                                                              | ▪ Oxigenador de membrana                                                            |
| ▪ Catéter de Swan Ganz                                                        | ▪ Sistema de eletrodo multisítio                                                    |
| ▪ Bomba de auto-transfusão                                                    | ▪ Alça de Hook para cirurgia torácica                                               |
| <b>GASTROENTEROLOGIA</b>                                                      |                                                                                     |
| ▪ Banda Gástrica                                                              | ▪ Cateteres em endoscopia peroral e colonoscopia                                    |
| ▪ Endotesouras e endopínças descartáveis                                      | ▪ Fio guia biliar                                                                   |
| ▪ Kit para gastrostomia endoscópica                                           | ▪ Kit de ligadura elástica                                                          |
| ▪ Papilótomo                                                                  | ▪ Prótese de ducto biliar, stent biliar                                             |
| ▪ TIPS (anastomose porto-cava por cateter)                                    |                                                                                     |
| <b>ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA</b>                                              |                                                                                     |
| ▪ Acetábulo, liner e cabeça de fêmur                                          | ▪ Alongador,                                                                        |
| ▪ Barras de fixação                                                           | ▪ Desfibrilador implantável p/ nervo periférico (dor)                               |
| ▪ Cages de todos os tipos                                                     | ▪ Ponteiras de radiofrequência,                                                     |
| ▪ Casquilhos                                                                  | ▪ Cerâmicas fosfo cálcicas                                                          |
| ▪ Cimento ortopédico, conector                                                | ▪ Conjunto transfix,                                                                |
| ▪ Cross Link                                                                  | ▪ Disco artificial intersomático,                                                   |
| ▪ Dispositivo anti-protusão                                                   | ▪ Espaçadores de todos os tipos,                                                    |
| ▪ Fios e cabos de titâneo                                                     | ▪ Fixadores externos,                                                               |
| ▪ Kit de nucleoplastia                                                        | ▪ Fixadores dinâmicos,                                                              |
| ▪ Microplacas, microparafusos e telas de titânio para cirurgia de buco-maxilo | ▪ Kit para cimentação, Parafusos e porcas de contenção,                             |
| ▪ Grampos absorvíveis                                                         | ▪ Halo craniano simples ou associado,                                               |
| ▪ Hastes de todos os tipos                                                    | ▪ Ganchos,                                                                          |
| ▪ Osso liofilizado, Suturas de menisco                                        | ▪ Pinos e placas de todos os tipos, Âncoras de qualquer tipo, inclusive absorvíveis |
| ▪ Plug ósseo                                                                  | ▪ Arthrocare para radiculotomia,                                                    |
| ▪ Próteses articulares/tendinosas                                             | ▪ Retângulo de Harsthill, Substitutos de dura-mater,                                |
| ▪ Sistema de fixação                                                          | ▪ Transplante de osso,                                                              |
| ▪ Válvula de derivação – todas                                                | ▪ Sistemas de fechamento de calota craniana,                                        |
| <b>DEMAIS ESPECIALIDADES</b>                                                  |                                                                                     |
| ▪ Agulha de Veress                                                            | ▪ Alça para ressecção endoscópica                                                   |
| ▪ Basket ou sonda de Dórnia                                                   | ▪ Cateter duplo J                                                                   |
| ▪ Cateter para extração de cálculo                                            | ▪ Cateter para nefrostomia                                                          |
| ▪ Dilatador para cirurgia percutânea                                          | ▪ Espirais de platina descartáveis                                                  |
| ▪ Expansores de tecido                                                        | ▪ Kit catarata e lente intra-ocular                                                 |
| ▪ Kit facoemulsificação                                                       | ▪ Válvula de Ahmed                                                                  |
| ▪ Implante de Suzana                                                          | ▪ Anel de Ferrara                                                                   |
| ▪ Kit para vitrectomia                                                        | ▪ Manipulador uterino                                                               |
| ▪ Prótese de silicone ou outras                                               | ▪ Prótese ocular                                                                    |
| ▪ Prótese para implante coclear                                               | ▪ Prótese peniana                                                                   |
| ▪ Prótese de testículo                                                        | ▪ Prótese vocal pós laringectomia                                                   |
| ▪ Ressectoscópio                                                              | ▪ Sistema de cateteres para hemodiálise                                             |
| ▪ Sistema de fita com agulhas para TVT                                        | ▪ Sparc                                                                             |
| ▪ Tubo molteno                                                                |                                                                                     |

### 5.13 Medicamentos Especiais e de Alto Custo

Os medicamentos considerados “especiais” e de alto custo, para uso ambulatorial ou no transcorrer de uma internação, quando cobertos, necessitam de autorização prévia pela **REAL GRANDEZA**.

Para a autorização é necessário que o credenciado envie no momento da solicitação relatório médico com a prescrição, justificativa médica, dose diária e tempo de tratamento.

São considerados medicamentos especiais:

- Quimioterápicos e adjuvantes de tratamento oncológico (conforme rotina a seguir descrita);
- Antibióticos de alto custo (como antifúngicos injetáveis como Anfotericina B liposomal, Caspofungina, dentre outros);
- Imunoglobulinas, Antitrombina III, complexo protrombínico, Fator anti-hemofílico;
- Imunomoduladores; anticorpos monoclonais e Imunobiológicos;
- Albumina;
- Eritropoetina e similares;
- Surfactante Curosurf e similares;
- Interferons Alfa e Beta;
- Toxina Botulínica;
- TSH recombinante;
- Acido zoledrônico, teriparitide;
- Alteplase, tirofiban, levosimendan;
- Sandostatin Lar;

**Importante:** Outros medicamentos que venham a ser incorporados na prática médica e na cobertura da **REAL GRANDEZA** e/ou cujo valor do tratamento total exceda R\$ 1.000,00 (um mil Reais)

### 5.14 Home Care

Trata-se de Programa Especial, cujos credenciados contratados tem regras de operacionalização próprias e definidas em termo contratual entre firmado com a **REAL GRANDEZA**.

