

*** MÓDULO 16: ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO****1 FINALIDADE**

Definir as regras gerais do Benefício da Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, denominado CorreiosSaúde, oferecido aos empregados da ECT e seus dependentes, bem como estabelecer os procedimentos operacionais para o atendimento aos beneficiários.

2 ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DOS CAPÍTULOS

2.1 Compete ao DESAU a elaboração dos Capítulos deste Módulo;

2.2 Compete ao Diretor de Recursos Humanos a aprovação dos Capítulos 1 e 2;

2.3 Compete ao Chefe do Departamento de Saúde a aprovação dos Capítulos 3, 4 e 5.

3 CONCEITOS E DEFINIÇÕES**3.1 Acomodação Hospitalar**

É o compartimento individual ou coletivo de uma entidade ou instituição médico-hospitalar credenciada pela ECT, onde acomoda o doente no caso de internação.

3.1.1 Acomodação Coletiva

É o compartimento de uma entidade ou instituição médico-hospitalar credenciada pela ECT, com 2 (dois) ou mais leitos para doentes, convencionalmente conhecido como Enfermaria.

3.1.2 Acomodação Individual

É o compartimento de uma entidade ou instituição médico-hospitalar credenciada pela ECT, com 1 (um) leito para doente, convencionalmente conhecido como Apartamento Simples.

3.2 Aposentado para efeito de Benefício do CorreiosSaúde

É o ex-empregado que, enquanto empregado da ECT ou do Postalís, aposentou-se pelo INSS por tempo de serviço, de contribuição e/ou por idade. Também inclui-se nessa categoria o aposentado por invalidez na ECT.

3.2.1 e 3.2.2 REVOGADOS



*

3.3 Beneficiário

3.3.1 Beneficiário Titular

É o beneficiário enquadrado em uma das condições estabelecidas no MANPES 16/2 – 2.1 e que tem direito a utilizar os benefícios do CorreiosSaúde.

3.3.2 Beneficiário Dependente

É o beneficiário reconhecido como dependente de um beneficiário titular e previamente cadastrado por este junto ao Órgão de Administração de Recursos Humanos da ECT e que atenda as condições do MANPES 26/2 – Anexo 1.

3.4 CADSAÚDE

É um sistema informatizado que permite consultar se os beneficiários possuem direito ao benefício do CorreiosSaúde.

3.5 Eletivo

É o atendimento que pode ser agendado para data posterior sem que, com isso, haja prejuízo para a saúde do paciente.

3.6 Emergência

É a caracterização, mediante declaração do médico assistente, dada ao atendimento que, se não ocorrer, implicará risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.

3.7 Empregado Ativo

Empregado que, independentemente de já estar aposentado pela Previdência ou não, encontra-se em atividade laboral na ECT ou no Postalís.

3.8 Glosa

É o cancelamento ou recusa, parcial ou total, de um procedimento ou de um valor constante de um documento de cobrança apresentado por profissional e/ou entidade credenciada, quando considerado indevido.

3.9 Home Care

Constitui-se num atendimento alternativo para pacientes clinicamente estáveis que apresentem doenças em diversos estágios, mas que possam receber em domicílio os cuidados necessários à continuidade do tratamento hospitalar.

3.9.1 Este tipo de atendimento médico considera a possibilidade de o paciente receber tratamento em seu domicílio, com as mesmas características que se recebesse no hospital.



*	<p>3.10 Homologação de Licença Médica e Odontológica</p> <p>É o ato em que o profissional médico ou odontológico da ECT, devidamente habilitado na sua especialidade, valida a licença médica concedida pelo médico assistente do beneficiário do CorreiosSaúde, com fundamento no Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999 e nas normas internas da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.</p> <p>3.11 Margem Consignável</p> <p>É o valor máximo de desconto mensal, incidente sobre o salário base do empregado, em caso de utilização de um serviço oferecido pelo Benefício do CorreiosSaúde.</p> <p>3.12 Médico Assistente</p> <p>É o profissional médico responsável pela assistência e acompanhamento do doente na situação em análise, podendo ser do Ambulatório Interno, da Rede Credenciada, do Sistema de Livre Escolha ou do Sistema Único de Saúde – SUS.</p> <p>3.13 Órtese</p> <p>Acessório que melhora, auxilia ou mantém determinada função sem substituí-la.</p> <p>Exemplo: marcapasso, <i>stent</i>.</p> <p>3.14 PCMSO</p> <p>É o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, o qual regulamenta a realização dos exames admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função ou cargo e demissional.</p> <p>3.15 Processo de Desmame</p> <p>Consiste na retirada gradual da infra-estrutura e dos cuidados oferecidos pela equipe da credenciada, transferindo ao cuidador (membro da família do paciente) a tarefa de cuidar do paciente que continua no programa <i>Home Care</i>.</p> <p>3.16 Prontuário Médico</p> <p>É um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.</p> <p>3.17 Prótese</p> <p>Material cirúrgico que substitui uma função do corpo.</p> <p>Exemplo: prótese de quadril, lente intra-ocular.</p>
---	--



*

3.18 Rede Credenciada

É o conjunto de profissionais e entidades médicas, odontológicas e hospitalares credenciadas para atenderem aos beneficiários do CorreiosSaúde, mediante a apresentação da documentação exigida no Edital de Credenciamento.

3.19 Remoção

É o ato de transportar o paciente em veículo especial, equipado de acordo com suas necessidades.

3.20 Síntese

Material usado para aproximar tecidos ósseos.

Exemplo: Placas, parafusos, grampos, clips

3.21 Sistema de Co-participação

É o mecanismo aplicado pela ECT como fator moderador, por meio do qual o beneficiário titular co-participa das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas com a rede credenciada, ou a ela vinculadas, bem como outras despesas inerentes ao tratamento para a manutenção de sua saúde e/ou de seus dependentes.

3.22 Sistema de Livre Escolha

É o sistema de atendimento em que o beneficiário escolhe uma entidade ou um profissional médico/odontológico não pertencente aos Ambulatórios Internos e nem tampouco à Rede Credenciada, no qual ele efetua o pagamento das despesas diretamente ao profissional ou entidade, sendo ressarcido posteriormente de acordo com as Tabelas praticadas pela ECT, mediante a apresentação de Recibo (se o prestador do serviço for pessoa física) ou Nota Fiscal (se o prestador do serviço for pessoa jurídica).

3.23 Termo de Opção de Internação

É o documento assinado pelo empregado com vistas a autorizar a ECT a realizar os descontos referentes ao compartilhamento de internação em acomodação individual (apartamento simples).

3.24 Termo de Compromisso/Responsabilidade

É o documento assinado pelo empregado ou representante familiar, no ato do atendimento de emergência/urgência, no qual o beneficiário assume o compromisso de apresentar ao credenciado a guia de regularização do atendimento, dentro do prazo estabelecido, sob pena de arcar com o valor integral da despesa proveniente desse atendimento, descontado no salário do beneficiário titular (empregado).



- * **3.25 Teto Limite de Co-participação**
- É o teto máximo sobre o qual será calculado o valor de co-participação do empregado nos custos com a utilização da assistência médico-hospitalar e odontológica na rede credenciada, a ser descontado do empregado.
- 3.26 UNIDAS**
- União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, entidade na qual a empresa é filiada.
- 3.27 Urgência**
- É a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessita de assistência médica/odontológica imediata, embora não apresente risco de vida.
- 3.28 Valor de Co-participação**
- É o valor calculado sobre as despesas ou teto limite, considerando o percentual em que o beneficiário titular estiver enquadrado pela referência salarial ou pela remuneração percebida.
- 4 FORMULÁRIOS**
- 4.1** Formulários constantes da página do DESAU – Intranetec:
- a) Termo de Adesão;
 - b) Receituário;
 - c) Guia de Exame e Tratamento Odontológico – GETO;
 - d) Declaração de Empregado Demitido/Suspensão de Contrato;
 - e) Recibo de Pagamento Autônomos – RPA;
 - f) Guia/Conta de Internação Hospitalar – GCIH;
- 4.2** Formulários constantes da Lista de Formulários Eletrônicos - página da APLAN – Intranetec:
- a) Ficha de Tratamento Odontológico - FTO;
 - b) Solicitação de exames Radiológicos Odontológicos;
 - c) Autorização de Pagamento – AP.

* * * * *



* **MÓDULOS 16: ASSISTÊNCIA MÉDICA - HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA – CORREIOS SAÚDE**

CAPÍTULO 2: REGRAS GERAIS

ANEXO: 1 – Dependentes para fins de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica

1 CARACTERIZAÇÃO

1.1 A Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica da ECT, denominada CorreiosSaúde, é oferecida como benefício aos empregados ativos, aposentados e anistiados da ECT e também do Postalís, bem como aos seus dependentes que atendam as condições previstas neste Manual e na legislação em vigor.

1.2 Este benefício contempla atendimentos ambulatoriais, hospitalares, hospitalares com obstetrícia e odontológicos no território nacional por meio de Ambulatórios Internos da ECT, da Rede Credenciada e do Sistema Livre Escolha.

1.3 A Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica da ECT é um benefício de autogestão na modalidade coletivo empresarial patrocinada, sob o registro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – nº 35376-1.

2 BENEFICIÁRIOS DO CORREIOSSAÚDE

2.1 Beneficiários Titulares:

- a) Empregado com contrato/CLT por prazo indeterminado na ECT e Dirigente da ECT;
- b) Aposentado (por tempo de contribuição, de serviço e/ou por idade enquanto empregado da ECT) e Aposentado por Invalidez;
- c) Empregado da ECT cedido a outro órgão público com ou sem ônus para a ECT;
- d) Empregado cedido à ECT por outro órgão público, com ônus para a ECT;
- e) Aluno bolsista, se previsto no Edital do concurso;
- f) Anistiado nos termos da Lei 10559/2002;
- g) Estagiário;
- h) Participante do Programa “Cidadania em Ação”, desde que previsto em cláusula específica do Convênio assinado com a ECT e que o atendimento seja exclusivo nos Ambulatórios internos da ECT;
- i) Empregado com contrato/CLT por prazo indeterminado e aposentado do POSTALIS, bem como seus dirigentes, conforme termos do Convênio assinado com a ECT.



* 2.1.1 Os beneficiários citados no MANPES 16/2 – 2.1 – “e”, “g” e “h” se necessário, poderão utilizar atendimento médico e odontológico prestados pela ECT, exclusivamente nos Ambulatórios Internos da Empresa.

2.1.2 a 2.1.7.3 REVOGADOS

2.2 Empregado com contrato de trabalho em período de experiência

2.2.1 Durante o período de experiência do contrato de trabalho, os empregados e seus dependentes utilizarão exclusivamente os serviços prestados nos Ambulatórios Internos da ECT.

2.2.2 O período de experiência, para efeito de utilização da rede credenciada, não se aplica aos alunos bolsistas, contratados pela ECT, após a conclusão do curso.

2.3 Carência para Atendimento no CorreiosSaúde

2.3.1 Deverá ser cumprida carência de 180(cento e oitenta) dias para os novos beneficiários após o cadastramento no CorreiosSaúde, para a realização de cirurgias eletivas e partos a termo.

2.3.1.1 a 2.3.1.2 REVOGADOS

2.3.2 Carência de 24 (vinte e quatro) horas, após o cadastramento do beneficiário, para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

2.3.2.1 a 2.6.5 REVOGADOS

3 CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIO

3.1 Beneficiário Titular

3.1.1 **Empregado:** cadastramento automático quando da transformação do contrato de experiência para contrato/CLT por prazo indeterminado na ECT ou no Postalís.

3.1.2 a 3.1.2.1 REVOGADOS

3.2 Beneficiário Aposentado/Anistiado

3.2.1 O empregado em atividade e que venha a se aposentar poderá permanecer como beneficiário do CorreiosSaúde. Quando ocorrer o desligamento, em qualquer época, deverá assinar Termo de Adesão. O titular poderá permanecer com todos os dependentes cadastrados enquanto na ativa, respeitadas as regras gerais do CorreiosSaúde. A partir da data do desligamento não poderá ser incluído novo dependente, exceto no caso de inclusão ou alteração de cônjuge ou companheira (o).

3.2.2 Os ex-empregados aposentados, anistiados e aposentados por invalidez poderão solicitar sua inclusão, bem como de seu cônjuge ou companheiro(a) no CorreiosSaúde, desde que preencham os seguintes requisitos:



* a) a aposentadoria tenha ocorrido a partir de 01/01/1986, equiparando-se aqueles que, embora aposentados antes daquela data, tenha se desligado voluntariamente dos quadros de pessoal da ECT e, imediatamente, recontratado; desde que atenda os pré-requisitos estabelecidos no MANPES16/2 e no Acordo Coletivo de Trabalho;

b) tenha prestado, no mínimo, 10 (dez) anos de serviços, contínuos ou descontínuos a ECT, sendo que o último período não seja inferior a 5 (cinco) anos contínuos;

c) o último contrato de trabalho do empregado com a ECT, tenha sido regido pela CLT - Consolidação das Leis do Trabalho;

d) tenha sido desligado sem justa causa e que após o desligamento não tenha contribuído para o INSS;

e) para Anistiado Político – ex-empregado dos Correios que não tenha retornado aos quadros da Empresa – respectivo cônjuge ou companheiro (a), como beneficiário do CorreiosSaúde, nos termos do artigo 5º da Lei 10559 de 13 de novembro de 2002, cujo processo tenha sido julgado pela Segunda Câmara da Comissão de Anistia do Ministério da Justiça, que concedeu reparação econômica de caráter indenizatório, em prestação mensal, permanente e continuada.

3.2.2.1 O cadastramento será efetivado com o preenchimento do formulário denominado “TERMO DE ADESÃO”, com a apresentação dos documentos listados no item 3.2.3.1 desse capítulo, dos quais ficarão cópia no órgão de pessoal onde for realizado o cadastramento.

3.2.2.2 Não será admitido, em nenhuma hipótese, o cadastramento de beneficiários aposentados e anistiados com pendência de dados, pré-requisitos ou documentos.

3.2.2.3 Todos os campos do formulário “Termo de Adesão” deverão ser preenchidos corretamente para evitar transtornos na cobrança da co-participação ou em qualquer necessidade de comunicação.

3.2.2.4 Também são considerados como parte integrante da composição da remuneração dos aposentados e/ou anistiados:

a) a Suplementação paga pelo POSTALIS;

b) o benefício pago pelo INSS ao aposentado;

c) a reparação econômica paga ao anistiado.

3.2.3 Documentos necessários ao cadastramento de aposentados/anistiados (Documentos em cópia autenticada ou cópia acompanhada do original):

3.2.3.1 Para os aposentados já desligados dos Quadros de Pessoal da ECT:

a) carta de Concessão de Aposentadoria expedida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social;

b) carteira de Identidade;



- * c) cadastro de Pessoa Física – CPF;
- d) carteira de Trabalho e Previdência Social ou outro documento oficial que comprove o vínculo com a ECT;
- e) certidão de Casamento (quando desejar incluir cônjuge) ou documentos previstos no MANPES 16/2-Anexo 1 para a inclusão de companheiro (a);
- f) assinatura de Termo de Adesão concordando com todos os dados cadastrais e ainda concordando com os termos da assistência médica oferecida pela ECT;
- g) comprovante de rendimentos.

3.2.3.2 De ex-empregado anistiado político

3.2.3.2.1 O cadastramento terá início na Área de Saúde da Diretoria Regional de sua origem, com o preenchimento do formulário denominado “TERMO DE ADESÃO” e apresentação de cópia dos seguintes documentos:

- a) Portaria do Ministério da Justiça, declarando a anistia política, com reparação econômica de caráter indenizatório, em prestação mensal, permanente e continuada, bem como cópia da respectiva publicação feita no D.O.U;
- b) Documento comprobatório do valor do benefício e do período definido para recebimento da indenização;
- c) Documento de identidade (RG);
- d) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- e) Certidão de casamento e demais documentos previstos no MANPES, Módulo 16/2, Anexo 1 (cônjuge/companheira);
- f) Certidão militar;
- g) Título de eleitor;
- h) Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS;
- i) Comprovante (s) de recebimento (s) do beneficiário/indenização definido pelo Ministério da Justiça e de outro qualquer que o requerente possua;
- j) Formulário Termo de Adesão, devidamente preenchido;
- k) Comprovante de residência (conta de luz, água, telefone, etc.);

3.2.4 Não poderá ser feito nenhum cadastramento manual no sistema SASMED, para efeito de atendimento imediato ao anistiado. O anistiado somente poderá utilizar a rede credenciada após confirmação da inclusão do seu nome no sistema informatizado denominado POPULIS pelo Departamento de Administração de Recursos Humanos.



* **3.2.4.1** Após a formação do processo de cadastramento no âmbito Regional, nos termos desse Manual, a Regional responsável pelo cadastramento encaminhará ao DESAU a documentação referida no subitem 3.2.3.2.1 - letra "a" a "i", capeada pelo formulário "TERMO DE ADESÃO", por intermédio de Comunicação Interna - CI, não se admitindo, em nenhuma circunstância, o encaminhamento da documentação sobre determinado anistiado com pendência de documentos/dados.

3.2.4.2 A Regional não poderá encaminhar ao DESAU nenhum processo de cadastramento de anistiado com pendência de documento. Somente após a documentação estar completa e o Termo de Adesão devidamente preenchido, sobre cada anistiado, a DR poderá encaminhar o processo ao DESAU, para efeito de seu encaminhamento ao DAREC, após conferência, para que o cadastramento seja efetuado no POPULIS.

3.2.4.3 Qualquer alteração que venha ocorrer nos dados cadastrais do beneficiário anistiado (falecimento do titular ou do cônjuge, alteração do valor da indenização paga pelo Ministério do Planejamento etc.) deverá ser informada a Regional, com documentação comprobatória, para que esta a encaminhe ao DESAU para encaminhamento ao DAREC, com o objetivo de atualizar o cadastro do interessado.

3.3 Não poderão ser cadastrados beneficiários dependentes nas seguintes hipóteses:

a) o cadastramento e a permanência de beneficiário titular como dependente de outro beneficiário titular; sejam empregados ativos ou aposentados e/ou anistiados;

b) cônjuge/companheira (o) simultaneamente. O beneficiário titular decidirá por apenas um beneficiário dependente;

c) dependente para mais de um beneficiário titular. Dependente de mais de um beneficiário titular será cadastrado como beneficiário dependente de apenas um dos titulares, conforme opção destes;

d) novo dependente de titular aposentado/anistiado, exceto no caso de inclusão ou alteração de cônjuge ou companheira (o), desde que atendidas as condições estabelecidas no MANPES 16/2 – Anexo 1.

3.3.1 O aposentado ao desligar-se do Quadro de Pessoal da ECT e o aposentado por invalidez poderão conservar os dependentes cadastrados enquanto atenderem as regras definidas no MANPES, Módulo 16/2, Anexo 1.

3.3.1.1 REVOGADO

3.3.2 A ECT somente arcará com despesas de atendimento médico-hospitalar e odontológico para dependentes e titulares no período compreendido entre as datas de inclusão (cadastramento) e de exclusão no cadastro do CorreiosSaúde. Tal inclusão depende de requerimento do titular, e a utilização somente poderá ocorrer após a data da sua homologação. Caso ocorram despesas anteriores a inclusão do dependente no CorreiosSaúde, estas serão custeadas pelo beneficiário titular.

3.4 ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO

3.4.1 Toda vez que ocorrer alteração de dados do beneficiário, titular ou dependente, o beneficiário titular deverá informar ao Órgão de Administração de Recursos Humanos da jurisdição a que pertence, com o objetivo de manter o cadastro atualizado.

**3.4.1.1 a 3.4.1.3 REVOGADOS**

3.4.2 A omissão do beneficiário titular em relação à atualização do cadastro, poderá acarretar:

- a) defasagem no valor da co-participação;
- b) débito a ser ressarcido à ECT;
- c) suspensão da assistência médica/odontológica;
- d) responsabilidade administrativa, se empregado ativo, ou
- e) responsabilidade civil, se aposentado/anistiado, e
- f) ressarcimento integral da despesa referente ao uso indevido do CorreiosSaúde.

3.4.3 No caso de dependente que deixará de atender as condições previstas para recebimento da Assistência Médica e Odontológica, o titular deverá informar à Empresa, no mínimo, 30 (trinta) dias antes da data prevista para sua exclusão.

3.4.3.1 A informação deverá ser entregue pelo próprio titular, ao Órgão de Administração de Recursos Humanos da jurisdição a que pertence ou à sua Chefia imediata, para o consequente encaminhamento àquele órgão.

3.4.4 Por iniciativa da Empresa – O Órgão de Administração de Recursos Humanos exercerá permanente controle no cadastro de beneficiários de forma a proceder à exclusão daqueles que não atendam os pré-requisitos estabelecidos no MANPES 16/2 – Anexo 1.

3.4.5 A família/dependente do titular empregado ativo/aposentado/anistiado terá a obrigação de comunicar à Regional o seu falecimento e enviar uma cópia da certidão de óbito. A utilização indevida do benefício acarretará a adoção de medidas legais.

3.4.6 Ao aposentado, ao anistiado e ao respectivo dependente, haverá atualização cadastral anual, de acordo com a data de nascimento do beneficiário titular, conforme a tabela a seguir:

Mês de Nascimento	Mês de Recadastramento
Janeiro e Fevereiro	Dezembro
Março e Abril	Janeiro
Mai e Junho	Fevereiro
Julho e Agosto	Março
Setembro e Outubro	Abril
Novembro e Dezembro	Mai

3.4.7 Procedimentos a serem adotados no âmbito das Regionais.

3.4.7.1 A atualização dos dados deverá ser descentralizada, devendo ser utilizados os Ambulatórios da ECT, pontos de emissão de guias e seção de Cadastro da Área de Administração de Recursos Humanos. Além desses, a Diretoria Regional indicará outras unidades para facilitar o comparecimento dos beneficiários, principalmente para aqueles que residem em localidades situadas no interior.



* **3.4.7.2.** O formulário para a atualização dos dados encontra-se disponível na intranet, página do DESAU, no menu “CorreiosSaúde/Atualização Cadastral”.

3.4.7.3 Os beneficiários e seus dependentes deverão comparecer, pessoalmente, em um dos locais indicados para realizar a sua atualização cadastral na Diretoria Regional do Estado onde residem.

3.4.7.4 Se houver impedimento do comparecimento do beneficiário titular ou dependente no local de atualização cadastral, por motivo de estar hospitalizado, acamado ou com impossibilidade de comprovada locomoção, a Diretoria Regional, adotando o procedimento que melhor convier, deverá enviar um representante para efetuar a homologação do recadastramento no hospital ou no domicílio do beneficiário ou quando for o caso o beneficiário titular deverá apresentar relatório médico atual confirmando a impossibilidade de locomoção do paciente.

3.4.7.4.1 Atualização Cadastral por Procuração, em caráter de excepcionalidade:

a) admite-se, em caráter de excepcionalidade, por ocasião da atualização cadastral do cônjuge (esposo ou esposa) no CorreiosSaúde, a utilização de procuração, desde que sua data esteja dentro do período estipulado para cadastramento de acordo com o mês do seu nascimento, e o cônjuge que vai ser representado resida em outra cidade fora da jurisdição da DR onde a atualização cadastral será feita pelo cônjuge procurador;

b) ocorrendo a situação referida na letra “a”, anterior, o cônjuge só poderá efetuar o recadastramento se estiver munido de todos os documentos, não se admitindo, em nenhuma hipótese, pendência de documento. O Órgão de Pessoal da DR recadastrante encaminhará a documentação sobre o cônjuge recadastrado por procuração para o Órgão de Pessoal da Regional onde resida o (a) beneficiário (a) cadastrado (a) por procuração;

c) não será admitido, em nenhuma hipótese, o cadastramento de filho dependente inscrito no CorreiosSaúde por procuração, ainda que residente em outra localidade. Neste caso, o cadastramento deverá ser feito nos locais definidos pela Regional onde reside.

3.5 Beneficiários Dependentes

São todos os dependentes dos beneficiários titulares citados nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “f” e “i” do subitem 2.1 deste Capítulo, previamente cadastrados por estes, e que atendam às condições do MANPES 16/2 – Anexo 1.

3.5.1 Nas internações obstétricas com cobertura pela Empresa, é assegurada durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, assistência médico-hospitalar ao recém-nascido, filho natural de dependente previamente cadastrado no CorreiosSaúde ou adotivo de titular, mediante apresentação da documentação que comprove a adoção.

3.5.1.1 Caberá à ECT providenciar, em tempo hábil, a transferência do recém-nascido que perdeu o direito à cobertura - 30 (trinta) dias após o parto -, com ônus para a ECT, para uma unidade do SUS que disponha dos serviços necessários à continuidade do atendimento, mesmo em outra localidade.



3.6 Cadastramento de Dependentes

3.6.1 O cadastramento de beneficiários dependentes será efetuado por solicitação do beneficiário titular, mediante a apresentação da documentação mencionada no MANPES 16/2 – Anexo 1.

3.6.1.1 O empregado que se encontrar em pleno exercício de sua atividade laboral e for repentinamente aposentado por invalidez, sem que o mesmo tenha entrado costumeiramente em licença pelo INSS, caracterizada como aposentadoria por invalidez, fica assegurada a utilização da Assistência Médica conforme as regras estabelecidas para todos os beneficiários já cadastrados no CorreiosSaúde, no momento de sua aposentadoria por invalidez, enquanto atenderem os critérios estabelecidos pelo MANPES, Módulo 16, Capítulo 2, Anexo 1.

3.7 Inclusão de Beneficiário no CorreiosSaúde Via Judicial

3.7.1 A Área Médica deverá fornecer toda a legislação/orientações/documentação sobre o assunto para que a ASJUR local possa ter o embasamento necessário, com o objetivo de reverter junto à justiça local toda e qualquer iniciativa que culmine com a inclusão de beneficiário no CorreiosSaúde, em desacordo com as normas da Empresa estabelecidas sobre este assunto.

3.7.2 A regional deverá manter o DESAU permanentemente atualizado quando recorrer sobre pleito de inclusão de beneficiário no CorreiosSaúde, inclusive sobre os casos já existentes na Regional.

3.7.2.1 A Área Médica deverá acompanhar os processos de inclusão via judicial, informando ao DESAU o desfecho final sobre cada caso, após as ações da ASJUR Regional.

3.8 Toda solicitação de inclusão de beneficiário no CorreiosSaúde que esteja em desacordo com as normas Estabelecidas no MANPES, MÓDULO 16 deverá ser indeferida nessa Regional, por falta de amparo legal. Não deverá ser encaminhada ao DESAU solicitação de inclusão no CorreiosSaúde, em desacordo com o MANPES. A própria DR deve indeferir o pleito.

4 PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

4.1 A perda da condição de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

- a) em caso de suspensão ou extinção do contrato de trabalho do titular;
- b) quando deixar de atender aos requisitos estabelecidos no MANPES 16/2 - ANEXO 1, no caso de beneficiário dependente;
- c) por solicitação expressa do beneficiário titular, exceto no caso de filho(a);
- d) por falta de pagamento da co-participação, por 3 (três) meses seguidos ou 5 (cinco) meses alternados dentro do prazo de 12 (doze) meses, quando o titular for ex-empregado aposentado, aposentado por invalidez, anistiado e empregado beneficiário de Auxílio Reclusão;



* e) na ocorrência de falecimento do beneficiário titular, o dependente perderá a condição de beneficiário, transcorridos 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do óbito. Durante o período em questão, o benefício do CorreiosSaúde será oferecido aos beneficiários dependentes de forma gratuita.

4.1.1 a 4.1.5.3 REVOGADOS

4.2 Exceções

4.2.1 Suspensão de contrato de trabalho por motivo de prisão do beneficiário titular, os dependentes permanecem com direito à Assistência Médica e as despesas médicas terão a co-participação a ser descontada na suplementação do Auxílio-Reclusão pago pelo Postalís ou por meio de cobrança bancária.

4.2.2 Outras exceções previstas no Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

5 IDENTIFICAÇÃO

O beneficiário, quando da utilização do serviço médico-hospitalar e odontológico - Rede Credenciada e/ou Ambulatórios próprios, será identificado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

Documento	Beneficiário
Carteira de Identificação Funcional (crachá); ou Carteira/Cartão do CorreiosSaúde	Titular
Carteira/Cartão do CorreiosSaúde; e Documento de Identificação Pessoal (com foto). No caso de criança sem documento com foto, apresentar Certidão de Nascimento.	Dependente

5.1 a 5.5 REVOGADOS

6 CONTROLE DE DESLIGAMENTO DE BENEFICIÁRIO DO CORREIOSSAÚDE

6.1 A Área de Cadastro da Empresa deverá controlar o desligamento da Assistência Médica dos dependentes de beneficiário titular falecido, decorridos 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do óbito.

6.1.1 e 6.1.2 REVOGADOS

6.2 Promover o desligamento de beneficiários dependente ao completar 21 anos de idade, ou 24 anos, se estiver efetivamente freqüentando curso de nível superior.

6.2.1 e 6.2.2 REVOGADOS

6.3 Os empregados demitidos e aqueles que estão com o contrato de trabalho suspenso a pedido, conforme MANPES 16/2 - subitem 13 deverão preencher, assinar e entregar ao Órgão de Pessoal, AC/DR, o formulário denominado "Declaração de Empregado Demitido/Suspensão de Contrato", declarando ter conhecimento de que não poderá utilizar o



* Serviço Médico da ECT, oportunidade em que deverá devolver todas as carteiras médicas que estão sob sua responsabilidade, inclusive a de seus dependentes inscritos no CorreiosSaúde.

6.3.1 a 6.3.3 REVOGADOS

6.4 A Área de Administração de Recursos Humanos informará de imediato ao Serviço Médico sobre empregados desligados do Quadro de Pessoal da ECT, por meio de CI padrão.

6.5 Recebido o nome do empregado demitido/desligado, a Área Médica providenciará de imediato, pesquisa e providências por intermédio da Seção de Contas Médicas, de acordo com o detalhamento, com o objetivo de detectar débito ainda não compartilhado pelo empregado demitido/desligado, que já se encontrarem em *status* de liberadas, no módulo de faturamento, dentro do sistema SASMED:

a) inclusão da data do desligamento no SASMED ou outro sistema que a Empresa venha utilizar;

b) as guias liberadas e não faturadas deverão ser calculadas manualmente, conforme Tabelas praticadas pela ECT e também as despesas totais referentes às guias faturadas e não compartilhadas, mais o valor encontrado das guias liberadas;

c) providenciar a exclusão do empregado no sistema informatizado de atendimento da área de saúde;

d) recolher os prontuários do empregado demitido e de seus dependentes, apondo o carimbo de “desligado”, encaminhando-os ao arquivo morto;

e) comunicar, no caso do ex-empregado possuir beneficiário dependente que resida em localidade fora da sua jurisdição, à área de saúde da jurisdição onde reside o beneficiário dependente.

6.5.1 Caso seja encontrado algum débito de empregado na citada situação, a Área Médica deverá providenciar informações ao Órgão de Pessoal sobre o valor da co-participação devida, para que o valor correspondente seja descontado do empregado no ato do acerto das verbas rescisórias.

6.5.1.1 As providências pertinentes às atualizações cadastrais serão orientadas pelo Órgão de Administração de Recursos Humanos.

6.6 a 6.10.3 REVOGADOS

7 SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

7.1 Serviços médicos e hospitalares a serem oferecidos pela ECT aos beneficiários do CorreiosSaúde, em todo território nacional.

7.1.1 Nos Ambulatórios Internos da ECT:

a) atendimento médico, de acordo com as especialidades disponíveis;



- * b) atendimento primário de enfermagem, quando possível.
- 7.1.2 Na Rede Credenciada pela ECT:**
- a) consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) métodos complementares de diagnóstico e tratamento, inclusive exames especializados, solicitados pelo médico assistente e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
- c) tratamento Ambulatorial;
- d) internação hospitalar em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em Centros de Terapia Intensiva e U.T.I., incluindo honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, exames complementares desde que coberto pelo CorreiosSaúde indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro;
- e) diárias hospitalares com acompanhante, com alimentação, nos casos específicos de internação de crianças, adolescentes (até 16 anos) e idosos com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos, com acomodação em enfermaria ou, nos casos excepcionais listados no MANPES 16/2 - item 10.3, em apartamento individual, mediante autorização prévia do médico da ECT;
- f) transplantes de rim, córnea e de outros órgãos, obedecidas às condições mencionadas no MANPES 16/3;
- g) *Home Care*, observadas as condições do MANPES 16/3;
- h) reeducação Postural Global e Hidroterapia, conforme o MANPES 16/3;
- i) tratamento com nutricionista, observadas as condições do MANPES 16/3;
- j) vasectomia e laqueadura tubária, observadas as condições do MANPES 16/3;
- k) cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, seqüelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e malformações congênitas, com autorização prévia de dois médicos da ECT;
- l) próteses mamárias e testiculares (indicadas para os casos de mastectomia e orquiectomia radicais), a peniana (indicada em traumatismos ou doenças específicas, a critério médico), a de globo ocular e as de complementação cirúrgica (tipo lente intra-ocular para o procedimento de facectomia e prótese total de quadril para o procedimento de artroplastia correspondente).



* 7.1.3 Para o cumprimento do contido no MANPES 16/2 com relação a avaliação e autorização de qualquer tipo de procedimento também deverão ser aplicados os parâmetros estabelecidos no sistema informatizado da área de saúde, e das diretrizes técnicas e de outros mecanismos de regulação definidos pela ECT.

7.1.4 A relação de procedimentos cobertos pelo CorreiosSaúde, será distribuída pela Área de Saúde da Administração Central, a qual será responsável, também, por eventuais atualizações.

7.2 a 7.4 REVOGADOS

8 TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA

A solicitação de remoção deve vir acompanhada de relatório médico justificando a necessidade, tipo de ambulância, devendo ser analisado pelo médico da ECT para possível autorização.

8.1 Situações em que a remoção terá Cobertura Financeira da ECT:

a) quando se tratar de paciente internado em hospital ou clínica que não disponha de recursos materiais e/ou humanos necessários para o tratamento adequado do paciente, e este tenha que ser transferido para outra entidade hospitalar;

b) quando se tratar de paciente internado, que necessite de exame/tratamento sem condições de ser feito na entidade em que se encontra, obrigando-o a ser transportado para outra entidade a fim de realizá-lo e, em seguida, retornar à entidade de origem;

c) quando se tratar de paciente a ser transferido de uma localidade para outra, unicamente nos casos descritos no MANPES 16/2, ratificada a necessidade de transferência por médico da ECT, que indicará o meio de transporte especial, por via aérea ou terrestre, ainda que na jurisdição da própria Regional;

d) remoção ou transporte previsto em Acordo Coletivo de Trabalho, para o hospital/clínica mais próximo do local de trabalho.

8.1.1 A realização dos procedimentos previstos no MANPES 16/2 – 8.1., alíneas “a”, “b”, “c” dependerá de autorização prévia de 2 (dois) médicos do Serviço Médico da Regional.

8.1.2 A Diretoria Regional realizará, conforme normas que regulamentam o assunto, credenciamento de empresa(s) especializada(s) em remoção, de forma a poder acioná-la sempre que necessário.

8.1.3 A Regional informará a(s) empresa(s) credenciada(s) o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) da ECT autorizada(s) a solicitar UTI móvel (considerando a natureza da eventual necessidade do momento).

8.2 a 8.2.15.2 REVOGADOS



* 9 SERVIÇOS EXCLUÍDOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

São excluídos da cobertura da assistência médico-hospitalar:

- a) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim e/ou cirurgia plástica;
- b) tratamento fonoaudiológico, exceto nas situações citadas no MANPES 16/3 ;
- c) exames e tratamentos relativos à medicina ortomolecular;
- d) mamoplastia redutora estética;
- e) cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
- f) procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização "in vitro", e/ou reprodução assistida, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;
- g) recanalização tubária e tratamento para infertilidade/esterilidade;
- h) exame de paternidade;
- i) controle de natalidade contrário à ética médica;
- j) tratamento de apoio psicológico, exceto nos casos de pacientes portadores de doenças de evolução crônica, ou seja: AIDS, neoplasias, cirurgias mutiladoras, seqüelas de acidente vascular cerebral, artrite reumatóide, distrofia muscular progressiva, retocolite ulcerativa crônica, vitiligo, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, alcoolismo e outras dependências químicas, Diabetes Juvenil, Doença de Crohn, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, retinose pigmentar, doença do colágeno, hepatite B e C, esclerose múltipla, pacientes transplantados e doenças renais crônicas. Também terão à cobertura de tratamento psicológico os inscritos no benefício Auxílio para Filhos Dependentes de Cuidados Especiais, pacientes com autorização para realização de cirurgia para os casos de obesidade mórbida e os titulares que, no exercício de suas atividades, forem vítimas de assalto;
- k) consulta ou atendimento domiciliar, exceto no caso de HOME CARE autorizado pelo médico da ECT;
- l) aparelhos ortopédicos e órteses em geral (ex.:aparelho para surdez, óculos, lentes de contato e outros), salvo situações constantes no Acordo Coletivo de Trabalho Vigente;
- m) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- n) fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não) prescritos para tratamento domiciliar exceto aqueles utilizados nos hospitais/clínicas credenciados durante atendimentos de pronto-socorro, internações, home care e aqueles constantes de Programa implementado pela ECT;
- o) fornecimento de vacinas de qualquer natureza, exceto nas campanhas desenvolvidas nos ambulatórios da ECT;



- * p) tratamentos em estâncias hidrominerais, spa, clínicas de repouso, Hospital de retaguarda ou de apoio, casas de convivência/terapêutica;
- q) internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;
- r) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, ou ainda cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica segundo o CFM (Conselho Federal de Medicina);
- s) quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação médica;
- t) tratamentos clínicos e cirúrgicos para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento;
- u) diárias hospitalares e despesas com acompanhante, exceto nos casos constantes no MANPES 16/2 –10.3;
- v) exames e procedimentos não previstos nas tabelas utilizadas pela ECT, exceto os casos excepcionais previamente analisados e autorizados pelo Departamento de Saúde;
- w) exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
- x) dermolipectomia ou qualquer outra cirurgia para tratamento estético;
- y) cirurgias reparadoras conseqüentes do uso de antiretrovirais;
- z) enfermagem em caráter particular, em residência ou não, mesmo que o caso exija cuidados especiais, mesmo em caráter de emergência;
- aa) internação hospitalar para fins de repouso, de reabilitação em geral ou de assistência em caráter social (asilo, internato e outros), e estada em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- bb) exames, consultas e tratamentos com vistas à realização de periódicos/mudança de função ou cargo/demissional relativos às necessidades de outras empresas, salvo para titulares da ECT cedidos e que o custo de sua realização possa ser repassado ao cessionário;
- cc) exames médicos admissionais (laboratoriais, radiológicos e outros), de empregados da ECT ou de seus dependentes, que foram aprovados em Concurso Público de outras empresas ou órgãos públicos;
- dd) despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras e outras;
- ee) tratamentos de varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia) e/ou aplicação a laser;
- ff) confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como: colchões, cadeiras e outros;



- * gg) remoção domicílio-hospital e vice-versa, salvo exceção conforme item 8.1;
- hh) todas as despesas decorrentes de doação de órgão para paciente que não seja beneficiário do CorreiosSaúde.
- 9.1** Excetuam-se desse item todos os tratamentos decorrentes de acidentes ou doenças de trabalho devidamente registrados no INSS.
- 9.1.1 a 9.15 REVOGADOS**
- 10 ACOMODAÇÃO HOSPITALAR**
- A ECT adota, para acomodação hospitalar de seus beneficiários, o padrão "Acomodação Coletiva" (enfermaria com dois ou mais leitos), nos moldes do estabelecido no MANPES 16/2.
- 10.1** O beneficiário titular poderá optar por apartamento simples (Acomodação Individual) apenas nas internações clínicas, mediante assinatura do Termo de Opção.
- 10.1.1 a 10.1.9.2 REVOGADOS**
- 10.2** Caso o beneficiário titular opte por acomodação superior ao apartamento simples, toda e qualquer despesa excedente, que ocorra em função dessa opção, será de sua inteira responsabilidade.
- 10.2.1** Caso o beneficiário titular, em internações, optar por acomodação diferente daquela oferecida pelo CorreiosSaúde (enfermaria com dois ou mais leitos), deverá negociar e pagar diretamente ao credenciado, sem interferência do CorreiosSaúde, a diferença entre o valor do credenciamento e o valor cobrado pelo credenciado.
- 10.2.1.1 a 10.2.10 REVOGADOS**
- 10.3** A ECT autorizará a internação em apartamento, em caráter excepcional, em situações devidamente analisadas e homologadas por dois Médicos do Ambulatório da Empresa, somente nos seguintes casos:
- a) politraumatizados, com lesões graves de órgãos internos;
 - b) queimaduras de segundo e terceiro grau, acima de 05 (cinco) unidades topográficas-UT;
 - c) pacientes com seqüelas importantes que apresentem deficiência de fala e locomoção, comprovadamente restrito ao leito, causada por seqüelas neurológicas.
- 10.3.1** Nesses casos no laudo do médico que acompanha o paciente deverá indicar que a única alternativa de internação é a Acomodação Individual.
- 10.3.2** O titular arcará com a co-participação das despesas considerando-se o padrão enfermaria.