**Atenção:** Como definido em legislação regulamentadora, especificamente no tocante ao Rol de Coberturas Assistenciais Obrigatórias, a **internação domiciliar** representa alternativa assistencial à internação hospitalar, que, quando oferecida, mediante critérios exclusivos da **REAL GRANDEZA**, seguirá as mesmas regras legais e de cobertura do atendimento em ambiente hospitalar.

As solicitações de tratamentos domiciliares devem ser enviadas diretamente ao Serviço Social da **REAL GRANDEZA** através do Fax: (21) 2528-6738 ou E-mail: [servicosocial@frg.com.br](mailto:servicosocial@frg.com.br).

**Importante:** As solicitações de tratamentos domiciliares não são solicitadas através da Central de Autorização, mas sim através do Serviço Social da **REAL GRANDEZA**.

**Serviço Social REAL GRANDEZA**

**Autorizações de Tratamentos Domiciliares**

**FAX: 21 2528 6738**

**E-mail: [servicosocial@frg.com.br](mailto:servicosocial@frg.com.br)**



## 6. Cronogramas de Faturamento e Pagamento

### 6.1 Cobrança

A **REAL GRANDEZA** disponibiliza o envio de contas assistenciais via Internet, através do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br). O envio deverá ser realizado preferencialmente pela ferramenta eletrônica o que não elimina o envio físico da documentação.

A cobrança pelos serviços prestados se processa através do encaminhamento por **SEDEX** à **REAL GRANDEZA**, dos formulários ("**GUIAS**") e documentações a seguir descritas.

#### ▪ *Documentação de envio de faturamento no caso de Pessoas Físicas:*

- Uma via de formulário "**RSAP**" (atendimentos ambulatoriais) ou do formulário "**RSPI**" (atendimentos em internação), preenchido, assinado e carimbado pelo credenciado, conforme a seguir descritas e exemplificadas.
- Uma via das guias TISS correspondentes aos serviços prestados no período.
- Declaração obrigatoriamente anual, informando se já está havendo retenção de **INSS**, por outra fonte pagadora, indicando o valor ou o recolhimento pelo teto máximo e o **CNPJ** da instituição que está efetuando o recolhimento, conforme modelo em anexo ao final deste Manual, disponível também para *download*, através do site da **REAL GRANDEZA**: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br) e impressão direta pelo credenciado.
- Documentação complementar cabível (relatório médico, detalhamento de materiais e/ou medicamentos, resultados de anátomo-patológicos e culturas, perícias etc.).

**Atenção:** O Credenciado Pessoa Física não necessita enviar o RPA junto ao faturamento. Este recibo fiscal será gerado automaticamente pela própria **REAL GRANDEZA** junto ao extrato de pagamento e disponibilizado na ferramenta Internet no site da **REAL GRANDEZA**.

**Importante:** A **REAL GRANDEZA** não realiza descontos parciais de INSS, somente integrais. A Declaração de Contribuição Previdenciária – INSS é anual e deve ser encaminhada à **REAL GRANDEZA** antes do 1º (primeiro) pagamento de cada ano fiscal. Portanto fique atento ao calendário.

O envio da Declaração de Contribuição Previdenciária, conforme modelo item 7 deste Manual, disponível também para *download* e impressão direta no site da **REAL GRANDEZA** ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)), poderá ser feito através de E-mail [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br) e também via Correios para sede da **REAL GRANDEZA**:

#### **Gestão de Credenciamento da REAL GRANDEZA**

**Endereço:** Rua Mena Barreto, 143, 8º andar, Botafogo, Rio de Janeiro – RJ

**CEP:** 22271-100

**Telefone:** 21 2528 6987 / 21 2528 6866

**E-mail:** [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br)

Indicar no assunto do e-mail (DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - INSS) ou no envelope o código do credenciado (CPF).

O envio da declaração é de responsabilidade do credenciado, isentando a **REAL GRANDEZA** quanto a descontos integrais, em caso de atrasos ou de não envio da Declaração de Contribuição Previdenciária por parte do credenciado, o recolhimento será efetuado.

- ✓ A emissão de **RPA** é automática no site da **REAL GRANDEZA**.
- ✓ Após o pagamento da fatura, será publicado no site da **REAL GRANDEZA**, o valor correspondente.
- ✓ O credenciado, ao acessar o site, por meio de senha e login confidenciais, abrirá um documento (com o layout do **RPA**) que conterá: nome completo, número de sua inscrição no Cadastro de Contribuinte do INSS ou PIS/PASEP, endereço completo, descrição do serviço prestado, **CPF** e o valor do serviço.

▪ **Documentação de envio de faturamento no caso de Pessoas Jurídicas:**

- Uma via de formulário “**RSAP**” (atendimentos ambulatoriais) ou do formulário “**RSPI**” (atendimentos em internação), preenchido, assinado e carimbado pelo credenciado, conforme a seguir descritas e exemplificadas.
- Para cada fatura e/ou envio eletrônico deverá ser apresentada uma única Nota Fiscal com o valor correspondente.
- Número do protocolo da transmissão eletrônica.
- Guias originais correspondentes aos serviços prestados no período.
- Documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e medicamentos, cópia de Nota Fiscal para alto custo etc.).

**Importante:** A cada arquivo eletrônico transmitido deve corresponder uma capa de lote e Nota Fiscal e as guias correspondentes.

Para o cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o credenciado deverá considerar os valores base negociados e descritos na tabela contratada junto à **REAL GRANDEZA**, da data da prestação dos serviços.

Só serão aceitos para processamento e pagamento aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídos, ou atendidos, **em até 180 (cento e oitenta) dias da data do atendimento**.

Como possibilidade prevista na **TISS**, todos os procedimentos e itens de cobrança envolvendo além de honorários, diárias, aluguéis e taxas (padrão **TUSS**), os materiais e medicamentos, **devem ser discriminados individualmente na interface eletrônica (item a item, linha a linha)**, utilizando, notadamente no caso de materiais e medicamentos, as descrições da tabela **TUSS**, e quando inexistentes nesta, a codificação das tabelas comerciais **SIMPRO** e/ou **BRASÍNDICE**.