* 11 SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

11.1 Os serviços odontológicos a serem oferecidos pela ECT, em todo território nacional, compreendem:

11.1.1 Nos Ambulatórios Internos, de acordo com as especialidades disponíveis.

- a) consulta;
- b) exodontia de dentes decíduos;
- c) exodontia de dentes permanentes, com ou sem alveoloplastia;
- d) restauração com resina composta fotopolimerizável, uma ou mais faces;
- e) restauração com amálgama, uma ou mais faces;
- f) pulpotomia em dentes decíduos;
- g) pulpectomia, incluído o tratamento de canal;
- h) raspagem de cálculo supra ou subgingival com polimento coronário por hemi-arcada;
- i) radiografia odontológica periapical;
- j) profilaxia e aplicação tópica de flúor e de selante.

11.1.2 Na Rede Credenciada

Consultas de odontologia e métodos complementares de diagnóstico e tratamento solicitados pelo dentista assistente, observando-se o disposto no Referencial de Preços e Procedimentos Odontológicos da ECT e na Tabela UNIDAS. A Tabela UNIDAS será utilizada para os procedimentos de cirurgia-buco-maxilo-facial e exames radiológicos que não se encontram estipulados no Referencial. Devem ser autorizados todos os exames auxiliares ou complementares para a realização das cirurgias orais menores (realizadas em ambiente ambulatorial sem anestesia geral) solicitados pelo odontólogo assistente, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia e cobertos pelos CorreiosSaúde, obedecendo aos critérios estabelecidos nos Manuais de Odontologia (Credenciado, Usuário, Auditor). Todos os procedimentos (sem exceção) estipulados no novo referencial deverão ser oferecidos aos beneficiários, de acordo com as orientações contidas nos Manuais de odontologia.

11.1.2.1 Atendimento na Rede Credenciada:

a) o beneficiário escolherá o dentista credenciado e solicitará à Unidade de Emissão de Guia a Guia de Consulta, GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) em 2 (duas) vias:

I - cada GETO emitida vale para todas as etapas do tratamento nela mencionadas e deve ser assinada, pelo titular ou dependente, somente quando essas etapas estiverem



- * concluídas. O tratamento deverá ter uma duração máxima de 6 (seis) meses, salvo os casos devidamente justificados.
- b) o beneficiário agendará a consulta com o dentista credenciado;
- c) quando da consulta, o dentista credenciado deverá:
- I - preencher a FTO (Ficha de Tratamento Odontológico) com o plano de tratamento com serviços cobertos pelo CorreiosSaúde, em 3 (três) vias. A 3ª via ficará em poder do profissional credenciado, para seu controle, onde anotará, no verso, o(s) procedimento(s) realizado(s) e colherá a assinatura do paciente.
- II - carimbar e assinar a FTO;
- d) se na localidade houver dentista credenciado como perito, o beneficiário deverá agendar uma consulta com este profissional para realizar a auditoria inicial:
- I - quando da auditoria inicial apresentar a FTO (Ficha de Tratamento Odontológico), em duas vias, devidamente preenchidas com o plano de tratamento;
- II - após a aprovação pelo auditor, o beneficiário enviará a FTO para o ponto de emissão da GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) do plano de tratamento.
- e) se na localidade não houver dentista credenciado como perito, nem Ambulatório interno, o beneficiário titular entregará as duas vias da FTO (Ficha de Tratamento Odontológico) ao seu chefe imediato:
- I - o chefe imediato, por meio de CI constando nome, matrícula, lotação do empregado e código do dependente (se for o caso), encaminhará as vias da FTO ao Ambulatório da ECT, para análise e emissão da GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) do plano de tratamento;
- II - após a análise pelo auditor, o Ambulatório enviará à unidade de lotação do empregado a 1ª via da FTO (Ficha de Atendimento Odontológico) e a GETO em 2 (vias), que deverão ser entregues ao empregado.
- f) o atendimento para aposentado, anistiado e seus dependentes seguirá a mesma rotina, os documentos serão entregues na unidade mais próxima de sua residência que encaminhará ao Ambulatório;
- g) somente de posse da FTO e da GETO, o beneficiário deverá iniciar o tratamento, no prazo máximo de 15 dias;
- h) o dentista auditor poderá convocar o paciente, caso julgue necessário, a qualquer momento, durante a realização do tratamento;
- i) ao término do tratamento, o beneficiário deverá assinar a guia (GETO) e realizar a auditoria final:
- I - na localidade onde houver perito credenciado, ou Ambulatório interno, o usuário deverá, de posse da 1ª via da FTO e da 1ª via da GETO de tratamento, agendar a auditoria



* final com antecedência para que essa auditoria seja realizada no prazo máximo de 5 dias úteis a contar do término do tratamento;

II - na localidade onde não houver perito credenciado, ou Ambulatório interno, o usuário deverá entregar a 1ª via da FTO e a 1ª via da GETO de tratamento à chefia imediata para a realização da auditoria final, no prazo máximo de 5 dias úteis a contar do término do tratamento, no ambulatório dos Correios mais próximo.

j) para o aposentado, anistiado e seus dependentes seguirão o mesmo padrão.

11.1.2.2 O beneficiário, cada vez que comparecer a uma sessão odontológica deverá rubricar no verso da FTO, ao lado das anotações do dentista credenciado, onde devem necessariamente constar a data, o nº do dente, a face e o tipo de serviço executado.

11.1.2.3 Não serão permitidas rasuras na FTO; no campo do plano de tratamento, após o início do mesmo. No caso de alteração no decorrer do tratamento, o credenciado deverá enviar outra FTO com a alteração e justificativa para nova aprovação (nova Auditoria).

11.1.2.4 A partir da data de término do tratamento, o beneficiário terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para procurar o Ambulatório Interno ou o dentista-perito credenciado, portando a 1ª via da FTO, para realizar a Auditoria Final. Dentro deste prazo, o beneficiário deverá retornar ao credenciado e devolver-lhe a FTO, ocasião em que assinará a GETO.

11.2 Cobrança de valor integral do tratamento

O titular arcará com a despesa integral:

a) se no prazo mencionado no subitem anterior, o beneficiário não cumprir os procedimentos exigidos;

b) se o tratamento for interrompido por iniciativa do beneficiário, sem justificativa.

11.2.1 A cobrança do valor será da seguinte forma:

a) empregado, por meio de desconto em folha de pagamento;

b) aposentado e anistiado vinculado ao Postalís, por meio de desconto na suplementação do Postalís;

c) aposentado e anistiado sem vínculo com o Postalís, por meio de boleto bancário.

11.2.2 Essa despesa deverá ser ressarcida integralmente à ECT no mês seguinte ao de pagamento ao credenciado ou, quando o valor da despesa justificar, em parcelas, a critério do Diretor Regional.

11.2.3 Não será autorizado que o paciente troque de dentista, a menos que, durante o tratamento, se verifique que esse dentista não está habilitado a realizar determinado procedimento ou que haja algum impedimento por razões alheias à vontade do paciente (falecimento do profissional, transferência do empregado para município distante e outras).



- * 11.2.4 O prazo de carência para realização de um novo tratamento será de 1(um) ano, exceto para tratamento considerado como urgência.

Exemplo: fratura de um dente, quebra de uma restauração e em caso que o paciente esteja realmente sentindo dor.

11.3 Serviços Excluídos da Assistência Odontológica

11.3.1 São excluídos da cobertura da Assistência Odontológica:

a) tratamento e cirurgia estética de qualquer natureza, bem como tratamentos ortodônticos e implantes osteointegrados;

b) tratamento odontológico que não esteja mencionado no Referencial de Preços e Procedimentos Odontológicos da ECT e/ou tabela UNIDAS;

c) consulta ou atendimento odontológico domiciliar;

d) fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não), exceto aqueles utilizados nos hospitais/clínicas credenciados durante atendimentos de pronto-socorro e internações;

e) fornecimento de vacinas de qualquer natureza;

f) tratamentos e cirurgias odontológicas experimentais;

g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos odontológicos não éticos;

h) quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação odontológica;

11.4 Procedimentos de Urgência Odontológica

A ECT oferecerá aos beneficiários a cobertura dos seguintes procedimentos de urgência odontológica, de acordo com o rol de procedimentos da Resolução ANS/RN nº 09, de 26 de junho de 2002:

a) curativo em caso de hemorragia bucal (consiste na aplicação de hemostático e sutura na região do alvéolo dentário);

b) curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose (consiste na abertura da câmara pulpar e remoção da polpa);

c) imobilização dentária temporária (consiste em imobilização de elementos dentais com alto grau de mobilidade);

d) recimentação de peça protética;

e) tratamento de alveolites (curetagem e limpeza do alvéolo dentário);



- * f) colagem de fragmentos (consiste na recolocação de fragmentos de dente através de material adesivo);
- g) incisão e drenagem de abscessos extra ou intra-oral;
- h) reimplante de dente avulsionado (consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e sua conseqüente imobilização).

11.5 Procedimento de Prótese Odontológica

11.5.1 Este procedimento é permitido para os titulares e seus respectivos dependentes, observando-se o valor máximo de despesa por beneficiário que será definido anualmente pelo Departamento de Saúde, contado a partir da data da auditoria inicial.

11.5.2 Enquanto não decorrer do período de um ano após o início de cada tratamento, não poderá ser autorizado novo tratamento, salvo se o valor do tratamento autorizado inicialmente for inferior ao limite máximo permitido. Neste caso, se for autorizado o tratamento para completar o limite máximo considera-se a data de início do primeiro tratamento, para contar o período de 12 meses, ainda que seja autorização complementar. A segunda autorização vence na mesma data da primeira autorização.

11.5.3 Realizar efetivo controle dos custos gerados pela ampliação dos procedimentos de odontologia, através das auditorias e estatísticas de atendimento.

11.5.4 Para adoção de reajuste na Tabela Odontológica, deverá ser solicitada autorização ao DESAU, informado em quais itens foram aplicados os índices de reajuste com seus respectivos procedimentos, o impacto financeiro que o aumento irá gerar na área odontológica e também ser encaminhado um exemplar da nova tabela para avaliação e deliberação.

11.5.5 Antes de enviar a Tabela Odontológica Simplificada e o Manual do Credenciado, os valores dos procedimentos deverão ser retificados, caso os preços praticados na Regional estejam abaixo do referencial máximo.

11.5.5.1 A Regional realizará um controle efetivo da demanda reprimida, através do limite anual por empregados para os procedimentos de Prótese e da auditoria Odontológica.

11.6 Operacionalização e Implementação dos novos manuais e formulários de odontologia

A Regional adotará os seguintes procedimentos:

- a) manual do Perito/Auditor, deverá ser reproduzido e encaminhado uma via para cada auditor odontológico;
- b) manual do Usuário, deverá ser reproduzido e encaminhado uma via a cada empregado pertencente a lotação da Regional;
- c) manual do Credenciado e Tabela Odontológica Nacional (referencial de preços e procedimentos odontológicos), deverá ser reproduzido e encaminhado uma via a cada credenciado existente no âmbito da Regional.



* **11.6.1 a 11.7.3.1 REVOGADOS**

12. RESSARCIMENTO

12.1 Todas as despesas decorrentes da utilização na Rede Pública, integrantes do SUS, cobradas da ECT, serão ressarcidas integralmente à ANS, em conformidade com o que preceitua o Art. 32 da Lei 9656/98.

12.1.1 Serão objetos de ressarcimento, pela ECT, os atendimentos prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS aos titulares e dependentes do CorreiosSaúde, abrangendo:

a) atendimentos realizados por unidades públicas de saúde;

b) atendimentos de urgência e emergência realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS.

12.1.1.1 As condições para operacionalização do ressarcimento ao SUS são as estabelecidas pelo Ministério da Saúde e administradas pelos gestores locais do SUS, obedecida a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e demais normas regulamentadoras.

12.1.2 e 12.1.3 REVOGADOS**12.2 Operacionalização****12.2.1 Ressarcimento de Despesas ao SUS – Sistema Único de Saúde**

12.2.1.1 As despesas a serem ressarcidas ao SUS, originárias da utilização, pelo empregado da ECT ou seu dependente beneficiário do CorreiosSaúde, dos serviços prestados por instituições públicas ou privadas, conveniadas, contratadas ou integrantes do SUS, estarão disponíveis em avisos no "SITE" da ANS – Agência Nacional de Saúde, por intermédio de "LOGON" e SENHA, disponibilizados apenas para o DESAU, na Administração Central.

12.2.1.2 Mensalmente o DESAU acessará o referido endereço com o objetivo de identificar a prestação de serviços a empregado/dependente lotado nas Diretorias Regionais e na AC.

12.2.1.3 Os avisos encontrados pelo DESAU, no referido endereço, serão encaminhados às Regionais e órgãos da AC, por cópia, para que seja verificado junto ao próprio empregado se o atendimento e os procedimentos especificados foram efetivamente realizados e se existem correções a serem feitas, para posterior pagamento.

12.2.1.4 Efetuadas as correções devidas, se for o caso, ou constatada a regularidade dos serviços/procedimentos prestados, o empregado deverá apor o atesto no próprio aviso, restituindo-o ao serviço médico da Regional para que o mesmo seja restituído ao DESAU, para as providências, centralizadas, do ressarcimento à Agência Nacional de Saúde; no caso de empregado lotado na AC, o aviso será restituído diretamente ao DESAU.

12.2.1.5 As despesas decorrentes da utilização, pelos empregados da ECT e seus dependentes legalmente cadastrados no CorreiosSaúde, das instituições públicas ou privadas, controladas ou integrantes do SUS, poderão ser compartilhadas pelos empregados da Empresa, tendo em vista que o parágrafo 12, do Artigo 6º, da RESOLUÇÃO/ANS nº 06, de 26/03/2001, prevê que "Quando houver franquia ou co-participação prevista em contrato,



* estas deverão ser informadas pelas operadoras, para serem deduzidas do valor a ser ressarcido.

12.2.1.6 O aviso, devidamente atestado, com ou sem correções, deverá ser restituído ao DESAU, por CI, no prazo máximo de 5 dias úteis, contados a partir da data de seu recebimento na Regional ou no órgão de lotação do empregado, na AC.

12.2.1.7 A Empresa cadastrará, por intermédio do DESAU, junto à ANS – Agência Nacional de Saúde, profissionais médicos da ECT para o desempenho, se necessário, de procedimentos de auditoria médica junto aos integrantes do SUS.

12.2.1.8 Os profissionais cadastrados são aqueles informados pela DR ao DESAU, em atendimento à solicitação formulada à Regional por intermédio da CI/GAB/DESAU – 001/2001 – CIRCULAR – Ressarcimento ao SUS/Verificação de Prestação de Serviços; a DR deverá informar ao DESAU, os seguintes dados:

- a) nome completo do(a) médico(a) a ser cadastrado(a) na ANS;
- b) cópias do CRM e CPF do(a) profissional indicado(a).

12.2.1.9 Caso o profissional indicado seja substituído, a DR deverá informar ao DESAU, de imediato, o nome do novo profissional médico indicado e o conseqüente encaminhamento de cópia dos seguintes documentos:

- a) cópia do CRM;
- b) cópia do CPF.

12.3 a 12.7 REVOGADOS

13 SISTEMA DE LIVRE ESCOLHA

13.1 É a utilização de serviços médicos, hospitalares e odontológicos realizados por intermédio da rede particular, não credenciado, onde o beneficiário arcará com o pagamento das despesas, sendo ressarcido posteriormente, mediante apresentação de Recibo (se prestador de serviços pessoa física) ou Nota Fiscal (se prestador de serviços pessoa jurídica). O cálculo da restituição será feito de acordo com as tabelas aprovadas e praticadas pela Empresa para pagamento dos procedimentos à Rede Credenciada, na localidade onde houve a utilização, descontado o percentual de compartilhamento.

13.1.1 É vedada ao ex-empregado aposentado, ao empregado aposentado por invalidez, ao anistiado, ao afastado por auxílio doença, por acidente de trabalho, bem como aos dependentes desses beneficiários titulares, a utilização do sistema de livre escolha. A despesa decorrente da utilização desse sistema não será ressarcida.

13.2 O Recibo/Nota Fiscal deverá ser entregue no Ambulatório/Contas Médicas, dentro de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da realização do(s) procedimento(s):

- a) em duas vias, original e cópia, sem rasuras, devidamente atestado no verso devendo constar, além da assinatura do beneficiário, o nome do titular, matrícula, lotação e telefone do titular;



- * b) contendo os dados citados no MANPES 16/2 – 13.6;
- c) os recibos e as notas fiscais não poderão conter nenhuma rasura e devem ser emitidos em nome do titular, do dependente ou, no caso de falecimento do titular (empregado na ativa) que não tenha dependente, de um membro da família;
- d) os valores – numérico e por extenso – deverão ser coincidentes.

13.3 Cada serviço prestado deverá estar claramente discriminado no Recibo ou Nota Fiscal, a saber:

a) se consulta, deverá estar mencionado o código da CID (Classificação Internacional de Doenças). É imprescindível a colocação desse código, para que a Área de Contas Médicas possa identificar se o procedimento é retorno ou tratamento de patologia sem cobertura pelo convênio;

b) se exames ou tratamentos ambulatoriais, deverá estar relacionado cada procedimento realizado, identificado pelo nome técnico ou, preferencialmente, identificado por seu código na Tabela de Honorários Médicos;

c) se internação, deverão estar discriminados na Nota Fiscal ou na Conta Hospitalar todos os itens cobrados, ou seja, número de diárias, quantidade e valor unitário de cada material e medicamentos utilizados, especificação das taxas cobradas, código e valor unitário de cada serviço adicional de diagnóstico e tratamento, gases, hemoterapia e outros tipos de despesas cobradas pelo hospital. Em resumo, as mesmas informações que um hospital lançaria na Guia de Internação da ECT;

d) se internação, os serviços da equipe médica, ou seja, os honorários do cirurgião, do auxiliar e dos demais componentes, poderão ser lançados em Conta Hospitalar ou em recibos específicos desses profissionais, mencionando-se claramente o código de cada procedimento realizado ou descrevendo-se os procedimentos em Relatório Médico carimbado e assinado pelo chefe da equipe;

e) se tratamento odontológico, deverão estar discriminados em formulário próprio com odontograma, os procedimentos realizados, o número do dente e a face ou região tratados. O beneficiário deverá realizar Perícia Inicial antes de iniciar o tratamento e Perícia Final, após a conclusão do mesmo, para controle da área odontológica.

13.4 O emitente do Recibo ou Nota Fiscal deverá identificar o paciente, se ao titular ou se a um de seus dependentes, mencionando o nome do paciente. Caso deixe de fazê-lo, o próprio titular deverá informar o nome do paciente, no verso do recibo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

13.5 O Recibo ou Nota Fiscal ou Conta Hospitalar deverá conter a data de realização da consulta ou procedimento médico ou odontológico.

13.6 O Recibo ou Nota Fiscal ou Conta Hospitalar deverá conter obrigatoriamente nome completo do médico ou dentista, CRM ou CRO, CPF, endereço completo e telefone e, no caso de entidade, o nome, endereço completo, telefone e CNPJ.



* **13.7** O Recibo deverá estar assinado pelo médico ou dentista prestador do serviço e a Nota Fiscal ou Conta Hospitalar deverá conter o carimbo de recebido e assinada pelo representante legal da entidade prestadora do serviço. No caso de tratamento odontológico o Recibo/Nota Fiscal somente poderá ser entregue após a realização da perícia final.

13.8 O Ambulatório/Contas Médicas deverá receber duas vias do Recibo/Nota Fiscal, efetuar a conferência e devolver o original ao beneficiário, com carimbo ou assinatura atestando o recebimento do documento.

13.9 O cálculo será efetuado pela DR sempre com base nos dados das tabelas e parâmetros vigentes, de menor valor entre os credenciados da localidade, observando a data da realização do procedimento, conforme Recibo/Nota Fiscal.

13.9.1 Quando o valor do Recibo/Nota Fiscal for inferior aos preços das tabelas utilizadas pela Regional, aquele deverá ser utilizado como parâmetro de cálculo.

13.9.2 Quando do cálculo do valor a ser ressarcido, deverá ser observada a participação do titular nas despesas, conforme os critérios estabelecidos para o sistema de co-participação, não se considerando o teto limite de despesas.

13.10 Somente haverá reembolso de despesas com serviços cobertos pelo CorreiosSaúde.

13.11 O beneficiário interessado em realizar, pelo Sistema de Livre Escolha, exames de alto custo, procedimentos especiais e/ou cirúrgicos e tratamento odontológico deverá solicitar autorização prévia ao Serviço Médico da Regional.

13.11.1 Os exames de alto custo e os procedimentos especiais são aqueles que, se fossem realizados na Rede Credenciada, dependeriam de autorização prévia do Serviço Médico para liberação das guias.

13.11.2 No caso de tratamento odontológico somente serão ressarcidas as despesas relativas aos procedimentos existentes na Tabela de Serviços Odontológicos da ECT e desde que cumpridos os procedimentos estabelecidos no MANPES 16/3.

13.12 A Regional poderá recusar Recibo/Nota Fiscal de serviço realizado sem a observância do disposto no MANPES 16/2 ou contrário a qualquer das disposições contidas neste módulo e as despesas pagas pelo beneficiário não serão reembolsadas.

13.13 O ressarcimento ocorrerá no contracheque do mês seguinte ao da apresentação do respectivo Recibo/Nota Fiscal, desde que obedecidos os prazos definidos para inclusão em folha de pagamento, exceto os casos especiais indicados pela Área de Saúde, cujo ressarcimento deverá ocorrer de imediato.

13.14 Quando o titular e seus respectivos dependentes utilizarem o Sistema de Livre Escolha em outra Diretoria Regional, que não a de sua lotação, a Regional onde ocorreu o atendimento será responsável pelo cálculo do valor a ser ressarcido, conforme estabelecido no MANPES 16/2, cabendo à Diretoria Regional de origem do titular efetuar o ressarcimento.

13.15 Procedimentos para Livre Escolha - Odontologia

13.15.1 Critérios:



- * a) o beneficiário deverá apresentar à Chefia imediata ou no ambulatório, um plano de tratamento, com odontograma, antes de dar início ao tratamento;
- b) de posse do mesmo, deverá passar por uma Perícia Inicial, para que sejam verificados quais os procedimentos passíveis de ressarcimento;
- c) ao término do tratamento, passar por uma Perícia Final, para acompanhamento do (s) tratamento (s) realizado (s).

13.15.2 Ressarcimento

O Beneficiário deverá entregar o Recibo e/ou a Nota Fiscal ao término do tratamento, durante a Perícia Final (no Ambulatório ou à chefia imediata, no interior).

13.15.3 Controle

Os tratamentos realizados através do Sistema de Livre Escolha deverão ser arquivados separadamente, e mantido o mesmo controle de garantia dos serviços realizados através do Convênio Odontológico.

14 ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

14.1 A ECT oferecerá aos beneficiários cobertura aos atendimentos de procedimentos de emergência e urgência que implicarem em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis e necessários à preservação da vida, órgãos e funções para o paciente, evoluindo ou não para internação.

14.1.1 Entendem-se como atendimentos de pronto-socorro as situações de emergência e urgência. Para a caracterização da emergência e da urgência, a ECT poderá exigir apresentação de relatório médico/odontológico e de exames complementares que a comprovem.

15 ATENDIMENTO EM OUTRA LOCALIDADE - CONSULTAS, EXAMES, TRATAMENTO E INTERNAÇÕES CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS, ELETIVAS OU NÃO.

Considerar-se-á como tratamento em outra localidade, todos os atendimentos prestados aos beneficiários fora da jurisdição de seu domicílio ou lotação.

15.1 Providências a serem observadas para o atendimento

15.1.1 Visando aperfeiçoar o atendimento na Assistência Médica este Departamento implantou o CADSAÚDE em todas as Diretorias Regionais.

15.1.2 O CADSAÚDE é um sistema que tem todos os dados dos empregados/dependentes lotados em todas as Diretorias Regionais, permitindo que os dados de qualquer empregado/dependente sejam acessados diretamente do Cadastro de Pessoal, uma vez que é on-line com o POPULIS, com o objetivo de confirmar se o beneficiário faz jus aos CorreiosSaúde.



* **15.1.3** Em hipótese alguma a DR de destino poderá liberar atendimentos aos beneficiários de outra Regional, sem adotar todas as providências cabíveis para confirmação da condição de beneficiário do CorreiosSaúde. Situação em que será responsabilizado aquele que autorizar o atendimento sem observância destas orientações e que posteriormente venha a ser comprovado que aquele beneficiário não tinha direito à Assistência Médica.

15.1.4 São considerados TFD – Tratamento Fora do Domicílio, passível de prévia autorização do DESAU, todos os casos classificados conforme MANPES 16/2 - item 15.2.4.2, 15.2.4.3, 15.2.5.2 e 15.2.5.3.

15.1.5 Todos os atendimentos aos beneficiários que se enquadrem nestas situações, serão feitos de acordo com as normas, orientações e particularidade da DR onde se encontra o beneficiário.

15.2 Ocorrendo estas situações, a Regional deverá observar rigorosamente o contido nos itens seguintes, de acordo com o enquadramento de cada uma das situações apresentadas pelo beneficiário.

15.2.1 Beneficiário em Trânsito

15.2.1.1 É admitido o atendimento do beneficiário em trânsito em quaisquer localidades, independente da Regional, devendo ser considerado como “trânsito”, qualquer motivo que levou o beneficiário a se encontrar em outra localidade.

15.2.1.2 Quando a localidade for da jurisdição de outra Regional, a Área de Saúde deverá fazer o cadastramento no SASMED ou outro sistema que venha a ser utilizado pela ECT, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, exigindo os documentos de identificação previstos neste Manual, consultando o CADSAÚDE e se necessário a DR de origem do titular.

15.2.1.3 O responsável na localidade onde se encontra o beneficiário, deverá contatar a Área de Saúde de sua Regional para adotar as providências previstas no MANPES 16/2 - item 15.2.1.2, a fim de prestar o devido atendimento ao beneficiário.

15.2.1.4 A DR onde se encontra o beneficiário, pagará apenas as despesas relativas ao tratamento da patologia, de acordo com as guias emitidas e faturadas. Não será paga nem na origem e nem no destino, para o beneficiário, despesas com hospedagem, táxi, alimentação, outras despesas e transporte de retorno, considerando que a iniciativa do deslocamento para outra localidade foi do próprio beneficiário, sem nenhuma participação da ECT.

15.2.1.5 Quando se tratar de internações cirúrgicas eletivas ou não, a utilização do CorreiosSaúde estará condicionada à autorização prévia do órgão responsável pela Área de Saúde da jurisdição de lotação do titular.

15.2.1.6 O beneficiário que vir a ser vítima de acidente na jurisdição de outra Regional, deverá receber da parte dessa Regional, todo o atendimento dispensável aos beneficiários do CorreiosSaúde, observando o contido no MANPES 16/2 - item 15.2.1.2, 15.2.1.3 e demais normas de utilização/liberação previstas neste Manual.

15.2.1.7 Ocorrendo o previsto no MANPES 16/2 - item 15.2.1.6, a ECT não arcará com os gastos de remoção por solicitação familiar para a DR de origem do beneficiário ou do titular, salvo na hipótese de na localidade ou na própria Regional, não haver condições de tratamento.



* **15.2.1.8** Na ocorrência de óbito do beneficiário em trânsito, exceto aqueles por iniciativa da Empresa, todas as providências e despesas do traslado e preparação do corpo ocorrerão por conta do beneficiário ou de familiares, cabendo a ECT arcar apenas com os gastos das despesas médicas ou odontológicas.

15.2.1.9 As despesas de hospedagens e locomoção com os acompanhantes do beneficiário vítima de acidente, ainda que estes sejam também beneficiários do CorreiosSaúde, não são de responsabilidade da ECT.

15.2.1.10 Trânsito por iniciativa da Empresa

Nas situações em que o trânsito se deu por convocação/encaminhamento da ECT, será assegurado remoção e custeio de passagens/hospedagem do paciente e do acompanhante quando necessário.

15.2.1.11 Na ocorrência do previsto no MANPES 16/2 – item 15.2.1.10 quando ocorrer óbito do beneficiário em trânsito, todas as providências e despesas com o traslado, inclusive uma de transporte e preparação do corpo ocorrerão por conta da DR onde se encontra o beneficiário, entretanto, a ECT não arcará com os gastos da urna funerária e outras despesas afins.

15.2.2 Beneficiário Titular residente em outra Regional

15.2.2.1 A Área de Saúde da Regional onde reside o empregado deverá fazer o cadastramento no SASMED ou outro sistema que venha a ser utilizado pela ECT, com prazo de validade de 30 (trinta) dias, exigindo para tanto, crachá/carteira do serviço médico e comprovante de residência em nome do titular e consultar o CADSAÚDE.

15.2.2.2 O responsável na localidade onde se reside o beneficiário titular, deverá contatar a Área de Saúde de sua Regional para adoção das providências previstas (cadastramento) a fim de prestar o devido atendimento ao empregado.

15.2.2.3 Após o cadastramento, o beneficiário titular ficará sujeito ao atendimento de acordo com as normas do CorreiosSaúde e orientações da DR onde reside.

15.2.2.4 Para procedimentos cirúrgicos e exames de alto custo a Área de Saúde da DR onde reside o empregado, deverá obter prévia autorização da DR de lotação do beneficiário titular. Nesta situação, a Área de Saúde da DR de origem, avaliará onde é o menor custo e autorizará ou não a solicitação do empregado.

15.2.3 Beneficiário dependente residente em outra Regional

15.2.3.1.A Área de Saúde da Regional onde reside o beneficiário dependente deverá fazer o cadastramento no SASMED ou outro sistema que venha a ser utilizado pela ECT, com prazo de validade de 30 (trinta) dias, exigindo para tanto, RG/carteira do serviço médico e comprovante de residência após consultar o CADSAÚDE.

15.2.3.2 O responsável na localidade onde se reside o beneficiário dependente, deverá contatar a Área de Saúde de sua Regional para adoção das providências previstas a fim de prestar o devido atendimento ao dependente.



* **15.2.3.3** Após o cadastramento, o beneficiário dependente ficará sujeito ao atendimento das normas do CorreiosSaúde e orientações da DR onde reside.

15.2.3.4 O beneficiário enquadrado nesta condição, passa a ser de responsabilidade da DR onde reside, não havendo necessidade da Área de Saúde contatar a DR de origem do titular para obter autorização de liberação de exames, consultas e ou procedimentos cirúrgicos, mesmos os considerados de alto custo.

15.2.3.5 Ocorrendo internação de beneficiário, não cabe à ECT, a responsabilidade pela remoção do paciente para a DR de origem o titular, uma vez que o paciente é cadastrado como residente na DR de destino.

15.2.4 Falta de especialidade ou tratamento na localidade de lotação ou domicílio do beneficiário e também por recomendação de profissional médico

15.2.4.1 Dentro da própria Regional cujo meio de transporte seja terrestre:

a) quando a Rede Credenciada da localidade - lotação ou domicílio do beneficiário a ser atendido, não apresentarem infra-estrutura em condições de atender a determinado tratamento médico, cirúrgico ou odontológico, ou a especialidade necessária, o beneficiário poderá ser encaminhado à localidade mais próxima; cuja Rede Credenciada pela Empresa apresente os recursos necessários, mediante autorização prévia do órgão responsável pela Área de Saúde da jurisdição de lotação/domicílio do beneficiário;

b) caberá ao órgão de saúde da jurisdição de lotação ou domicílio do beneficiário a ser atendido, autorizar o atendimento médico ou odontológico, em outra localidade da mesma Regional, com base em indicação médica ou odontológica homologada por parecer de 2(dois) médicos ou odontólogos do Serviço Médico da Empresa (Ambulatório) que ratifique a inexistência ou impossibilidade do tratamento na localidade, acompanhada de dossiê contendo histórico do caso e de todos os exames já realizados e indicando ou não a necessidade de acompanhante que no caso deverá seguir o disposto neste Capítulo;

c) a autorização que trata o MANPES 16/2 – item 15.2.4.1, letra “b”, poderá ser feita pelo chefe da SASS/SCOM quando a autorização estiver relacionada única e exclusivamente à falta de credenciados naquela especialidade na localidade de lotação ou domicílio do beneficiário e desde que quando for para especialidade diferente de clínico, tenha o encaminhamento de um médico clínico da localidade de lotação, do domicílio ou do médico do Ambulatório da ECT;

d) a Área de Saúde deverá localizar o credenciado mais próximo da lotação de domicílio que atende a especialidade desejada pelo beneficiário para autorizar o deslocamento;

e) as passagens serão ressarcidas de acordo com as normas que regem o assunto e deverão ser entregues atestadas para a Área de Saúde, que por sua vez providenciará o encaminhamento com o “De Acordo” para a área responsável.

15.2.4.2 Dentro da Própria Regional cujo Meio de Transporte seja Aéreo – TFD ou em outra Regional, independente do meio de transporte que venha a ser utilizado – TFD, salvo o previsto no MANPES 16/2 – item 15.2.6, letras “a” e “b”:

a) quando a Rede Credenciada da localidade de lotação ou domicílio do beneficiário a ser atendido, titular não apresentarem infra-estrutura em condições de atender a



* determinado tratamento médico, cirúrgico ou odontológico, ou a especialidade desejada, o beneficiário poderá ser encaminhado à localidade mais próxima, cuja Rede Credenciada pela Empresa apresente os recursos necessários, mediante autorização prévia do DESAU;

b) caberá ao DESAU, autorizar o atendimento médico ou odontológico cujo meio de transporte para locomoção do paciente seja aéreo, com base em indicação médica ou odontológica homologada por parecer de 2(dois) médicos ou dentistas do Serviço Médico da Empresa (Ambulatório), ou excepcionalmente por 01 médico quando não houver mais de um na Regional, que ratifique a inexistência ou impossibilidade do tratamento na localidade, acompanhada de dossiê contendo histórico do caso e de todos os exames já realizados;

c) todo beneficiário autorizado a fazer tratamento custeado pela ECT em outra localidade, deverá, obrigatoriamente, retornar com cópia do prontuário, relatório médico dos procedimentos realizados e indicação do médico assistente para que outro médico da localidade de origem tenha condições de prosseguir com o acompanhamento;

d) as informações deverão ser tratadas de forma sigilosa pela Área de Saúde da Regional de origem e destino, a qual ficará responsável pela inserção dos dados clínicos no sistema informatizado da ECT e também procederá ao arquivo no prontuário do paciente;

e) quando forem solicitadas ao DESAU, novas autorizações de deslocamento do paciente enquadrado neste item, deverá ser encaminhado resumo do tratamento (cópia das informações trazidas pelo paciente), sem as quais o DESAU não autorizará o novo deslocamento e restituirá à origem para as providências previstas no MANPES 16/2 – item 15.2.4.2, letra “c”.

15.2.5 Beneficiário Residente em Localidade próxima de Outra Regional:

a) os beneficiários que residem em localidade, cujo deslocamento ficam mais próximo para uma localidade pertencente à outra Regional, poderão utilizar a rede credenciada dessa Regional, desde que, na avaliação da Área de Saúde da Regional de origem, seja menos oneroso para a ECT do que se for deslocar para dentro da sua própria Diretoria;

b) ocorrendo o previsto no item anterior, a Área de Saúde não precisará encaminhar pedido de autorização para o DESAU, devendo a avaliação de custos devidamente comprovado ser de responsabilidade da origem;

c) excetuam-se dessa situação, os casos que o deslocamento deva ser feito por via aérea, cuja autorização prévia é de competência do DESAU, conforme contido no MANPES 16/2 – 15.2.4.2.

15.2.6 Livre Escolha

15.2.6.1 O uso da Assistência Médica em outra localidade na modalidade “Livre Escolha”, seguirá os mesmos parâmetros de encaminhamento e autorização previsto no MANPES 16/2- itens 15.2.4, 15.2.5, 15.2.6, respeitado o contido no MANPES 16/2 - item 15.3.6.