No caso de Pessoas Jurídicas as Notas Fiscais correspondentes aos serviços prestados devem ser emitidas eletronicamente ou enviadas/postadas. Para as entidades dispensadas da emissão de Nota Fiscal, deverá o prestador emitir RECIBO contendo: nome do prestador, nº de inscrição no cadastro de contribuintes, atividade sujeita ao tributo e valor do serviço.

**ENVIO PELO CORREIO (SEDEX) DE CONTAS/FATURAS**

**CAIXA POSTAL: 1037 – CEP 06326-970**

**6.2 Cronogramas Padrões de Recebimentos e Pagamentos**

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário.

Faturamentos com recebimento da documentação física (**RSAP, RSPI e guias TISS**) entre os dias 01 (um) a 05 (cinco) de cada mês, tanto de Pessoas Físicas quanto de Pessoas Jurídicas, terão seu crédito no último dia útil do mesmo mês. Faturamentos com recebimento físico entre os dias 06 (seis) a 10 (dez), apenas no caso de Pessoas Jurídicas, terão seu crédito no dia 12 do mês subsequente.

**Importante:** Como o cronograma respeita a data de recebimento da fatura na **REAL GRANDEZA** e não a data da postagem, antecipe-se para evitar atrasos no pagamento.

**ENVIO PELO CORREIO (SEDEX) DE CONTAS/FATURAS**

**CAIXA POSTAL: 1037 – CEP 06326-970**

### 6.3 Recurso de Glosa

A **REAL GRANDEZA** disponibiliza através da **WEB** ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)) a todos os credenciados, independentemente do envio ou não de contas eletronicamente pela Internet, a informação detalhada das glosas efetuadas. Os extratos exibem os dados detalhados das glosas das contas enviadas, permitindo a informação para eventual recurso de glosa.

Os recursos de glosa só serão aceitos se efetuados em até **60 (sessenta) dias** após a publicação do extrato de pagamentos e glosas, sempre através de ferramenta própria na WEB.

A REAL GRANDEZA responderá ao credenciado em **até 60 (sessenta) dias** após o recebimento do recurso.

**ENVIO PELO CORREIO (SEDEX) DO RECURSO DE GLOSA**  
**CAIXA POSTAL: 1344 – CEP 20251-440**

## 7. Formulários

Todos os formulários são passíveis de *download* e impressão direta pelo próprio prestador credenciado a partir do site: [www.frg.com.br](http://www.frg.com.br), da **REAL GRANDEZA** para envio de faturas pelo correio.

**Atenção:** Todos os formulários utilizados em auditoria de qualidade e pedido de exames para registro do atendimento e cobrança são disponibilizados para uso diferenciado se paciente **REAL GRANDEZA**.

**Importante:** As guias em papel, já adequadas ao padrão TISS, de solicitação de autorização ou de cobrança, guardam semelhança aos respectivos formulários eletrônicos, enquanto conteúdo e obrigatoriedade de preenchimento de seus campos.

### 7.1 Guia de Consulta

Utilização única e exclusiva para consultas eletivas realizadas em consultórios médicos ou de outras especialidades paramédicas.

É imprescindível o carimbo do médico executante com a respectiva assinatura e data do atendimento.

**Atenção:** É obrigatório, atendendo ao novo padrão TISS, o preenchimento do campo CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) em todas as guias que contemplem cobranças de consultas médicas.

**Importante:** O código de identificação cadastral **será sempre** o **CPF** (se Pessoa Física) ou **CNPJ** (se Pessoa Jurídica) junto a **REAL GRANDEZA** a ser utilizado nas ferramentas de conectividade e no preenchimento, eletrônico ou manual (papel), das guias de cobrança.

**Importante:** Esta guia é exclusiva para cobrança de consultas médicas, não sendo aceitas para envio de Odontologia e outros profissionais de saúde. A informação do registro no CRM é obrigatória.

|                                                             |  |                                               |  |
|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 1- Registro ANS                                             |  | 3- Número da Guia Atribuído pela Operadora    |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                |  |                                               |  |
| 4- Número da Carteira                                       |  | 5- Validade da Carteira                       |  |
| 7- Nome                                                     |  | 6- Atendimento a RN ( Sim ou Não )            |  |
|                                                             |  | 8- Cartão Nacional de Saúde                   |  |
| <b>Dados do Contratado</b>                                  |  |                                               |  |
| 9- Código na Operadora                                      |  | 10- Nome do Contratado                        |  |
|                                                             |  | 11- Código CNES                               |  |
| 12- Nome do Profissional Executante                         |  | 13- Conselho Profissional                     |  |
|                                                             |  | 14- Número no Conselho                        |  |
|                                                             |  | 15- UF                                        |  |
|                                                             |  | 16- Código CBO                                |  |
| <b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>        |  |                                               |  |
| 17- Indicação de Acidente ( acidente ou doença relacionada) |  |                                               |  |
|                                                             |  |                                               |  |
| 18- Data do Atendimento                                     |  | 19- Tipo de Consulta                          |  |
|                                                             |  |                                               |  |
| 20- Tabela                                                  |  | 21- Código do Procedimento                    |  |
|                                                             |  |                                               |  |
| 22- Valor do Procedimento                                   |  |                                               |  |
|                                                             |  |                                               |  |
| 23- Observação / Justificativa                              |  |                                               |  |
|                                                             |  |                                               |  |
| 24- Assinatura do Profissional Executante                   |  | 25- Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |
|                                                             |  |                                               |  |

## 7.2 Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

Utilizada para cobranças de diversos tipos de eventos tais como: remoção, pequenas cirurgias, terapias em geral, consultas, exames, atendimento domiciliar ou até SADT de paciente internado incluindo quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS).

A solicitação prévia da senha deve ser feita, idealmente, pelo médico solicitante do procedimento mediante o acesso à ferramenta autorizadora ou junto a Central de Autorização. O credenciado deverá registrar a senha numérica obtida na requisição a ser entregue ao paciente, junto à descrição e codificação do procedimento pré-autorizado.

O credenciado poderá solicitar autorizações de procedimentos simples não sujeitos a obrigatoriedade de senhas, como no caso de consultas ou exames simples. Esta solicitação só pode ser obtida, contudo, via Internet ([www.frg.com.br](http://www.frg.com.br)).

Os prestadores de serviços credenciados para SADT devem sempre registrar em campo próprio, nos formulários de cobrança dos serviços, o CRM do médico solicitante do procedimento em compatibilidade ao pedido que deve estar em anexo.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------|-----|--|-----|-----|--------|-----|--|-----|-----|--------|-----|--|-----|-----|--------|-----|--|-----|-----|--------|-----|--|-----|-----|
| 1- Registro ANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 | 3- Número da Guia Principal                |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 4- Data de Atorização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | 5- Sentença                                |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 6- Data de Validade da Sentença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 | 7- Número da Guia Atribuído pelo Operadora |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 8- Nome do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | 9- Validade da Carteira                    |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 10- Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 | 11- Cartão Nacional de Saúde               |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 12- Atendimento a RH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 13- Código da Operadora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | 14- Nome do Contratado                     |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 15- Nome do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 | 16- Conselho Profissional                  |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 17- Número do Conselho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | 18- UF                                     |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 19- Código CBO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | 20- Assinatura do Profissional Solicitante |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 21- Caracter de Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 22- Data de Solicitação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | 23- Indicação Clínica                      |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>24- Tabela</td> <td>25- Código do procedimento ou Item Assistencial</td> <td>26- Descrição</td> <td>27- Orçamento Solicitado</td> <td>28- Orç. Aut.</td> </tr> <tr> <td>1- / /</td> <td> / /</td> <td></td> <td> / /</td> <td> / /</td> </tr> <tr> <td>2- / /</td> <td> / /</td> <td></td> <td> / /</td> <td> / /</td> </tr> <tr> <td>3- / /</td> <td> / /</td> <td></td> <td> / /</td> <td> / /</td> </tr> <tr> <td>4- / /</td> <td> / /</td> <td></td> <td> / /</td> <td> / /</td> </tr> <tr> <td>5- / /</td> <td> / /</td> <td></td> <td> / /</td> <td> / /</td> </tr> </table> |                                                 |                                            |                          | 24- Tabela    | 25- Código do procedimento ou Item Assistencial | 26- Descrição | 27- Orçamento Solicitado | 28- Orç. Aut. | 1- / / | / / |  | / / | / / | 2- / / | / / |  | / / | / / | 3- / / | / / |  | / / | / / | 4- / / | / / |  | / / | / / | 5- / / | / / |  | / / | / / |
| 24- Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 25- Código do procedimento ou Item Assistencial | 26- Descrição                              | 27- Orçamento Solicitado | 28- Orç. Aut. |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 1- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | / /                                             |                                            | / /                      | / /           |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 2- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | / /                                             |                                            | / /                      | / /           |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 3- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | / /                                             |                                            | / /                      | / /           |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 4- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | / /                                             |                                            | / /                      | / /           |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 5- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | / /                                             |                                            | / /                      | / /           |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 29- Código da Operadora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 30- Nome do Contratado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 31- Código CHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 32- Tipo de Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 33- Indicação de Acidente ( acidente ou doença relacionada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 34- Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 35- Motivo de Encerramento de Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 36- Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 37- Hora Inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 38- Hora Final                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 39- Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 40- Código do procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 41- Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 42- Orç.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 43- Valor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 44- Taxa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 45- Valor Red.Medic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 46- Valor Unitário (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 47- Valor Total (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 48- Seq. Ref.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 49- Grau Part.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 50- Código da Operadora/CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 51- Nome do Profissional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 52- Conselho Profissional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 53- Número do Conselho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 54- UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 55- Código CBO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 56- Data de Realização de Procedimentos em Sala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 58- Observação / Justificativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 59- Total de Procedimentos (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 60- Total de Taxa e Aluguel (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 61- Total de Materiais (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 62- Total de OPM (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 63- Total de Medicamentos (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 64- Total de Gases Médicos (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 65- Total Geral (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 66- Assinatura do Responsável pelo Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |
| 68- Assinatura do Contratado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                            |                          |               |                                                 |               |                          |               |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |        |     |  |     |     |



### 7.3 Guia de Resumo de Internação

Deve ser utilizada para a finalização do faturamento da internação, podendo ser utilizada para os diversos tipos de atendimentos (internações clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e diferentes regimes de internação (hospitalar, hospital-dia e domiciliar).

**Importante:** Estão sujeitas à autorização mediante a obtenção de senhas específicas os seguintes eventos vinculados à internação:

- prorrogação do período previamente liberado;
- remoção para domicílio ou para tratamentos/exames em outro prestador;
- uso de órteses, próteses ou materiais especiais – OPME (conforme a seguir detalhado);
- uso de medicações especiais e de alto custo;
- Intercorrência cirúrgica em internações clínicas.

Caso, para o faturamento de serviços e despesas hospitalares, sejam necessários mais campos que o disposto na “**Guia Resumo de Internação**” original, deverão ser utilizadas quantas “**Guia de Outras Despesas**” forem necessárias.