15.3 Considerações Gerais sobre o item 15 e seus subitens

15.3.1 Não será admitido o encaminhamento de beneficiário para tratamento em outra localidade quando a Rede Credenciada local dispor de profissionais credenciados na especialidade pretendida.



- * **15.3.2** Não poderá ser aceito com a fundamentação para encaminhamento de beneficiário para tratamento eletivo em outra localidade, a alegação do beneficiário interessado de que os profissionais credenciados não inspiram segurança/confiança no paciente. Os casos anteriormente encaminhados por falta de segurança/confiança nos profissionais credenciados ficam proibidos.
- 15.3.3** A escolha do acompanhante caberá ao próprio beneficiário ou, no seu impedimento, à sua família ou responsável legal.
- 15.3.4** É prerrogativa dos médicos que emitirão o parecer à indicação do meio de transporte a ser utilizado para a locomoção do beneficiário, bem como da necessidade ou não de acompanhante, com a devida fundamentação técnica para sua decisão.
- 15.3.5** As despesas decorrentes da realização dos serviços serão pagas pela Diretoria Regional de destino, sendo, no entanto, passíveis de acerto de contas posterior, nos termos estabelecido pela Área Financeira.
- 15.3.6** Quando a Empresa oferecer ao beneficiário tratamento médico especializado em outra localidade, por intermédio da Rede Oficial ou da Rede Credenciada, e ele optar por entidade ou profissional não pertencente às citadas redes, as despesas decorrentes da locomoção e hospedagem do beneficiário e do acompanhante, são de responsabilidade do beneficiário e as despesas médicas ocorrerão como no Sistema de Livre-Escolha.
- 15.3.7** O Diretor Regional, ou quem ele delegar, autorizará a locomoção de beneficiário, como também autorizará o pagamento das despesas relativas ao deslocamento do acompanhante, quando julgado necessário, com base em parecer do Serviço Médico da Empresa (Ambulatório).
- 15.3.8** Caso o acompanhante seja empregado da ECT, o seu afastamento será autorizado. Neste caso, o empregado terá o ponto abonado pela chefia imediata, pelo período correspondente ao afastamento, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, podendo ser prorrogado, no máximo, por mais um período de 15 dias úteis após avaliação do serviço médico da empresa, não ultrapassando um total de 30 (trinta) dias.
- 15.3.9** Quando do encaminhamento de pacientes à outra Diretoria Regional, a área de origem deverá, com a devida antecedência, informar à Área de Saúde de destino os dados relativos ao deslocamento, indicando necessidade de recepção e hospedagem, bem como dados relativos ao tratamento médico solicitado.
- 15.3.10** As Áreas de Saúde das Regionais envolvidas são responsáveis pelo recebimento e/ou encaminhamento do paciente, devendo manter empregado treinado e desembaraçado para facilitar o embarque e a recepção do paciente, desde a sua chegada até a sua partida, adotando providências para marcação de consultas, exames e/ou internação, locomoção, bem como a acomodação do acompanhante.
- 15.3.11** No caso de internação em que seja recomendável, do ponto de vista médico, que o acompanhante permaneça com o paciente, este deverá ser acomodado no próprio hospital onde o paciente foi internado, cabendo, neste caso, o pagamento das despesas com café da manhã, almoço e jantar efetuados no hospital.



* **15.3.12** No caso de internação em que o paciente tenha optado por acomodação do tipo “apartamento simples”, não deverá haver reserva de hotel para o acompanhante, evitando-se ônus desnecessário para a Empresa.

15.3.13 É proibido o encaminhamento de paciente diretamente para entidade credenciada de outra Diretoria Regional, sem prévio aviso, salvo em situação de extrema urgência ou risco de vida, quando então a Regional de destino deverá ser imediatamente notificada.

15.3.14 Ocorrendo o previsto no item anterior, a DR de origem providenciará imediatamente processo de TFD para envio ao DESAU.

15.3.15 Quando se tratar de atendimento de urgência ou emergência, o beneficiário poderá ser atendido diretamente em uma entidade credenciada, mediante assinatura do Termo de Compromisso/Responsabilidade, e a posterior emissão da guia médica obedecerão às orientações da Regional em que ocorreu o atendimento.

15.3.16 A ECT não arcará com despesas de locomoção, alimentação e hospedagem de titulares e dependentes para tratamento eletivo em outras localidades, quando na DR de origem existirem credenciados com a especialidade desejada, salvo as situações previstas neste Manual.

15.3.17 Nos casos de urgência/emergência, caberá ao Diretor Regional, após parecer de médico do quadro próprio da Diretoria Regional, autorizar a imediata prestação dos serviços por entidade não credenciada.

15.3.18 A remuneração dos serviços prestados, indicados no subitem anterior será feita de acordo com os valores previamente acordados entre as partes (ECT e entidade ou profissional não credenciado).

15.3.19 Todas as despesas decorrentes dos serviços prestados por profissional ou entidade não credenciada, que forem cobertas pela Empresa, terão a co-participação do titular.

15.3.20 A DR de destino tem a obrigação de apurar todas as despesas, tais como hospedagem, passagens, táxi quando devidamente autorizado e outras despesas administrativas não ocorridas na rede credenciada, devendo proceder ao lançamento no SASMED para cálculo da co-participação e ou informada à DR de origem do beneficiário titular.

15.3.21 O CorreiosSaúde dará cobertura somente a um acompanhante por paciente. Em hipótese alguma haverá cobertura a mais de um acompanhante por paciente.

16 COBERTURA DOS ATENDIMENTOS EM OUTRA LOCALIDADE

16.1 Ocorrendo a necessidade de locomoção do paciente para consultas, exames, procedimentos e internações, clínicas ou cirúrgicas, em outra localidade, ainda que na mesma jurisdição da Regional onde reside, com ou sem acompanhante e devidamente autorizado, a ECT arcará com as despesas, conforme discriminado abaixo:

a) beneficiário enquadrado no MANPES 16/2 – itens 15.2.4.1 e 15.2.6, desde que a localidade onde for autorizado o atendimento esteja fora da área metropolitana ou cuja área seja servida por linha de ônibus com emissão de bilhete de passagem;



* I) ressarcimento do valor das passagens para si e seu acompanhante desde que autorizado pela Área de Saúde;

II) despesas médico-hospitalares e odontológicas.

b) beneficiário enquadrado no MANPES 16/2 – itens 15.2.4.2:

I) transporte, conforme indicado pelo médico assistente homologado por médico da ECT ou indicado por médico da ECT e homologado pelo Gerente da Área de Saúde, com o autorizo do Diretor Regional e devidamente ratificado pelo DESAU;

II) hospedagem simples com café, inclusive para o acompanhante devidamente autorizado;

III) cobertura de almoço e jantar limitada ao valor de 1(um) Vale-Refeição por refeição para cada paciente e para o acompanhante;

IV) gastos com táxi para o traslado Hotel x Hospital e vice-versa, desde que haja autorização específica do Diretor Regional da origem e desde que no destino não tenha condições de liberação de transporte administrativo;

V) despesas médico-hospitalares e odontológicas.

17 ATENDIMENTO POR ENTIDADE OU PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADO

17.1 Quando não houver alternativa de atendimento na Rede Credenciada, comprovada pelo Serviço Médico da ECT (Ambulatório), inclusive de outra localidade ou DR, a prestação da assistência por intermédio da contratação de serviços específicos poderá ser autorizada pelo Diretor Regional.

17.1.1 Deverá ser efetuada a comparação entre os custos com os deslocamentos mais a utilização da Rede Credenciada da outra localidade e aqueles relativos à contratação de serviços específicos na rede não credenciada da localidade, optando-se pela alternativa menos onerosa.

17.2 Nos casos de emergência, caberá ao Diretor Regional, após parecer de médico do quadro próprio da Diretoria Regional, autorizar a imediata prestação dos serviços por entidade não credenciada.

17.3 A remuneração dos serviços prestados, indicados no MANPES 16/2, será feita de acordo com os valores previamente acordados entre as partes (ECT e entidade ou profissional não credenciado).

17.4 Todas as despesas decorrentes dos serviços prestados por profissional ou entidade não credenciada, que forem cobertas pela Empresa, terão a co-participação do titular, de acordo com o estabelecido no MANPES 16/2.

18 SISTEMA DE CO-PARTICIPAÇÃO

18.1 Na utilização dos Ambulatórios Internos



IF

18.1.1 Nos casos de utilização dos serviços oferecidos pela ECT em seus Ambulatórios Internos, não haverá a co-participação do titular nas despesas, ou seja, o atendimento será gratuito.

18.2 Na utilização da Rede Credenciada

18.2.1 A utilização, pelo titular ou pelos dependentes, dos serviços da Rede Credenciada implicará na co-participação do titular nas despesas:

a) para despesa relativa à consulta, exame, procedimentos, tratamento ambulatorial, internação em acomodação coletiva e/ou UTI, *Home Care* e tratamento odontológico com exceção da prótese odontológica;

Percentual	Referência Salarial
10%	RS 01 a RS 16
15%	RS 17 a RS 32
20%	RS 33 a RS 65

b) para despesa relativa à prótese odontológica e opção em apartamento;

Percentual	Referência Salarial
20%	RS 01 a RS 16
30%	RS 17 a RS 32
50%	RS 33 a RS 65

18.2.2 A co-participação dar-se-á sempre que o beneficiário, titular ou dependente, utilizar os serviços dos credenciados por intermédio de guias emitidas pelo Ambulatório, por Unidade de Emissão de Guia ou em atendimento emergencial, ou ainda em Atendimentos por Entidade ou Profissional não Credenciado, sem prejuízo do disposto neste Capítulo.

18.2.3 O percentual de co-participação do titular será aplicado sobre os custos mensais do CorreiosSaúde junto à rede credenciada, respeitado o teto limite de despesas que corresponde ao valor equivalente a 2 (duas) vezes o seu salário-base.

18.2.3.1 O limite acima informado é alterado de 2 (duas) vezes para 3 (três) vezes, quando o titular do CorreiosSaúde for um aposentado e/ou anistiado.

18.2.3.2 No caso de internação em acomodação individual por opção do titular e no caso de prótese odontológica, o teto limite de despesas equivale a 4 (quatro) vezes o seu salário-base.

18.2.3.3 Caso o valor correspondente às despesas seja superior ao teto limite de despesas, o percentual de co-participação será aplicado sobre o teto limite de despesas, obedecendo a Referência Salarial.

18.2.3.4 A importância obtida com base nas despesas ou no teto limite de despesas será saldada das seguintes formas:

a) para os titulares empregados – Desconto em folha de pagamento;

b) para os titulares aposentados e anistiados:



IF

I) por meio de desconto na suplementação do POSTALIS, para beneficiários vinculados àquele Instituto;

II) por meio de débito em conta corrente bancária junto à agência do Banco do Brasil S/A ou outra instituição definida pela ECT; ou

III) por meio de Boleto Bancário a ser quitado junto à rede Bancária.

18.2.4 A(s) parcela(s) não poderá(ão) ser superior(es) à margem consignável para despesa com Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, que é igual ao valor resultante dos percentuais de co-participação, 10%, 15% ou 20%, para as referências salariais de RS01 a RS16; RS17 a RS32 e RS33 a RS65, respectivamente, aplicados sobre a remuneração atribuída ao titular, exceto quando se tratar de desconto integral de despesa.

18.2.5 As despesas com os titulares aposentados por invalidez, bem como de seus dependentes, ocorridas durante o período de afastamento, terão co-participação das despesas contraídas a partir de 01/01/2006.

18.2.5.1 Nesses casos, tais despesas excluem consultas bem como qualquer outro procedimento, inclusive cirúrgico, indicado para tratamento de lesões e/ou seqüelas de acidentes ou doenças do trabalho devidamente comprovado pela apresentação da CAT assinada pelo INSS no ato da emissão da guia.

18.2.5.2 A Empresa não poderá, por motivo de ordem legal, dividir o pagamento da co-participação dos beneficiários aposentados e anistiados. A falta de 3 (três) pagamentos consecutivos implicará conseqüentemente, no cancelamento da assistência médica do beneficiário enquanto perdurar o débito.

18.2.5.3 O boleto bancário que não foi pago pelo beneficiário por qualquer motivo, o valor correspondente à co-participação vencida será incluído no boleto do mês seguinte, cumulativamente.

18.2.6 Todas as despesas decorrentes dos serviços de transporte em ambulância e/ou transferência por via aérea ou terrestre e quaisquer outras despesas que forem cobertas pela Empresa terão a co-participação do titular, de acordo com o estabelecido no MANPES 16/2.

18.2.6.1 Para as despesas ressarcidas pela ECT ao SUS – Sistema Único de Saúde – decorrente de atendimento médico a beneficiário do CorreiosSaúde, por meio desse sistema, conforme RESOLUÇÃO/ANS nº 06, Art. 6º, §12 haverá o compartilhamento conforme definido no MANPES 16/2.

18.2.7 Não haverá co-participação nos seguintes casos:

a) despesas de procedimentos realizados por iniciativa da Empresa, principalmente as relacionadas com campanhas preventivas, exames periódicos, admissionais, demissionais, de retorno ao trabalho e/ou mudança de função ou cargo exigido por lei;

b) quando a utilização da rede credenciada estiver relacionada a lesões ou seqüelas originadas de doença profissional/acidente de trabalho, as despesas decorrentes da assistência médico-hospitalar e odontológica não deverão ter a co-participação do titular, inclusive as órteses e próteses; não se enquadrando nessa possibilidade as consultas e tratamentos co-relacionados:



IF

I - o empregado enquadrado em acidente de trabalho/doença profissional deverá comprovar essa situação no ato da solicitação da guia, por intermédio da apresentação da CAT devidamente assinada pelo INSS ou de relatório do médico do trabalho da ECT, isentando-se a Empresa de reembolsos posteriores por conta da emissão de guia sem a observância do MANPES 16/2;

II - a guia deverá ser emitida com o tipo de atendimento "acidente do trabalho" e somente com a apresentação da cópia da CAT ou relatório do médico do trabalho da ECT, de modo a evitar a cobrança indevida da co-participação e conseqüente reembolso posterior pela ECT.

18.2.8 Outras Disposições sobre Compartilhamento

Os valores totais mensais referentes às despesas com consultas, exames, tratamentos ambulatoriais e/ou internações serão informados, para cálculo do desconto, somente após o término do processo de conferência das faturas recebidas da Rede Credenciada.

18.2.9 A co-participação do titular nas despesas com internações será calculada sobre o custo mensal dos serviços (diárias hospitalares, honorários médicos, medicação, material, exames, curativos, taxas de sala e outros) realizados sob regime de internação em Acomodação Coletiva (enfermaria) ou Acomodação Individual (apartamento) apresentados mensalmente à ECT.

18.2.10 Caso o beneficiário titular opte por acomodação superior ao apartamento simples, toda e qualquer despesa excedente, que ocorra em função dessa opção, ficará por conta deste.

18.2.11 No sistema de co-participação aplica-se também às despesas com transporte e/ou hospedagem de paciente/acompanhante, bem como a qualquer despesa relacionada com a utilização da assistência médico-hospitalar e odontológica, desde que previamente homologada pela Empresa, ainda que relativa a serviços realizados por profissional e/ou entidade não credenciados, aplicando-se os percentuais estabelecidos no MANPES 16/2 – 18.2.1, alínea "a".

18.2.12 Cobrança de valor integral de despesa

18.2.12.1 O titular arcará com a despesa integral nas seguintes situações:

a) não apresentar ao credenciado a guia relativa ao atendimento de urgência/emergência;

b) não buscar o resultado de exame realizado no prazo de até 15 (quinze) dias fisicamente ou pela internet, a contar da data de realização, exceto naqueles casos em que a complexidade do exame exija um prazo maior que este. O titular arcará com as despesas integrais do exame, cujo valor deverá ser saldado integralmente no mês seguinte ao do pagamento ao credenciado ou, quando o valor da despesa justificar, em parcelas, de acordo com sua margem consignável. Os laboratórios de análises clínicas e as clínicas radiológicas deverão ser orientados para que os resultados dos exames realizados, que não forem procurados num prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data prevista para a entrega do exame, sejam encaminhados diretamente ao faturamento da Regional, na época da entrega das faturas;



IF

c) ausência em atendimento agendado sem a comunicação prévia e mínima de 24hs.

18.2.12.2 A cobrança do valor será da seguinte forma:

- a) empregado, por meio de desconto em folha de pagamento;
- b) aposentado vinculado ao Postalís, por meio de desconto na suplementação do Postalís;
- c) aposentado sem vínculo com o Postalís, por meio de cobrança bancária.

18.2.12.3 Essa despesa deverá ser ressarcida integralmente à ECT no mês seguinte ao de pagamento ao credenciado ou, quando o valor da despesa justificar, em parcelas, a critério do Diretor Regional.

18.2.13 As regras de compartilhamento para os aposentados por invalidez são as mesmas adotadas para os aposentados e anistiados.

18.2.13.1 Em se tratando de aposentadoria por invalidez motivada por doença profissional/acidente de trabalho, não deverão ter a co-participação do titular quando as despesas da utilização da rede credenciada estiverem relacionadas diretamente a lesões ou seqüelas originadas diretamente dessa doença profissional/acidente de trabalho.

18.3 Arquivo de Compartilhamento

18.3.1 Procedimentos a serem adotados pela Regional:

a) o Arquivo de Compartilhamento deve ser enviado na data preestabelecida pela área competente;

b) para cada arquivo importado haverá, obrigatoriamente, um arquivo de conferência. Este arquivo demonstrará a correta importação ou apresentará alguma divergência (Ex: Empregados demitidos, matrículas inválidas e outros):

l) para os erros apresentados deverão ser adotadas as providências cabíveis;

ll) para os arquivos de importação, verifique se está correto e a necessidade ou não de importá-lo novamente ou, de apenas, correção de algum item.

c) é importante o acompanhamento desse processo, pois se o arquivo não for importado corretamente e se não houver correção das irregularidades não ocorrerão às co-participações e, conseqüentemente, haverá evasão de receitas.

19 ESTRUTURA BÁSICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO

19.1 Ambulatórios

19.1.1 Com o objetivo de oferecer atendimento aos beneficiários, serão mantidos pela ECT, Ambulatórios nas Diretorias Regionais, dotados de estrutura compatível com o efetivo e as características locais.



- IF** **19.1.2** Quando os custos, à distância e o número de beneficiários justificarem, poderão ser criados Ambulatórios em bairros ou localidades fora da sede da Diretoria Regional, com a finalidade de descentralizar o atendimento.
- 19.1.3** Os Ambulatórios deverão ser compostos por profissionais do quadro próprio da ECT e/ou ter o serviço desenvolvido por empresa terceirizada em processo licitatório.
- 19.1.4** Com base em parecer emitido pela Área de Saúde da Administração Central, caberá ao Diretor de Recursos Humanos decidir e autorizar a criação de novos Ambulatórios ou a extinção dos existentes.
- 19.1.5** Deverá ser exercido efetivo controle sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos Ambulatórios da Empresa (Médicos/Dentistas/Enfermeiros), para que sejam prestados aos titulares e seus dependentes única e exclusivamente os serviços previstos pelo CorreiosSaúde.
- 19.1.6** Será motivo para abertura de processo administrativo e conseqüente aplicação das medidas cabíveis, a realização, dentro do Ambulatório da ECT, ou na rede credenciada, de qualquer serviço não contemplado pelo CorreiosSaúde oferecido pela Empresa, ainda que o beneficiário se disponha a pagar pelos serviços prestados.
- 19.1.7** Todos os Ambulatórios devem estar registrados e com todas as obrigações legais regularizadas junto ao:
- a) Conselho Regional de Medicina e Conselho Regional de Enfermagem; e
 - b) Conselho Regional de Odontologia, quando possuir consultório de odontologia.
- 19.1.8** Os profissionais de saúde lotados que atuam nos Ambulatórios devem estar registrados e em dia com os respectivos Conselhos de Classe (CRM, CRO ou COREN).
- 19.1.9** As Diretorias Regionais deverão manter permanente controle para que não haja qualquer tipo de pendência quanto ao cumprimento do estabelecido no MANPES 16/2.
- 19.1.10** A ECT não está obrigada a recolher contribuição sindical sobre seus Ambulatórios para Sindicatos em Saúde, por não ser filiada a nenhum desses Sindicatos.

20 ESTOQUE DE MEDICAMENTOS NOS AMBULATÓRIOS

20.1 Nos ambulatórios somente devem ser mantidos medicamentos em quantidade mínima para atendimento de emergência/urgência.

20.2 Conforme consta da Portaria 344/98, atualizada pela RDC 254, de 17/09/1903 – ambas da Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde, os medicamentos/produtos à base de substâncias sujeita ao controle do Ministério da Justiça/Polícia Federal, relacionada no Anexo 1 daquela Portaria, em nenhuma hipótese e em qualquer quantidade que seja, devem ser adquiridos, estocados ou utilizados nos ambientes da Empresa, a qualquer título.

**IF 21 ENTIDADES E PROFISSIONAIS CREDENCIADOS**

21.1 As entidades e profissionais que constituirão a rede de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica deverão ser credenciados pelas Diretorias Regionais em suas jurisdições, levando-se em conta o parâmetro especialidade versus população atendida e a regularidade da documentação exigida pela ECT.

21.2 Conforme a Resolução RDC/ANS nº 39, de 27.10.2000, Art. 8º, as autogestões de Benefício deverão operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, somente podendo contratar rede de prestação de serviços de assistência à saúde de outra operadora mediante convênio de reciprocidade ou em regiões com dificuldade de contratação direta.

21.3 A Resolução RDC/ANS nº 39, de 27.10.2000, em seu Art. 1º, parágrafo único, define que “operar” significa: administrar, comercializar ou disponibilizar.

21.4 O credenciamento de entidades e profissionais na Área de Saúde deverá ser realizado por intermédio de Chamamento Público, cujo Edital estabelecerá as condições para operacionalização dos serviços e dos preços a serem praticados e dos itens exigidos pela Agência Nacional de Saúde.

21.4.1 No Edital de Chamamento Público deverão anexar os seguintes documentos:

- a) Lista dos Serviços, Especialidades e localidades;
- b) modelo de Proposta;
- c) modelo de Termo de Compromisso;
- d) lista de Procedimentos não Cobertos;
- e) modelo do Termo de Credenciamento.

21.5 O processo de credenciamento: elaboração e publicação do Aviso de Credenciamento, elaboração, publicação e entrega do Edital de Chamamento Público, recebimento e conferência da documentação solicitada no Edital (incluindo as Propostas de oferecimento de serviços), emissão das cartas de habilitação e de recusa de credenciamento e arquivo de toda a documentação mencionada ficará a cargo da área competente para a condução de processo desta natureza.

21.5.1 O Edital de Chamamento Público será elaborado, pela Área de Saúde, em conformidade com as diretrizes e as necessidades indicadas pelo Departamento de Saúde e pela Agência Nacional de Saúde.

21.5.1.1 As cartas de habilitação e de recusa de credenciamento serão emitidas pela Área de Saúde após análise da qualificação técnica do proponente.

21.5.2 O Chamamento Público terá período definido para recebimento de propostas pela Diretoria Regional. Todas as pessoas jurídicas, da área de saúde, que satisfaçam às exigências de documentação, qualidade técnica e outras previstas no Edital de Chamamento Público, e que tenham entregue a documentação no prazo estipulado no Edital, em razão do



IF que estabelece a Lei 8.666/93, serão, obrigatoriamente credenciados mediante sua solicitação.

21.5.3 Somente quando inexistir, em determinada localidade, prestador de serviços médicos/odontológicos/hospitalares constituídos na forma de pessoa jurídica, a DR está autorizada a contratar profissionais que prestem serviços como pessoas físicas.

21.5.4 Poderão ser credenciados consultórios e/ou profissionais para prestação dos serviços odontológicos previstos no MANPES 16/2 inclusive para a realização de perícias odontológicas.

21.5.5 Para o credenciamento nas especialidades Prótese e Endodontia, no caso de inexistir profissionais com capacitação comprovada por Certificado de Especialização, fica autorizado, excepcionalmente, o credenciamento de profissionais sem o título de especialista, porém, com experiência comprovada de no mínimo 2 (dois) anos, seja por meio de declarações de outros convênios, ou por meio de Perícias realizadas pelos odontólogos da Empresa.

21.5.6 O Manual de orientação ao Credenciado deverá ser elaborado pela Área de Saúde e, sempre que possível, encaminhado, pela área competente, ao credenciado, junto com a Carta de Habilitação de Credenciamento mencionada neste Capítulo.

21.5.7 A Área de Saúde da Regional deverá realizar, semestralmente, a avaliação da Rede Credenciada, observando os seguintes itens:

- a) necessidade das especialidades na região;
- b) proporcionalidade entre o número de credenciados e o número de beneficiários de cada região;
- c) padrão técnico oferecido;
- d) a frequência de glosas abusivas em procedimentos ou a incidência de cobranças indevidas;
- e) se está ocorrendo direcionamento de pacientes, por médicos credenciados, para entidades especializadas em diagnóstico e tratamento;
- f) outras situações irregulares.

21.5.7.1 Quando houver comprovação de irregularidades, deverão ser adotadas as medidas cabíveis, inclusive o descredenciamento, observando-se o disposto neste Capítulo.

21.5.8 Deverá haver controle rigoroso quando do credenciamento de entidades ou profissionais multi-especialistas, a fim de coibir solicitações desnecessárias de procedimentos.

21.5.8.1 O profissional que optar por mais de uma especialidade dentre as mencionadas no Aviso de Credenciamento deverá ser avaliado periodicamente pelo Serviço Médico da Regional, no que se refere às guias liberadas/solicitadas, para que se verifique a ocorrência ou não de atendimentos indevidos.

21.5.9 Não poderão permanecer ou ser credenciadas pela ECT:



IF

a) pessoa Jurídica: entidades nas quais empregados da ECT sejam proprietários ou sócios;

b) pessoa Física: profissional médico/dentista que tenha vínculo empregatício com a ECT ou com entidades que prestam serviços internamente nos Ambulatórios da ECT, ou aqueles especificados no edital de chamamento público.

21.5.10 Os profissionais médicos/dentistas, empregados ou terceirizados, que atendem nos Ambulatórios Internos, poderão atender beneficiários dos CorreiosSaúde por intermédio de entidades credenciadas (hospitais, clínicas, associações e cooperativas), desde que não estejam enquadrados no MANPES 16/2 – 21.5.9.

21.6 O descredenciamento somente deverá ocorrer mediante identificação e comprovação das irregularidades que a entidade/profissional credenciado tenha praticado fraude ou infração às condições do Edital de Chamamento Público ou às normas sanitárias e fiscais.

21.6.1 Conforme a Lei 9656/98, Art. 17, no caso de descredenciamento de entidade hospitalar, a Diretoria Regional deverá:

a) credenciar outra entidade hospitalar em substituição àquela que foi descredenciada;

b) informar ao Departamento de Saúde, em até 5 (cinco) dias após a data do descredenciamento, os seguintes dados:

I - o nome, CNPJ, endereço da entidade descredenciada e o motivo do descredenciamento;

II - o nome, CNPJ e endereço da nova entidade credenciada;

III - as demais informações exigidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

22 PARÂMETROS DE REMUNERAÇÃO

22.1 Honorários Médicos

Para os serviços prestados por entidades e profissionais credenciados, serão utilizados os seguintes parâmetros de remuneração:

a) os serviços prestados serão remunerados com base nos valores vigentes na data do atendimento, de acordo com a Tabela de Honorários Médicos emitida pela UNIDAS ou qualquer outra que venha a ser previamente autorizada ou adotada pela Empresa;

b) as consultas, nas diferentes especialidades, e as visitas hospitalares serão remuneradas com base nos valores previstos na Tabela de Honorários Médicos da UNIDAS ou em outros valores específicos negociados e/ou autorizados pela Empresa;

c) sessões de acupuntura, de tratamento psiquiátrico/psicoterápico e tratamento fonoaudiológico serão remuneradas com base nos valores previstos na Tabela de Honorários Médicos da UNIDAS ou em outros valores específicos negociados e/ou autorizados pela Empresa;



IF

d) o pagamento dos honorários médicos, para internação, obedecerá aos seguintes critérios:

I - padrão "Enfermaria": 1 (uma) vez a Tabela de Honorários Médicos adotada pela ECT;

II - padrão "Apartamento Simples": até 2 (duas) vezes a Tabela de Honorários Médicos adotada pela ECT;

III - UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) ou UTSI (Unidade de Tratamento Semi-intensivo) ou UC (Unidade Coronariana): 1 (uma) vez a Tabela de Honorários Médicos adotada pela ECT;

IV - padrão superior a "Apartamento Simples", quando se tratar de hospital com tabela própria chancelada pela UNIDAS ou pela Empresa: de acordo com a tabela própria ou, caso não estejam previstos critérios para o pagamento de honorários médicos: até 2(duas) vezes a Tabela de Honorários Médicos adotada pela ECT;

V - durante o período em que o beneficiário estiver internado em UTI, UTSI ou UC, não caberá cobrança de honorários médicos em dobro, mesmo que antes ou após este período a acomodação escolhida tenha sido "Apartamento Simples".

e) nas internações em "Apartamento Simples", além do pagamento dos honorários médicos em dobro, a ECT pagará o valor da diária correspondente à "diária de apartamento", não cabendo, todavia, nenhuma majoração nos valores de taxas, materiais, medicamentos, gazes e outros itens da tabela hospitalar;

f) no caso de atendimentos realizados em consultórios de pessoas físicas ou em associações médicas, sejam consultas e/ou exames, não serão pagas, pela ECT, quaisquer taxas por procedimentos realizados. Não serão pagos materiais nem medicamentos utilizados ou fornecidos ao paciente, durante as consultas, qualquer que seja o prestador de serviço;

g) no caso de médicos credenciados como pessoa física ou de associações médicas, cadastrados na Área de Contas Médicas para a realização de exames em consultório, serão pagos apenas os materiais e medicamentos previstos e indispensáveis à sua realização, após análise pelo CorreiosSaúde;

h) no caso de procedimentos para os quais não está prevista a aplicação de anestesia, de qualquer porte, o pagamento poderá ser realizado após análise do Relatório Médico endereçado ao CorreiosSaúde e por ele homologado e poderá corresponder ao porte 1/3 da Tabela de Honorários Médicos.

22.2 Serviços Odontológicos

Os serviços odontológicos serão remunerados de acordo com a Tabela de Serviços Odontológicos da ECT ou tabela consensual negociada regionalmente, se houver vantagem financeira para a ECT. O reajuste dos valores definidos na Tabela de Serviços Odontológicos seguirá as diretrizes estabelecidas pela Diretoria da ECT ou pelos Órgãos Governamentais, no que se refere à periodicidade e aos índices a serem aplicados.



IF

22.3 Serviços, Hotelaria, Radiodiagnóstico, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultra-sonografia e Medicina Nuclear:

a) as tabelas de itens hospitalares adotadas pela ECT serão aquelas chanceladas pela UNIDAS ou elaboradas pela própria Empresa, negociadas diretamente com os hospitais ou, ainda, outras que venham a ser adotadas pela ECT, em substituição a essas;

b) em se tratando de clínica de serviços, as taxas cabíveis nos atendimentos prestados serão remuneradas da mesma forma;

c) quando da internação em “Enfermaria” ou “Apartamento Simples”, a Tabela Hospitalar será única e incidirá somente 1 (uma) vez;

d) os reajustes das tabelas adotadas obedecerão, sempre, às diretrizes e ao calendário de negociações estabelecidas pela UNIDAS ou pela Empresa, consoante com as diretrizes emanadas dos Órgãos Governamentais;

e) os serviços de radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultra-sonografia e medicina nuclear serão remunerados conforme Tabela de Honorários Médicos emitida pela UNIDAS ou conforme negociação consensual realizada diretamente com o Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR ou com outras Sociedades representativas dessas categorias;

f) no caso da remuneração desses serviços passar a ser feita com base em classificação adotada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR ou pelas Sociedades representativas dessas categorias, os credenciados não regularizados junto a essas entidades serão remunerados pela classificação mínima, a critério da ECT;

g) em casos de internação, em nenhuma hipótese se pagará duas diárias em acomodação (UTI e enfermaria ou UTI e apartamento ou qualquer outro tipo de composição).

22.4 Materiais, Medicamentos e Filmes de Radiologia:

a) os materiais e medicamentos serão pagos de acordo com os valores constantes da publicação BRASÍNDICE, editado pela Andrei Publicações Médicas e Técnicas LTDA, vigentes na data do atendimento, ou de acordo com a Relação de Medicamentos e Preços publicados no DOU, ou ainda, com outra tabela reconhecida pelas entidades prestadoras e tomadoras de serviço;

b) admite-se a cobrança de taxa de comercialização sobre o preço de fábrica das substâncias utilizadas como “contrastantes”, negociadas regionalmente pela UNIDAS ou pela Empresa. Essa taxa de comercialização poderá ser ajustada para uma realidade de conjuntura econômica ou de mercado, por intermédio de negociações da UNIDAS ou da Empresa, como também por legislação emanada dos Órgãos Governamentais;

c) os materiais e medicamentos de uso rotineiro, não relacionados nas publicações mencionadas na alínea “a”, serão pagos de acordo com preços vigentes no mercado na época de sua utilização, reservando-se à ECT o direito de solicitar a apresentação do documento fiscal correspondente à aquisição dos aludidos materiais e medicamentos. Não serão aceitas cobranças de materiais e medicamentos importados, sempre que existirem similares nacionais que ofereçam resultado ao tratamento do paciente;



IF

d) para utilização de materiais e medicamentos de alto custo (superior a R\$500,00), tais como próteses de complementação cirúrgica, cateteres, marcapassos, sondas, válvulas, *stents*, entre outros, ou cuja a soma das quantidades indicadas alcance o limite definido como alto custo o credenciado deverá solicitar autorização prévia do CorreiosSaúde, apresentando Relatório Médico, consubstanciado, para análise. Com base no parecer emitido pelo CorreiosSaúde, os materiais e medicamentos de alto custo poderão ser adquiridos diretamente pela Empresa, em tempo hábil, e fornecidos às entidades prestadoras de serviços;

e) no caso de materiais e medicamentos de alto custo, cuja aquisição seja providenciada pelo credenciado, após a necessária autorização da ECT, a cobrança será apresentada na Guia/Conta de Internação Hospitalar ou poderá haver negociação direta entre a ECT e o fornecedor. Caso a cobrança conste da Guia/Conta de Internação Hospitalar, deverá estar anexada, obrigatoriamente, a Nota Fiscal do Fornecedor dos materiais ou medicamentos com o nome do paciente;

f) as taxas de comercialização praticadas pela ECT, nos casos em que a aquisição é feita diretamente pelo hospital credenciado, obedecem à orientação descrita a seguir:

I - produtos de alto custo como próteses, materiais de cardiologia/cirurgia vascular entre outros que geralmente não fazem parte do estoque de materiais do hospital e são entregues pelos fornecedores na véspera do evento terão taxa de comercialização de esterilização do material, ou outra taxa que venha a ser negociada regionalmente com o melhor índice possível.

II - materiais de síntese, cateteres, sondas, drenos especiais, que não são de uso rotineiro, porém fazem parte do estoque hospitalar, poderão ser majorados em até 10% (dez por cento) como taxa de comercialização pelo custo administrativo e financeiro da estocagem, ou outra taxa que venha a ser negociada regionalmente com o melhor índice possível.

g) a metragem do filme de radiologia será paga de acordo com a tabela UNIDAS e o valor do m² será acordado entre a UNIDAS e o Colégio Brasileiro de Radiologia, ou conforme negociação regional. O valor a ser pago é o da data de realização do exame.

22.5 Prazo de pagamento à rede credenciada

Os prazos de pagamento de faturas do serviço médico e odontológico deverão ser negociados pelas Diretorias Regionais, procurando as melhores condições para a Empresa, baseadas nas possibilidades de pagamento de cada Regional e necessidades primárias de assistência, obedecendo ao cronograma estabelecido pela Área Financeira da Empresa.

22.6 Procedimentos que não Constam em Tabelas Utilizadas pela Diretoria Regional

Quando da solicitação de realização de procedimentos que não constam da Tabela UNIDAS utilizada pela Diretoria Regional, deverá ser observado o que segue:

a) Consultar a existência e o valor do procedimento nas Tabelas de Honorários Médicos - UNIDAS utilizadas em todas as Diretorias Regionais;

I - Obrigatoriamente deverá ser consultada a Tabela mais atualizada;



IF

b) Caso não se consiga a realização do procedimento no preço estipulado nas tabelas consultadas, utilizadas em nível nacional, o valor a ser pago deverá ser o mais próximo possível ao da tabela pesquisada, mediante negociação com o prestador do serviço;

c) Quando determinado procedimento não constar em nenhuma tabela, não estiver relacionado no MANPES e a sua realização for de imperiosa necessidade, 02 (dois) médicos ou dentistas da Regional avaliarão a situação e providenciarão um dossiê contendo: a descrição e o valor do procedimento, a técnica a ser empregada, a informação se o procedimento é reconhecido tecnicamente pela sociedade médica e odontológica correspondente, e o parecer conclusivo;

I - O dossiê deverá ser encaminhado ao Departamento de Saúde para análise e deliberação, com todas as informações do local em que será realizado o procedimento, bem como, dos valores negociados com o prestador do serviço.

23 PRONTUÁRIO MÉDICO

23.1 Por ocasião do primeiro atendimento do beneficiário pelo Ambulatório da Empresa será aberto no sistema informatizado da ECT, Prontuário Médico e Ficha Odontológica, nos quais deverão ser registrados, a partir de então, a sua história clínica, bem como os exames, os diagnósticos e tratamentos a que ele for submetido no Ambulatório ou rede credenciada.

23.1.1 Prontuários no formato tradicional (papel) – A manutenção do prontuário médico/odontológico original deve ser por tempo não inferior a vinte anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente. Findo o prazo, o original poderá ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração das informações nele contidas. No decorrer do período de 19 anos, é permitida a reprodução dos prontuários em outro método de registro, desde que sejam mantidos os originais.

23.1.2 Prontuários no formato virtual (informatizados) – É permitido o uso de sistemas informatizados para a elaboração, guarda e manuseio de prontuários médicos, desde que seja garantido o respeito ao sigilo profissional.

23.1.3 Em cada Diretoria Regional é obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários, composta por profissionais da área de saúde (médico, dentista e/ou enfermeiro), designada por meio de portaria do Diretor Regional, que ficará responsável pelas atividades estabelecidas no Art. 5º da Resolução 1638/1902 do Conselho Federal de Medicina.