| REAL GRANDEZA                              |  | Fundação de Previdência e Assistência Social                  |  | GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO               |  |
|--------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 1- Registro AHS                            |  | 3- Número da Guia de Solicitação de Internação                |  |                                            |  |
| 4- Data de Autuação                        |  | 5- Sentença                                                   |  | 6- Data de Validade da Sentença            |  |
| 7- Número da Guia Atribuída pelo Operadora |  |                                                               |  |                                            |  |
| 8- Número da Carteira                      |  | 9- Validade da Carteira                                       |  | 10- Nome                                   |  |
| 11- Cartão Nacional de Saúde               |  | 12- Atendimento a RH                                          |  |                                            |  |
| 13- Código da Operadora                    |  | 14- Nome do Contratado                                        |  | 15- Código CNES II                         |  |
| 16- Caracter de Atendimento                |  | 17- Tipo de Faturamento                                       |  | 18- Data do Início do Faturamento          |  |
| 19- Hora do Início do Faturamento          |  | 20- Data do Fim do Faturamento                                |  | 21- Hora do Fim do Faturamento             |  |
| 22- Tipo de Internação                     |  | 23- Regime de Internação                                      |  |                                            |  |
| 24- CID 10 Principal                       |  | 25- CID 10 (2)                                                |  | 26- CID 10 (3)                             |  |
| 27- CID 10 (4)                             |  | 28- Indicação de Atendimento (Assistir ou sempre substituído) |  | 29- Motivo de Encerramento da Internação   |  |
| 30- Número da declaração de nascido vivo   |  | 31- CID 10 Óbito                                              |  | 32- Número da declaração de Óbito          |  |
| 33- Indicador de C.O. de RH                |  |                                                               |  |                                            |  |
| 34- Data                                   |  | 35- Hora Inicial                                              |  | 36- Hora Final                             |  |
| 37- Tabela                                 |  | 38- Código do Procedimento                                    |  | 39- Descrição                              |  |
| 40- Códex                                  |  | 41- Vár                                                       |  | 42- Tec                                    |  |
| 43- Faturad / Atenc                        |  | 44- Valor Unitário - R\$                                      |  | 45- Valor Total - R\$                      |  |
| 46 - Seq. Ref                              |  | 47 - Grau Part                                                |  | 48 - Código na Operadora / OPE             |  |
| 49 - Nome do profissional                  |  | 50 - Conselho Profissional                                    |  | 51 - Número do Conselho                    |  |
| 52 - UF                                    |  | 53 - Código CMO                                               |  |                                            |  |
| 54- Total de Procedimentos (R\$)           |  | 55- Total de Diárias (R\$)                                    |  | 56- Total de Taxas e Aluguéis (R\$)        |  |
| 57- Total de Materiais (R\$)               |  | 58- Total OPME (R\$)                                          |  | 59- Total de Medicamentos (R\$)            |  |
| 60- Total de Gênes Medicinais (R\$)        |  | 61- Total Geral (R\$)                                         |  |                                            |  |
| 62 - Data da Assinatura do Contratado      |  | 63 - Assinatura do Contratado                                 |  | 64 - Assinatura do(a) Auditor(a) da Operad |  |
| 65 - Observações / Justificativas          |  |                                                               |  |                                            |  |

## 7.4 Guia de Honorários Individual

Utilizada para a apresentação do faturamento de honorários profissionais em **internação**. Devem ser utilizadas GUIAS exclusivas para cada prestador individualmente.

Os honorários de toda a equipe, auxiliares e instrumentadores, devem ser cobrados na fatura do cirurgião, exceto no caso dos anestesiistas.

| REAL GRANDEZA<br>Fundação de Previdência e Assistência Social |  | GUIA DE HONORÁRIOS<br>(Somente para pacientes internados) |  |
|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| 1- Registro ASG                                               |  | 5- Número da Guia Atribuída pelo Operadora                |  |
| 3- Número da Guia de Solicitação de Internação                |  | 4- Sentença                                               |  |
| 6- Número da Carteira                                         |  | 7- Nome                                                   |  |
| 8- Assinatura a RH                                            |  |                                                           |  |
| 9- Código na Operadora                                        |  | 10- Nome do Hospital / Local                              |  |
| 11- Código CHES                                               |  |                                                           |  |
| 12- Código na Operadora                                       |  | 13- Nome do Contratado                                    |  |
| 14- Código CHES                                               |  |                                                           |  |
| 15- Data do Início da Internação                              |  | 16- Data do Fim da Internação                             |  |
| 17- Data                                                      |  | 18- Hora Inicial                                          |  |
| 19- Hora Final                                                |  | 20- Tabeta                                                |  |
| 21- Código do Procedimento                                    |  | 22- Descrição                                             |  |
| 23- Qtd.                                                      |  | 24- Via                                                   |  |
| 25- Tac                                                       |  | 26- Fator red / Anest.                                    |  |
| 27- Valor Unitário - R\$                                      |  | 28- Valor Total - R\$                                     |  |
| 29- Seq. Ref                                                  |  | 30- Grau Part                                             |  |
| 31- Código na Operadora / CDF                                 |  | 32- Nome do profissional                                  |  |
| 33- Conselho Profissional                                     |  | 34- Número do Conselho                                    |  |
| 35- UF                                                        |  | 36- Código CBO                                            |  |
| 37- Observação / Justificativa                                |  | 38- Valor Total Honorários                                |  |
| 39- Data de Emissão                                           |  | 40- Assinatura do Profissional Consultante                |  |



## 7.5. Guia de Outras Despesas

Aplicável apenas para faturamento em papel para continuidade e complemento de folhas. Estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação) e utilizada complementarmente para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informadas na guia principal por falta de espaço.

**ATENÇÃO:** Como a **REAL GRANDEZA** não adota numeração seqüencial em suas guias, no campo relativo ao “Num. da Guia Referenciada”, campo 02, conforme abaixo, deve ser o número da autorização principal, permitindo ao sistema informatizado da **REAL GRANDEZA** o relacionamento (*link*) com a guia original (SADT ou RESUMO DE INTERNAÇÃO).

| REAL GRANDEZA<br>Fundação de Previdência e Assistência Social |  | ANEXO DE OUTRAS DESPESAS<br>(para Guia e SP/SADT e Resumo de Internação) |                |
|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1- Registro ANS                                               |  | 2- Número da Guia Referenciada                                           |                |
| 3- Código na Operadora                                        |  |                                                                          |                |
| 4- Nome do Contratado                                         |  |                                                                          | 5- Código CHES |
| 6- CD                                                         |  |                                                                          |                |
| 7- Data                                                       |  |                                                                          |                |
| 8- Hora Inicial                                               |  |                                                                          |                |
| 9- Hora Final                                                 |  |                                                                          |                |
| 10- Tabela                                                    |  |                                                                          |                |
| 11- Código de Item T                                          |  |                                                                          |                |
| 12- Qtd.                                                      |  |                                                                          |                |
| 13- Unidade de Medida                                         |  |                                                                          |                |
| 14- Fator Red. Acresc.                                        |  |                                                                          |                |
| 15- Valor Unitário - R\$                                      |  |                                                                          |                |
| 16- Valor Total - R\$                                         |  |                                                                          |                |
| 17- Registro AM/ISA do Material                               |  |                                                                          |                |
| 18- Referência do Material no Fabricante                      |  |                                                                          |                |
| 19- N° Autorização de Funcionamento                           |  |                                                                          |                |
| 20- Descrição                                                 |  |                                                                          |                |
| 21- Total de Gases Medicinais (R\$)                           |  |                                                                          |                |
| 22- Total de Medicamentos (R\$)                               |  |                                                                          |                |
| 23- Total de Materiais (R\$)                                  |  |                                                                          |                |
| 24- Total de OPMs (R\$)                                       |  |                                                                          |                |
| 25- Total Taxas e Aluguéis (R\$)                              |  |                                                                          |                |
| 26- Total de Diárias (R\$)                                    |  |                                                                          |                |
| 27- Total Geral (R\$)                                         |  |                                                                          |                |

## 7.6 Guia de solicitação de internação

Essa guia pode ser utilizada para solicitação de internação de paciente atendido em consulta médica (eletiva ou não), bem como em remoções ou mesmo em atendimento domiciliar.

| REAL GRANDEZA                                     |  | FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL   |  | GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO |                   |
|---------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. Registro AIB                                   |  | 2. Número da Guia de Solicitação de Internação |  | 3. Data de Autossolicitação                                                      |                   |
| 4. Nome                                           |  | 5. Número da Guia Solicitada pelo Operante     |  |                                                                                  |                   |
| 6. Nome do Beneficiário                           |  | 7. Nome do Corresponsável                      |  |                                                                                  |                   |
| 8. Nome do Corresponsável Substituto              |  | 9. Nome do Corresponsável                      |  |                                                                                  |                   |
| 10. Código do Operante                            |  | 11. Nome do Profissional Solicitante           |  |                                                                                  |                   |
| 12. Especialidade Profissional                    |  | 13. Número da Consulta                         |  | 14. UF                                                                           | 15. Código de CID |
| 16. Data, Dia, Estado, Município, Submunicípio    |  | 17. Tipo de Autossolicitação Substituta        |  |                                                                                  |                   |
| 18. Indicação Clínica                             |  |                                                |  |                                                                                  |                   |
| 19. Observações                                   |  |                                                |  |                                                                                  |                   |
| 20. Assinatura do Operante                        |  |                                                |  |                                                                                  |                   |
| 21. Assinatura do Profissional Solicitante        |  |                                                |  |                                                                                  |                   |
| 22. Assinatura do Responsável de Autossolicitação |  |                                                |  |                                                                                  |                   |

## 7.7 Solicitação de Autorização de Quimioterapia

Formulário utilizado para solicitação prévia e autorização (senha) de **QUIMIOTERAPIA** com envio por fax, através de opção da Central de Autorização **(0800 880 5060)** ou E-mail: [oncologia@frg.com.br](mailto:oncologia@frg.com.br), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis ao início do tratamento.

Os tratamentos em quimioterapia oral, recentemente incorporados à TUSS da ANS também estão sujeitos a autorização prévia nos moldes e prazos acima.

| REAL GRANDEZA<br>Fundação de Previdência e Assistência Social |                                | ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA          |                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| 1- Registro ANS                                               | 2- Número da Guia Referenciada | 4- Senha                                       | 6- Data de Autorização  |
| 3- Número da Guia Arquivada pela Operadora                    |                                |                                                |                         |
| Dados do Beneficiário                                         |                                |                                                |                         |
| 7- Número da Carteira                                         |                                | 8- Nome                                        |                         |
| 9- Peso (Kg)                                                  | 10- Altura (Cm)                | 11- Superfície Corporal (m²)                   | 12- Estado              |
| 13- Sexo                                                      |                                |                                                |                         |
| Dados do Profissional Solicitante                             |                                |                                                |                         |
| 14- Nome do Profissional Solicitante                          |                                | 15- Telefone                                   | 16- E-mail              |
| Diagnóstico Oncológico                                        |                                |                                                |                         |
| 17- Data do Diagnóstico                                       | 18- CID 10 Primária            | 19- CID 10 (2)                                 | 20- CID 10 (3)          |
| 21- CID 10 (4)                                                | 22- Plano Terapêutico          |                                                |                         |
| 23- Tratamento                                                | 24- Tipo de Quimioterapia      | 25- Finalidade                                 | 26- ECOG                |
| 27- Diagnóstico Cita-Histopatológico                          |                                | 28- Informações Relevantes                     |                         |
| Medicamentos e Drogas Solicitadas                             |                                |                                                |                         |
| 29- Data Prevista para Administração                          | 30- Tabuleto                   | 31- Código do Medicamento                      | 32- Descrição           |
| 33- Dose                                                      | 34- Via Adm                    | 35- Frequência                                 |                         |
| 1-                                                            |                                |                                                |                         |
| 2-                                                            |                                |                                                |                         |
| 3-                                                            |                                |                                                |                         |
| 4-                                                            |                                |                                                |                         |
| 5-                                                            |                                |                                                |                         |
| 6-                                                            |                                |                                                |                         |
| 7-                                                            |                                |                                                |                         |
| 8-                                                            |                                |                                                |                         |
| Diagnóstico Oncológico                                        |                                |                                                |                         |
| 36- Causa                                                     |                                |                                                |                         |
| 37- Data de Realização                                        |                                |                                                |                         |
| 38- Área Instaurada                                           |                                |                                                |                         |
| 39- Data de Aplicação                                         |                                |                                                |                         |
| 40- Observações / Justificativa                               |                                |                                                |                         |
| 41- Número de Códigos Previstos                               | 42- Cód. Anual                 | 43- Intervalo entre Códigos (mês/dia)          | 44- Data de Solicitação |
| 45- Assinatura do profissional Solicitante                    |                                | 46- Assinatura da Responsável pela Autorização |                         |