23.1.4 Revisão de Prontuário Médico

Com o objetivo de dar cumprimento à legislação especificada no subitem anterior, a Regional adotará os procedimentos a seguir especificados, no que diz respeito ao prontuário médico.

23.1.4.1 Responsabilidade pelo Prontuário Médico

23.1.4.1 .1 A responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

a) ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento.



IF

b) à hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida.

c) à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

23.1.5 A criação da Comissão de Revisão de Prontuários

23.1.5.1 Nos termos da resolução referenciada é obrigatória a criação das Comissões de revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

23.1.5.2 A comissão que trata o subitem anterior será criada por designação do Diretor Regional, por intermédio de portaria, sem caracterizar função de confiança, devendo ser coordenada por um médico.

23.1.6 Atribuições da Comissão de Prontuários:

a) observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel;

b) verificar se consta o nome completo do paciente, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

c) verificar se consta anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

d) verificar se consta a evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

e) verificar se nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM.

I - Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou remoção para outra unidade;

f) assegurar a responsabilidade do preenchimento, a guarda e o manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, e a comissão de Revisão de Prontuários.

23.1.7 Sigilo sobre o Prontuário Médico

23.1.7.1 O médico não pode, sem consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.



IF

23.1.7.2 Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

23.1.7.3 Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamentos.

23.1.7.4 O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

23.1.7.5 Os casos omissos neste subitem deverão ser resolvidos mediante prévia consulta a Resolução CFM nº 1605/1900, de 15 de setembro de 1900.

23.2 A Regional designará os membros da Comissão de Revisão de Prontuários, devendo ser atualizada, e informada ao DESAU, toda vez que houver alteração em sua composição.

24 ATENDIMENTO MÉDICO E ODONTOLÓGICO DO EMPREGADO DO POSTALIS PELO CORREIOSSAÚDE

24.1 Seguirão as normas constantes no MANPES – Módulo 16 – Capítulos 1, 2, 3, 4 e 5.

24.1.1 Natureza das Despesas

A Regional informará, mensalmente, de acordo com os procedimentos operacionais previstos no subitem 7.1.2, o valor integral das despesas ocorridas com a utilização da rede credenciada, por beneficiário do POSTALIS.

24.1.1.1 Procedimentos Operacionais:

a) caberá ao GESAU/GEREC encaminhar, mensalmente, ao GECOF da DR as informações sobre as despesas com os benefícios relativos aos empregados do POSTALIS, visando seu repasse, por Ordem Interna de Transferência - OIT, ao Departamento de Controladoria - DECON, até o 4º (quarto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços / benefícios;

b) a GECOF encaminhará, mensalmente, a DECON, as despesas realizadas na Regional com os empregados do POSTALIS, para efeito de acerto de contas que ocorre mensalmente.

24.2 Despesas a Serem Informadas pelo DESAU

O Departamento de Saúde informará ao DECON, mensalmente, por CI, as despesas operacionais, para, juntamente com as despesas informadas pela DR, composição da despesa total a ser considerada no encontro de contas ECT / POSTALIS:

a) o valor referente a cada um de seus empregados pela utilização dos serviços dos ambulatórios próprios da ECT, e ressarcimento de despesas administrativas;

b) um valor trimestral referente a cada beneficiário dos serviços de assistência médica/hospitalar e odontológica, à título de Taxa de Saúde Suplementar;



IF

c) os valores cobrados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a título de ressarcimento, pelos eventuais atendimentos de beneficiários do POSTALIS por aquele Sistema de Saúde em qualquer parte do Brasil;

d) outras despesas incorridas pela ECT em razão da manutenção do presente Convênio, desde que devidamente comprovadas.

24.3 Benefícios a Serem Oferecidos aos Beneficiários do POSTALIS

Nenhum benefício que não seja concedido aos empregados da ECT, conforme consta do MANPES, Módulo 16, poderá ser oferecido aos beneficiários do POSTALIS.

24.4 Compartilhamento dos Empregados do POSTALIS

A Regional não adotará qualquer providência com relação à forma como o POSTALIS procederá ao compartilhamento das despesas com seus próprios empregados.

24.5 Parceria com as Áreas Envolvidas

A Regional estimulará o estabelecimento de parceria entre as áreas envolvidas nesse processo, para manutenção / implementação de procedimentos de controle em âmbito Regional, de forma a não causar prejuízo de qualquer natureza a nenhuma das partes – ECT / POSTALIS.

24.5.1 Cadastramento ou perda do benefício CORREIOSSAÚDE de empregados / dependentes do POSTALIS.

24.5.1.1 Em nenhuma hipótese, compete a empregados da ECT manifestar-se sobre a propriedade do cadastramento ou da perda do benefício de empregados/dependentes daquele Instituto, pois, ficou estabelecido no Manual citado que:

a) beneficiários do Sistema - São beneficiários do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológico (CORREIOSSAÚDE), oferecido pela ECT ao POSTALIS, os seguintes:

I) beneficiários Titulares - Seus empregados e Dirigentes, que constem do cadastro nominal fornecido à ECT, e atualizando mensalmente;

II) beneficiários Dependentes - São todos os dependentes dos beneficiários titulares citados na alínea "b", e que constem do cadastro nominal fornecido à ECT e atualizado mensalmente;

III) perda da condição de beneficiário - A perda da condição de beneficiário ocorrerá por decisão do POSTALIS, manifestando-se na atualização do cadastro citado nos incisos "I" e "II".

25 OPERACIONANIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

25.1 Transplante de rim, de córnea e de outros órgãos



IF

25.1.2 Pedidos de transplante de rim, de córnea e de outros órgãos deverão ser encaminhados à Área de Saúde da Diretoria Regional, com toda a documentação do Sistema Único de Saúde - SUS, que, após análise e parecer, solicitará autorização do Diretor Regional.

25.1.2.1 Os transplantes, previamente autorizados, terão a seguinte cobertura:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, para a realização do transplante;
- b) medicamentos e materiais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

25.1.3 O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs do Ministério da Saúde e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

25.1.4 Caso a Regional não disponha de entidades credenciadas especializadas na realização de transplantes, o procedimento deverá ser realizado em outra Regional que disponha desse recurso ou em hospital pertencente ou conveniado ao SUS.

25.1.5 Não serão cobertas despesas de doador (beneficiário do CorreiosSaúde) que não seja para outro beneficiário do CorreiosSaúde.

26 SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

26.1 Home Care

Caracteriza-se como *HOME CARE* a assistência médica domiciliar do paciente.

O *Home Care* deverá ser prestado por entidades especializadas credenciadas pela ECT, por meio de Chamamento Público.

26.1.1 O serviço de *Home Care* poderá ser utilizado para atender aos pacientes que embora necessitando de acompanhamento médico, não precisam, necessariamente permanecer internados, mas cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;

26.1.1.1 Esta modalidade de atendimento destina-se aos pacientes com internações prolongadas e/ou reinternações, portadores de doenças crônicas terminais, doenças agudas com estabilidade clínica, estando o paciente restrito ao leito e necessitando de cuidados especializados de enfermagem, obedecendo aos critérios estabelecidos no MANPES 16/3 .

26.1.1.2 O trabalho do médico, como membro da equipe multidisciplinar de assistência em internação domiciliar, é imprescindível para a garantia do bem – estar do paciente, nos termos do Código de Ética Médica.

**IF 26.2 Reeducação Postural Global**

26.2.1 Será autorizada nos seguintes casos:

- a) má postura;
- b) cervicalgia;
- c) cifose;
- d) hiperlordose lombar;
- e) empregado em readaptação funcional. Exemplo: tenossinovite, cervicalgia, fibromialgia, lombalgia postural;
- f) hérnia discal de grau leve;
- g) cervicocobraquialgia;
- h) dorsalgia;
- i) lombociatalgia;
- j) escoliose;
- k) discrepância de comprimento de membros;
- l) bexiga Neurogênica;
- m) geno Valgo e Geno Varo;
- n) deformidades congênitas.

26.2.2 O Plano de tratamento será de 1 (uma) sessão por semana, sendo no mínimo 10 (dez) e no máximo 24 (vinte e quatro) sessões por ano. O pedido do médico deverá ser homologado pelo médico da ECT.

26.2.3 A autorização para a realização do tratamento e o conseqüente início das sessões deverá ser precedida de análise do plano de tratamento solicitado por fisioterapeuta habilitado e homologado pelo médico da ECT, para cada situação apresentada.

26.2.4 A quantidade máxima de sessões poderá ser aumentada se, após avaliação do relatório do fisioterapeuta comprovando a necessidade de um número maior de sessões, houver homologação do médico da ECT.

26.3 Hidroterapia

26.3.1 Será autorizada nos seguintes casos:

- a) hérnia de disco;



IF

- b) osteoartrose;
- c) síndrome do impacto;
- d) neurites periféricas e neurites;
- e) lesões neurológicas de membros;
- f) condromalácia;
- g) lesões de ligamentos e meniscos dos joelhos;
- h) capsulite e tenossivites;
- i) radioculopatias;
- j) distúrbios musculares (roturas e estiramentos);
- k) doenças neurológicas.

26.3.2 O plano de tratamento será de 1 (uma) sessão por semana, sendo no mínimo 10 (dez) e no máximo 24 (vinte e quatro) sessões por ano. O pedido do médico deverá ser homologado pelo médico da ECT.

26.3.3 A autorização para a realização do tratamento e o conseqüente início das sessões deverá ser precedida de análise do plano de tratamento, solicitado por fisioterapeuta habilitado e homologado por médico da ECT, para cada situação apresentada.

26.3.4 A quantidade máxima de sessões poderá ser aumentada se, após avaliação do relatório do fisioterapeuta comprovando a necessidade de um número maior de sessões, houver homologação do médico da ECT.

26.4 Nutricionista

26.4.1 O tratamento com nutricionista, será liberado segundo os critérios abaixo:

- a) índice de massa corporal do paciente superior a 25 kg/m² ou inferior a 18 kg/m²;

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso em kg}}{\text{Altura}^2}$$

- b) em paciente portador de doenças crônicas em que a área nutricional seja imperiosa no controle do tratamento. Exemplo: diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças disabsortivas intestinais, obesidade mórbida;

- c) o tratamento somente poderá ser iniciado mediante indicação do médico assistente ou do médico do Ambulatório da ECT;

- d) somente poderá ser liberada uma guia de consulta para nutricionista a cada 30 (trinta) dias, não podendo exceder a 6 (seis) consultas anuais.

**IF 26.5 Vasectomia e Laqueadura Tubária**

26.5.1 É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação de vontade em documento escrito – Consentimento pós-informado (modelo ECT).

26.5.1.1 O Consentimento pós-informado deverá ser assinado pelo(a) paciente, cônjuge e médico e constar a data da consulta.

26.5.2 Critérios e procedimentos para a liberação:

a) vasectomia:

I - homem acima de 30 anos, com pelo menos dois filhos vivos, deste casamento ou de outra união, solicitação do médico assistente, perícia médica e documento de consentimento pós-informado assinado pelo paciente, cônjuge e médico e com a data da consulta com o médico;

II - solicitação do médico assistente que será avaliado e autorizado por dois médicos da ECT;

III - perícia médica.

b) laqueadura Tubária:

I - mulher acima de 30 anos com pelo menos dois filhos vivos; deste casamento ou de outra união, solicitação do médico assistente, consulta com o ginecologista para alertar sobre os métodos reversíveis de esterilização, risco à saúde da mulher ou do futuro concepto e documento de Consentimento pós-informado assinado pela paciente, cônjuge e médico e com a data da consulta com o médico;

II - consulta com o ginecologista para alertar sobre opção de métodos reversíveis de esterilização, e/ou orientação sobre os riscos à saúde da mulher ou do futuro concepto, no caso de gravidez de risco;

III - solicitação do médico assistente que será avaliado e autorizado por dois médicos da ECT;

IV - conforme a legislação vigente, deverá ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade da gestante e o ato cirúrgico;

V - somente nos casos de sucessivas cesarianas ou gestantes com co-morbidades importantes

Exemplo: estados avançados de doenças crônicas tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatia grave que possam comprometer a saúde da gestante, é que será previamente analisado e autorizado por dois médicos da ECT a realização da laqueadura no ato da cesariana.

26.5.3 Haverá a cobertura de apenas uma esterilização por casal.

26.6 Prótese



IF

As próteses para complementação de tratamento cirúrgico serão previamente autorizadas após análise do médico da empresa. Os credenciados deverão ser orientados que somente poderão realizar procedimentos eletivos após autorização expressa da Empresa para utilização de materiais/medicamentos de alto custo, bem como próteses complementares ao ato cirúrgico.

26.6.1 São cobertas as próteses abaixo:

- a) mamária e testicular (indicadas para caso de mastectomia e orquiectomia radicais);
- b) peniana (indicada em traumatismo ou doença específica, a critério médico);
- c) de globo ocular e de complementação cirúrgica (tipo lente intra-ocular para o procedimento de facectomia); e
- d) total de quadril para o procedimento de artroplastia correspondente.

26.7 Implante de marcapaso ou desfibrilador

Será liberado somente no caso de risco de vida.

26.8 Fonoaudiologia

26.8.1 Excepcionalmente, a fonoaudiologia será autorizada nas situações e quantidades pré-determinadas a seguir:

- a) fenda palatina, 12 (doze) sessões;
- b) lábio leporino, 12 (doze) sessões;
- c) neoplasia de laringe, 12 (doze) sessões;
- d) paciente traqueostomizados, 12 (doze) sessões;
- e) prematuro com dificuldade de sucção, com paralisia cerebral e outra doença neurológica, 12 (doze) sessões;
- f) procedimento cirúrgico de laringe (exemplo: cirurgia de nódulos de cordas vocais), apenas para o caso de pós-operatório, 8 (oito) sessões;
- g) seqüela de AVC e outra doença neurológica que envolva afasia e dificuldade de deglutição, 12 (doze) sessões;
- h) seqüela proveniente de extirpação de tumor cerebral e outro com comprometimento da fala, 12 (doze) sessões;
- i) calos nas cordas vocais , 12 sessões;
- j) pacientes extubados , 12 sessões.



IF

26.8.2 O fonoaudiólogo deverá encaminhar plano de tratamento contendo o número de sessões para análise e autorização.

26.8.3 O paciente sob regime de internação que apresente seqüelas da fala ou dificuldade para deglutição ou ainda outras patologias que constam do MANPES, módulo 15, ora sendo solicitado tratamento fonoaudiólogo e que necessite de prorrogação do número de sessões, deverá ser emitido um relatório pelo médico assistente com a devida justificativa para a imediata análise e deliberação pelo médico da ECT.

26.9 Exames, Tratamentos e Cirurgias Específicas

O pedido de exame e de tratamento especial e cirurgia deverá vir acompanhado de justificativa do médico solicitante, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo médico da Empresa. A justificativa poderá ser apresentada por meio de relatório ou da indicação do Código Internacional de Doenças (CID).

26.9.1 A avaliação e autorização deverão estar fundamentadas nas Diretrizes Técnicas, sob a análise dos resultados dos exames e avaliação clínica – perícia médica.

26.9.2 As próteses para complementação de tratamento cirúrgico serão previamente autorizadas após análise do médico da Empresa.

26.10 Densitometria Óssea:

a) a primeira densitometria será realizada depois de completados 40 (quarenta) anos de idade considerando avaliação clínica prévia;

b) caso a primeira não detecte nenhuma anormalidade, a 2ª deverá ser realizada na menopausa, por volta dos 50 anos;

c) densitometrias posteriores, apenas para casos de controle ou para avaliar a terapêutica, quando exames anteriores tiverem caracterizado perda de substrato ósseo por influência hormonal e a paciente encontrar-se em reposição de estrógeno e/ou cálcio, mediante justificativa do médico assistente e laudo prévio anterior:

I - o médico deve justificar o pedido, descrevendo as condições e evolução clínica do paciente. Justifica-se fazer a Densitometria quando, por radiografia, suspeita-se de osteopenia.

26.11 Mamografia

a) paciente sem patologia específica:

I - a primeira com 40 (quarenta) anos ou mais;

II - dos 40 (quarenta) aos 50 (cinquenta) anos: 1 (uma) mamografia a cada 2 (dois) anos;

III - dos 50 (cinquenta) aos 70 (setenta) anos: 1 (uma) mamografia a intervalos anuais;

IF

b) pacientes com suspeita de patologia específica ou para controle desta:

I – conforme justificativa do médico assistente;

II - para dirigir punção/marcação estereotáxica pré-cirúrgica concomitante com esse procedimento.

26.12 Ultra-som na gestação:

- a) para gestação normal, 1 (um) ultra-som obstétrico para cada trimestre da gestação;
- b) para gestação de alto risco, o médico solicitante deve especificar a situação do quadro clínico e os motivos que justifiquem a realização de novo exame que exceda ao contido na alínea "a".

26.13 Ultra-som mamário:

a) quando houver lesão palpável nas mamas de adolescentes ou de pacientes que nunca gestaram;

b) quando houver dúvida diagnóstica na mamografia (quando indicada) para a avaliação da característica da lesão (sólida ou cística); para dirigir punção de cisto mamário, desde que concomitante ao procedimento.

26.14 Ultra-som pélvico:

a) na mulher adulta, quando houver suspeita de patologia pélvica, com hipótese diagnóstica dirigida;

b) na adolescente, até 1 (um) ultra-som quando se apresentarem as primeiras menstruações; para controle de ovulação e no tratamento de enfermidade.

26.15 Ultra-som transvaginal

Serão realizados em pacientes:

- a) com suspeita de processo expansivo intra-útero e/ou patologia ovariana;
- b) para acompanhamento de tratamento clínico de cisto de ovário;
- c) para casos suspeitos de endometriose pélvica;
- d) para casos suspeitos de prenhez ectópica ou gestação molar.

26.16 Mamotomia e de Core Biopsy

A solicitação dos procedimentos, Mamotomia e Core Biopsy, deverão ser previamente analisadas por dois médicos da ECT, preferencialmente com participação de ginecologista.

Tal solicitação deverá conter: pedido do médico assistente (mastologista) com a devida justificativa, mamografias (laudos e radiografias) e ecografias quando for o caso.

IF 26.16.1 Indicações para Mamotomia:

- a) microcalcificações BI – RADS – IV e V;
- b) densidade assimétrica;

26.16.1.1 A liberação do exame somente deverá ocorrer com apresentação de resultados mamográficos classificados com BI – RADS – IV e V (*Breast Imaging Reporting and Data System*).

26.16.2 Indicações para *Core Biopsy*:

- a) lesões mamográficas classificadas com BI – RADS – IV e V;
- b) microcalcificações agrupadas;
- c) massas espiculadas.

26.17 Fisioterapia e/ou Acupuntura

26.17.1 O CorreiosSaúde cobre somente o tratamento de acupuntura realizado por profissionais médicos.

26.17.2 Serão autorizadas até 10(dez) sessões de fisioterapia e/ou acupuntura por mês. Sessões extras, somente serão liberadas com a justificativa do médico assistente, homologadas pelo médico da ECT, restritas ao máximo de 60 (Sessenta) sessões por ano, por patologia.