## 7.8 Solicitação de Autorização de Radioterapia

Formulário utilizado para solicitação prévia e autorização (senha) de **RADIOTERAPIA** com envio por fax, através de opção da Central de Autorização **(0800 880 5060)** ou E-mail: [oncologia@frg.com.br](mailto:oncologia@frg.com.br), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis ao início do tratamento.

| <b>REAL GRANDEZA</b><br>Fundação de Previdência e Assistência Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             | ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA       |                              |                                                                                                                    |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|-----------|-------------------|------------|----------------------------|---------------|-----------|--------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|
| 1- Registro AMOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2- Número da Guia Principal | 4- Senha                                   | 5- Data de Validade da Senha | 6- Número de Guia Autorizada pela Operadora                                                                        |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 7- Nome do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             | 8- Nome                                    | 9- Idade                     | 10- Sexo                                                                                                           |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 11- Nome do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             | 12- Telefone                               | 13- E-mail                   |                                                                                                                    |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| <b>Diagnóstico Oncológico</b><br>14- Data de Validação da Senha<br>15- CID 10 Principal<br>16- CID 10 (2)<br>17- CID 10 (3)<br>18- CID 10 (4)<br>19- Diagnóstico por imagem<br>20- Estadiamento<br>21- ECOG<br>22- Resultado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                            |                              |                                                                                                                    |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 23- Diagnóstico Cita-Histopatológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             | 24- Informações Resumidas                  |                              | <b>Tratamento Anterior</b><br>25- Cirurgia<br>26- Data de Realização<br>27- Quimioterapia<br>28- Data de Aplicação |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| <b>Procedimentos Complementares</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>29- Data Prevista</th> <th>30- Tabela</th> <th>31- Código do Procedimento</th> <th>32- Descrição</th> <th>33- Causa</th> <th>29- Data Prevista</th> <th>30- Tabela</th> <th>31- Código do Procedimento</th> <th>32- Descrição</th> <th>33- Causa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>9- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12- / /</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |                             |                                            |                              |                                                                                                                    |                   | 29- Data Prevista | 30- Tabela                 | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Causa | 29- Data Prevista | 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Causa | 1- / / |  |  |  |  | 7- / / |  |  |  |  | 2- / / |  |  |  |  | 8- / / |  |  |  |  | 3- / / |  |  |  |  | 9- / / |  |  |  |  | 4- / / |  |  |  |  | 10- / / |  |  |  |  | 5- / / |  |  |  |  | 11- / / |  |  |  |  | 6- / / |  |  |  |  | 12- / / |  |  |  |  |
| 29- Data Prevista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 30- Tabela                  | 31- Código do Procedimento                 | 32- Descrição                | 33- Causa                                                                                                          | 29- Data Prevista | 30- Tabela        | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição              | 33- Causa     |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 1- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                            |                              |                                                                                                                    | 7- / /            |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 2- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                            |                              |                                                                                                                    | 8- / /            |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 3- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                            |                              |                                                                                                                    | 9- / /            |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 4- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                            |                              |                                                                                                                    | 10- / /           |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 5- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                            |                              |                                                                                                                    | 11- / /           |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 6- / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                            |                              |                                                                                                                    | 12- / /           |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 34- Número de Campos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 35- Dose por dia (em Gy)    | 36- Dose Total (em Gy)                     | 37- Número de Sessões        | 38- Data Prevista para Início da Administração                                                                     |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 39- Observação / Justificativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                                            |                              |                                                                                                                    |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |
| 40- Data de Solicitação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             | 41- Assinatura do profissional Solicitante |                              | 42- Guia de autorização da operadora                                                                               |                   |                   |                            |                            |               |           |                   |            |                            |               |           |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |

## 7.9 Solicitação de Autorização de OPME

Formulário utilizado obrigatoriamente para solicitação prévia e autorização (senha) de **OPME** com envio prévio através da Central de Autorização **(0800 880 5060)** ou por E-mail: [opme@frg.com.br](mailto:opme@frg.com.br) ou por fax, através de opção da Central de Autorização **(0800 880 5060)**.

**Importante:** O credenciado deve enviar relatório médico com a informação do diagnóstico, tratamentos realizados e justificativa técnica para o uso de materiais especiais - OPME. O pedido do material deverá conter a indicação de 3 (três) fornecedores, quando disponível e serem encaminhados em um prazo mínimo de 10 (dez) dias úteis antecipadamente ao evento cirúrgico eletivo.

| REAL GRANDEZA                       |                                          | ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME |                                     |                                                |                               |
|-------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1- Registro ANS                     | 2- Número da Guia Principal              | 3- Senha                                                               | 4- Data de Autorização              | 5- Número da Guia Atribuído pelo Operador      |                               |
| Dados do Beneficiário               |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 7- Número da Carteira               |                                          | 8- Nome                                                                |                                     |                                                |                               |
| Dados do Profissional Solicitante   |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 9- Nome do Profissional Solicitante |                                          | 10- Telefone                                                           | 11- E-mail                          |                                                |                               |
| Dados da Cirurgia                   |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 12- Justificativa Técnica           |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| OPME Solicitada                     |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 13- Tabela                          | 14- Código do Material                   | 15- Descrição                                                          | 16- opção                           | 17- Qtd. Solicitada                            | 18- Valor Unitário Solicitado |
| 21- Registro ANVISA do Material     | 20- Referência do material no fabricante |                                                                        | 23- 1ª Autorização de Funcionamento |                                                |                               |
| 01 -                                |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 02 -                                |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 03 -                                |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 04 -                                |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 05 -                                |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 06 -                                |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 24- Especificação de Material       |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 25- Observação / Justificativa      |                                          |                                                                        |                                     |                                                |                               |
| 26 - Data de Solicitação            |                                          | 27- Assinatura do Profissional Solicitante                             |                                     | 28- Assinatura do responsável pela Autorização |                               |



## 7.10 Formulário Capa de Lote

Os formulários “RSAP” (atendimentos ambulatoriais) ou formulário “RSPI” (atendimentos em internação), são utilizados para remessa e capeamento do envio de contas, que identifica o total da fatura enviada e também os sub-totais de quantidade e valores por tipos de Formulários / GUIAS.

**Importante:** O envio do faturamento sem Capa de Lote implica em devolução ao credenciado.



### Relação de Serviços Prestados em Internação - RSPI

|                                    |                                                |             |    |        |                         |
|------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|----|--------|-------------------------|
| Destinação                         | 1ª via - REAL GRANDEZA<br>2ª via - Credenciado | Nº          | 7W | 001866 | Nº protocolo eletrônico |
| Nome / razão social do credenciado |                                                | Contrato nº |    |        |                         |
|                                    |                                                | C T O G S A |    |        |                         |

Solito à REAL GRANDEZA o pagamento dos serviços prestados ao(s) seu(s) beneficiário(s), constante(s) do(s) anexo(s) a esta RSPI do acordo com as condições estabelecidas na carta compromisso acima referida.

| Relação dos documentos |                                                                                   | Quant. docum. | Valor |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Tipo                   |                                                                                   |               |       |
| 1                      | Gua de Resumo de Internação                                                       |               |       |
| 2                      | Gua de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT |               |       |
| 3                      | Gua de Outras Despesas                                                            |               |       |
| 4                      | Gua de Honorário Individual                                                       |               |       |

|                                                       |            |                 |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------|-----------------|------------------------------------|
| Documento de cobrança ( reservado à pessoa jurídica ) |            |                 | Valor Total dos serviços prestados |
| Tipo                                                  | Nº / Série | Data de emissão |                                    |
| 7                                                     |            | / /             |                                    |

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| Local e data | Assinatura e carimbo do credenciado |
|              |                                     |

|                           |     |     |  |           |            |
|---------------------------|-----|-----|--|-----------|------------|
| Reservado à REAL GRANDEZA |     |     |  | Matrícula | Assinatura |
| Recebimento da RSPI       |     |     |  |           |            |
| Dia                       | Mês | Ano |  |           |            |
| 8                         |     |     |  |           |            |

OBS: DOCUMENTOS COM RASURA NO CAMPO VALOR NÃO SERÃO ACEITOS

FRG 112 - Rev1



### Relação de Serviços Ambulatoriais Prestados - RSAP

|                                    |                                                |             |    |        |                         |
|------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|----|--------|-------------------------|
| Destinação                         | 1ª via - REAL GRANDEZA<br>2ª via - Credenciado | Nº          | 6W | 004895 | Nº protocolo eletrônico |
| Nome / razão social do credenciado |                                                | Contrato nº |    |        |                         |
|                                    |                                                | C T O G S A |    |        |                         |

Solito à REAL GRANDEZA o pagamento dos serviços prestados ao(s) seu(s) beneficiário(s), constante(s) do(s) anexo(s) a esta RSAP do acordo com as condições estabelecidas na carta compromisso acima referida.

| Relação dos documentos |                                                                                   | Quant. docum. | Valor |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Tipo                   |                                                                                   |               |       |
| 1                      | Gua de Consulta                                                                   |               |       |
| 2                      | Gua de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT |               |       |
| 3                      | Gua de Outras Despesas                                                            |               |       |
| 4                      | Gua de Tratamento Odontológico                                                    |               |       |

|                                                       |            |                 |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------|-----------------|------------------------------------|
| Documento de cobrança ( reservado à pessoa jurídica ) |            |                 | Valor Total dos serviços prestados |
| Tipo                                                  | Nº / Série | Data de emissão |                                    |
| 7                                                     |            | / /             |                                    |

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| Local e data | Assinatura e carimbo do credenciado |
|              |                                     |

|                           |     |     |  |           |            |
|---------------------------|-----|-----|--|-----------|------------|
| Reservado à REAL GRANDEZA |     |     |  | Matrícula | Assinatura |
| Recebimento da RSAP       |     |     |  |           |            |
| Dia                       | Mês | Ano |  |           |            |
| 8                         |     |     |  |           |            |

OBS: DOCUMENTOS COM RASURA NO CAMPO VALOR NÃO SERÃO ACEITOS

FRG 115 - Rev1



### 7.11 Modelo de Formulário de Informação sobre Retenção do INSS “ANUAL”

**Importante:** A **REAL GRANDEZA** não realiza descontos parciais de INSS, somente integrais. A Declaração de Contribuição Previdenciária – INSS é anual e deve ser encaminhada à **REAL GRANDEZA** antes do 1º (primeiro) pagamento de cada ano fiscal. Portanto fique atento ao calendário.

#### Gestão de Credenciamento da **REAL GRANDEZA**

**Endereço:** Rua Mena Barreto, 143, 8º andar, Botafogo, Rio de Janeiro – RJ

**CEP:** 22271-100

**Telefone:** 21 2528 6987 / 21 2528 6866

**E-mail:** [prestadores@frg.com.br](mailto:prestadores@frg.com.br)

#### DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que os descontos de minha Contribuição Previdenciária como segurado contribuinte individual do INSS no mês de \_\_\_\_\_ a Dezembro do ano de \_\_\_\_\_ será efetuada até o limite máximo do salário de contribuição pela Empresa: \_\_\_\_\_ (Razão Social), CNPJ: \_\_\_\_\_. Nos termos dos Artigos 64 e 67 da INSTRUÇÃO NORMATIVA MPS/SRP Nº. 971, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200X

FULANO DE TAL

CPF: XXX.XXX.XXX-XX

Inscrição de Autônomo/ PIS/PASEP: Nº: XXX.XXXXX.XX-X

**OBS: RECONHECER FIRMA E SER DATADA DO MÊS VIGENTE.**

**ENVIO PELO CORREIO (SEDEX) DE CONTAS/FATURAS**

**CAIXA POSTAL: 1037 – CEP 06326-970**