26.18 Oxigenioterapia Hiperbárica

A cobertura está restrita as patologias a seguir, contemplado com 30 sessões que só serão prorrogadas excepcionalmente após homologação por dois médicos da ECT:

- a) Anemia pós hemorrágica;
- b) Doenças descompressiva;
- c) Embolia Gasosa;
- d) Enxertos e retalhos comprometidos ou de alto risco;
- e) Gangrena Gasosa;
- f) Infecções Necrotizantes de tecidos moles não clostridianas;
- g) Intoxicação pelo monóxido de carbono e cianeto;
- h) Isquemia periférica aguda com complicações;
- i) Lesões de tecidos moles com regeneração refratária;



IF

j) Necrose por radiação;

k) Osteomielite.

26.19 Saúde Mental**26.19.1 Em Regime Ambulatorial**

O CorreiosSaúde oferece cobertura para tratamento médico psiquiátrico de saúde mental em regime ambulatorial de acordo com o CID 10, para os transtornos mentais e comportamentais assim como a cobertura de serviços de apoio diagnóstico (exames) e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente:

a) será coberta psicoterapia de crise para o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência. Entendida esta como o atendimento prestado por psicólogo ou psiquiatra. A técnica empregada nesses casos será a de terapia Focal ou de terapia Breve;

b) as sessões de psicoterapia são limitadas em 12 por ano, com início imediato após o atendimento de emergência, não havendo autorização de sessões excedentes. Ao final desse período, o profissional assistente deverá enviar relatório que contenha dados sobre a evolução do quadro e sugestões de seguimento para o médico da ECT;

c) haverá cobertura de psicoterapia somente se prestado por psicólogo ou psiquiatra;

d) a emissão de guias relativas aos procedimentos inerentes ao apoio psicológico estará condicionada à apresentação de relatório do médico assistente, justificando o diagnóstico e a conduta adotada, comprovando estar o caso relacionado às condições previstas para Psicoterapia de crise.

26.19.2 Em Regime de Internação:

a) para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F30 e F31, F50, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, serão cobertos 30 (trinta) dias de internação por ano em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, e também para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (emergência ou urgência), assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência:

I – caso haja necessidade de prorrogação do prazo da internação, a critério do médico assistente devidamente justificada e mediante autorização prévia do médico da ECT, poderá ser estendida a no máximo 180(cento e oitenta) dias por ano. Para essas prorrogações, não se incluem internações com caráter asilar.

b) serão cobertos 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral ou especializado, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência



IF provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização:

I - caso haja necessidade de prorrogação do prazo, a solicitação do médico assistente devidamente justificada deverá ser submetida e autorizada previamente pelo médico do Ambulatório da ECT;

II - os prazos máximos para internação nesses casos serão de 45(quarenta e cinco) dias por ano. Os serviços que dispõem de internação para Dependência química devem apresentar programação de tratamento com previsão de 30 (trinta) dias, no máximo, e, nos casos em que forem necessárias extensões de prazo, até o limite de 15 (quinze) dias, devem submeter relatório ao médico da ECT para autorização prévia;

III – encerrado o limite anual de 45 (quarenta e cinco) dias, nos casos de recaída, o paciente passará a ter a cobertura de apenas 7(sete) dias de internação.

c) o beneficiário, além da cobertura nas alíneas “a” e “b” precedentes, poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

26.19.3 Estarão cobertos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas aos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos (surtos psicóticos).

26.20 Apoio Psicológico

26.20.1 Excepcionalmente será coberto tratamento de apoio psicológico para paciente nos seguintes casos:

- a) alcoolismo e outra dependência química;
- b) cirurgias mutiladoras;
- c) diabetes Juvenil;
- d) distrofia muscular progressiva;
- e) doença de Crohn, Retocolite ulcerativa crônica;
- f) doença pulmonar obstrutiva crônica;
- g) doença renal crônica;
- h) esclerose múltipla;
- i) esquizofrenias;
- j) neoplasias malignas;
- k) pacientes transplantados;
- l) portador de HIV;



IF

- m) retinose pigmentar;
- n) doença de Parkinson;
- o) seqüela de acidente vascular cerebral;
- p) vitiligo;
- q) hepatite B ou C;
- r) o inscrito no benefício Auxílio para Filho Dependente de Cuidados Especiais;
- s) o paciente com autorização para realização de cirurgia de obesidade mórbida;
- t) o empregado que, no exercício de suas atividades, for vítima de assalto, e
- u) artrite Reumatóide; Lupus; Colagenoses.

26.20.2. Quando se tratar de sessão psicoterápica, o profissional responsável (psicólogo e/ou psiquiatra) deverá apresentar relatório com o diagnóstico, conduta adotada/prognóstico e planejamento do atendimento que deverá ser submetido ao Serviço Médico da Regional e somente será liberada após análise e parecer favorável de 2 (dois) médicos da Empresa. Os médicos da Empresa deverão realizar o acompanhamento periódico por meio de relatório do profissional assistente que os enviará de 3 em 3 meses contendo a evolução da gravidade do caso, das repercussões sócio-familiares e das repercussões ocupacionais encontradas na indicação do procedimento e assim definirão pela continuidade ou suspensão do tratamento.

26.20.3 As visitas (sessões psicoterápicas) aos consultórios ou clínicas decorrentes de tratamentos de apoio psicológico não devem ultrapassar o número de 1 (uma) por semana no período de 12 (doze) meses consecutivos, totalizando o número de 52 consultas.

26.20.4 Ao término do tratamento o profissional assistente deverá apresentar relatório sobre a evolução do tratamento e, no caso de necessidade de continuação, justificativa para avaliação e autorização pelo Serviço Médico da Regional. A prorrogação não poderá ultrapassar ao prazo máximo de 6 (seis) meses, não ultrapassando o total de 52 atendimentos.

26.21 Cirurgias Refrativas

26.21.1 Somente serão autorizadas dentro dos seguintes critérios:

- a) idade superior a 18 anos;
- b) caracterização do diagnóstico de miopia, hipermetropia ou astigmatismo;
- c) miopia moderada de -6,00 a -11,75 dioptrias;
- d) miopia Alta -12,00 a -22,00 dioptrias (somente as técnicas LASIK , PRK, previstas nas tabelas utilizadas pelo CorreiosSaúde);
- e) astigmatismo moderado de -3,00 a -5,75 dioptrias;
- f) hipermetropia: de +4,00 a +6,50 dioptrias;



IF

g) consulta oftalmológica completa (incluindo refração sob ciclopegia);

h) exigência de exames oftalmológicos pré-operatórios, mínimos indispensáveis, tais como: tonometria, mapeamento de retina, paquimetria ultra-sônica e topografia corneana. Estes exames somente deverão ser realizados após autorização da realização da cirurgia;

i) quando a miopia ou a hipermetropia estiverem associados ao astigmatismo, o procedimento poderá ser autorizado quando, pelo menos, um dos erros refrativos citados obedecer os critérios deste Manual.

26.21.2 Não serão cobertas as cirurgias de retoque (correção do grau "residual" da cirurgia refrativa).

26.22 Cirurgia de Obesidade Mórbida

26.22.1 Para a realização de cirurgia de Obesidade Mórbida devem ser observados os seguintes parâmetros:

a) Índice de massa corporal do paciente igual ou superior a 40 kg/m²;

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso em kg}}{\text{Altura}^2}$$

b) ineficácia comprovada em tratamentos anteriores, com o objetivo da perda de peso pelo paciente; e idade entre 18 e 50 anos; ou IMC entre 35 e 40 kg/m² com idade entre 18 e 60 anos com co-morbidades;

c) avaliação do nível de conscientização do paciente sobre os novos hábitos alimentares após a cirurgia, sem os quais o ato cirúrgico não produzirá resultados positivos;

d) avaliação da entidade credenciada quanto à participação de equipe multidisciplinar, preferencialmente, nas especialidades: cirurgia geral, nutrição, psicologia, enfermagem, endocrinologia e intensivista;

e) acompanhamento psicológico com cobertura de 6 (seis) sessões pré-cirurgia e 6 (seis) sessões pós-cirurgia.

26.22.2 Para a autorização da cirurgia deverão ser adotados os seguintes procedimentos:

a) montagem de dossiê com a documentação relativa ao subitem precedente;

b) homologação da solicitação do médico assistente pelo médico da ECT;

c) negociação com a entidade credenciada que realizará o ato cirúrgico, com base nos códigos pertinentes e no valor a ser pago referente a cada procedimento, definido pelo UNIDAS Regional:

I - caso os códigos e o valor dos procedimentos não estejam definidos, o assunto deverá ser levado à assembléia da UNIDAS Regional para análise, discussão e aprovação dos procedimentos a serem realizados e das despesas e materiais a serem pagos.



IF

26.22.3 A ECT realiza cobertura do procedimento cirúrgico de gastroplastia, estando excluído a colocação de balão, banda gástrica, marca-passo gástrico e técnica de Scopinaro.

26.22.3.1 Para a liberação da cirurgia de gastroplastia deverá compor o dossiê assinatura do paciente de Termo de Consentimento, onde deverá constar que as cirurgias reparadoras pós-gastroplastia não serão cobertas pelo CorreiosSaúde, com exceção da Dermolipectomia Abdominal, que somente será autorizada após perícia no ambulatório de origem e encaminhamento do dossiê com fotos do paciente ao DESAU, para análise final.

27. O pagamento da taxa de saúde suplementar a ANS será efetuado pelo Departamento de Saúde de acordo com o valor e o cronograma de pagamento estabelecido por aquela Agência Reguladora.

28 Se for solicitado, a ECT fornecerá ao empregado envolvido em acidente automobilístico, desde que não seja caracterizado como acidente do trabalho, a documentação comprobatória da despesa médica compartilhada em função do acidente, para que o interessado possa solicitar ressarcimento dessa despesa junto à seguradora.

29 As Campanhas e/ou Programas de Prevenção à Saúde devem abranger todos os beneficiários do CorreiosSaúde, inclusive os aposentados por invalidez e os afastados para tratamento de saúde, ficando obrigatória a convocação destes para a participação nos eventos programados.

30 Os casos não previstos neste capítulo, bem como as excepcionalidades que envolvam procedimentos de alta complexidade e risco de vida, deverão ser encaminhados à Área de Saúde da Administração Central, que os analisará e os submeterá se couber, à apreciação e decisão do Diretor de Recursos Humanos.

* * * * *

**ANEXO 1: DEPENDENTES PARA FINS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
a) Cônjuge	Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica Hospitalar/Odontológica oferecido por seu empregador.	a) Certidão de Casamento; b) Declaração do empregador do cônjuge dependente atestando que este não está vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de assistência médica hospitalar / odontológica patrocinada pela empresa onde trabalha; c) Declaração do beneficiário titular atestando que o cônjuge dependente não exerce atividade laboral com vínculo empregatício; ou cópia da CTPS do cônjuge dependente da página relativa à identificação, qualificação e registro de empregado.
b) Companheira (o), inclusive do mesmo sexo.	União estável há mais de 1 (um) ano. Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica Hospitalar/Odontológica oferecido por seu empregador.	Entrega dos documentos constantes nos itens 1 a 4, descritos abaixo: 1 Um dos seguintes documentos: a) Última Declaração do Imposto de Renda do empregado ou do(a) companheiro(a) em que conste o nome do(a) companheira(o) a ser cadastrado(a) como dependente; b) Declaração especial feita por tabelião em qualquer data anterior à solicitação de cadastramento. 2 Carteira de Identidade do(a) companheiro(a) a ser cadastrado(a) como dependente. 3 Um dos seguintes documentos: a) Declaração do empregador do companheiro(a) dependente atestando que este não está vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de assistência médica hospitalar/odontológica patrocinada pela empresa onde trabalha; e cópia da CTPS da(o) companheira(o) da página relativa à identificação, qualificação, e registro de empregado.



*

DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
Continuação b) Companheira(o), inclusive do mesmo sexo.	Continuação União estável há mais de 1(um) ano. Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica Hospitalar/Odontológica oferecido por seu empregador.	Continuação b) Declaração do beneficiário titular atestando que o(a) Companheiro(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício. 4 Três dos seguintes documentos (emitidos há mais de 365 dias): a) Certidão de casamento religioso; b) Anotação constante da Carteira de Trabalho e de Previdência Social feita pelo INSS; c) Prova de mesmo domicílio, (Nota 4 deste Anexo); d) Prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil; e) Procuração ou fiança reciprocamente outorgada; f) Conta bancária conjunta; g) Registro de associação de qualquer natureza, onde conste a(o) companheira(o) como dependente do empregado; h) Apólice de seguro da qual conste o(a) empregado(a) como instituidor(a) do seguro em nome da(o) companheira(o); i) Escritura de compra e venda de imóvel pelo(a) empregado(a) em nome do(a) companheiro(a).
c) Filho(a) solteiro(a)	Menor de 21 anos	a) Certidão de nascimento ou carteira de identidade; b) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.



*

DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
d) Filho(a) Solteiro(a)	Maior de 21 anos inválido	a) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; b) Atestado Médico Pericial ou Carta de Aposentadoria por invalidez (Nota 1 deste Anexo); c) Renda máxima do dependente de até 1,2 Salário Mínimo; d) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.
e) Enteado(a) Solteiro(a)	Menor de 21 anos a) cadastrado(a) beneficiário(a) dependente CorreiosSaúde Genitor(a) como no	a) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; b) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda. c) Declaração do beneficiário titular atestando que o(a) enteado(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício.
f) Enteado(a) solteiro(a)	Maior de 21 anos inválido(a).	a) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; b) Atestado Médico Pericial ou Carta de Aposentadoria por invalidez (Nota 1 deste Anexo); c) Renda máxima do dependente de até 1,2 (um vírgula dois) Salário Mínimo; d) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.



*

DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
g) Filho(a) Solteiro(a)	Maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau (Nota 5 deste Anexo).	a) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; b) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.
h) Enteadado(a) Solteiro(a)	Maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau (Nota 5 deste Anexo).	a) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; b) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.
i) Filho(a) Adotivo(a)	Menor de 21 anos	a) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; b) Documento definitivo de adoção; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso do isentos da Declaração de Imposto de Renda.
j) Filho(a) Adotivo(a)	Maior de 21 anos inválido(a)	a) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; b) Documento definitivo de adoção; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso do isentos da Declaração de Imposto de Renda.



*

DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
Continuação j) Filho(a) Adotivo(a)	Continuação Maior de 21 anos inválido(a)	Continuação d) Atestado Médico Pericial ou Carta de Aposentadoria por invalidez (Nota 1 deste Anexo); e) Renda máxima do dependente de até 1,2 (um vírgula dois) Salário Mínimo.
l) Filho(a) Adotivo(a)	Maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau (Nota 5 deste Anexo).	a) Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade; b) Documento definitivo de adoção; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda ou Declaração firmada pelo empregado (Nota 2 deste Anexo), no caso do isentos da Declaração de Imposto de Renda; d) Declaração de Matrícula no início de cada semestre;
m) Pai e Mãe	Idade mínima de 55 anos; Renda igual ou inferior a 1,2 salários mínimos; Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica oferecido por seu empregador.	a) Declaração firmada pelo(a) empregado(a), atestando a dependência econômica; b) Declaração de que os rendimentos do Pai ou da Mãe não são superiores a 1,2 (um vírgula dois) Salário-Mínimo vigente; c) Comprovante de rendimentos; d) Documento de identificação (identidade ou certidão de nascimento ou casamento); e) Declaração do beneficiário titular do(a) genitor(a) atestando que esse genitor(a) não está vinculado a plano ou benefício de saúde;

NOTAS:

1 Nos casos em que há necessidade de apresentação do Atestado Médico Pericial, o mesmo deverá ser emitido por perito indicado pela ECT.



MANUAL DE PESSOAL

MÓD: 16
CAP: 2

EMI: 13.11.2007

EMI: 13.11.2007

Anexo 1

6

2 Nos termos do Decreto 83.936/79, a ECT se reserva o direito de, a qualquer tempo, investigar a veracidade das declarações e documentos apresentados, arcando o(a) titular com sanções legais decorrentes de qualquer conteúdo inverídico ou de adulterações.

3 Os dependentes pai e mãe e aqueles não relacionados neste anexo que tenham sido cadastrados até 31/12/2002 permanecem com o direito de utilização da assistência médico-hospitalar e odontológica.

4 A comprovação de mesmo domicílio poderá ser realizada por qualquer documento (inclusive envelope de carta) em que fique certificado que o(a) empregado(a) reside no mesmo local que o(a) companheiro(a).

5 O filho solteiro desligado do CorreiosSaúde por ter completado 21 anos de idade que passar em vestibular após a perda da condição de beneficiário do CorreiosSaúde e estiver freqüentando aula regularmente poderá ser reincluído no CorreiosSaúde desde que não tenha completado 24 anos.

6 Considera-se união estável aquela verificada entre o homem e a mulher como entidade familiar, quando forem solteiros, separados judicialmente, divorciados ou viúvos, ou tenham prole comum, enquanto não se separarem.

7 Considera-se companheira ou companheiro a pessoa que mantenha união estável com o (a) beneficiário(a) titular, mesmo que homossexual.

8 A condição de inclusão "Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica oferecido por seu empregador" é para dependentes de empregados admitidos a partir do dia 01/01/2007.

* * * * *

*** MÓDULO 16: ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****CAPÍTULO 3: OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS****1 ATENDIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR****1.1 Nas Localidades que Dispõem de Ambulatórios**

1.1.1 Os Ambulatórios da Empresa funcionarão como unidade básica de atendimento e triagem dos casos a serem encaminhados às entidades médico-hospitalares e odontológicas ou profissionais credenciados. Os Ambulatórios deverão estar registrados nos Conselhos de Classe (Conselho Regional de Medicina - CRM, Conselho Regional de Odontologia - CRO e Conselho Regional de Enfermagem - COREN).

1.1.2 Deverá haver busca permanente da área de saúde de alternativas que viabilizem a continuidade e a melhoria do atendimento nos ambulatórios próprios.

1.1.3 Os beneficiários que desejarem utilizar o Correiossaúde devem se dirigir primeiramente ao Ambulatório da Empresa, a fim de receber atendimento inicial e/ou orientação quanto aos demais procedimentos, com a documentação de identificação prevista no MANPES 16/2.

1.1.3.1 a 1.1.3.4.1 REVOGADOS**1.1.4 Consulta**

1.1.4.1 Nos casos de consulta, o beneficiário será atendido pelo Médico do Ambulatório, por ordem de chegada ou de agendamento, ressalvado os casos de urgência/emergência e aqueles atendimentos preferenciais previsto em lei. No Ambulatório, poderão ser utilizados os formulários:

- a) receituário Médico (RM);
- b) guia de Consulta (GC);
- c) guia de Exames e Tratamento (GET);
- d) guia/Conta de Internação Hospitalar (GCIH); e
- e) termo de Opção de Internação (TOI).

1.1.4.2 Caso o médico do Ambulatório da Empresa conclua pela necessidade de encaminhar o beneficiário para atendimento pela Rede Credenciada, será emitido o formulário Guia de Consulta, ou seu substituto, autorizando a realização da consulta.

1.1.4.2.1 e 1.1.4.2.2 REVOGADOS



* 1.1.4.3 A 3ª consulta dentro da mesma especialidade na Rede Credenciada, que for requisitada dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data de emissão da guia para a 1ª consulta, somente será autorizada mediante justificativa do médico assistente e homologação pelo médico da Empresa.

1.1.4.3.1 a 1.1.4.3.6 REVOGADOS

1.1.4.4 Nas consultas médicas, onde houver solicitação acima de 8 (oito) exames laboratoriais (Patologia Clínica, Bioquímica, Hematologia, Hormônios, Imunologia, Microbiologia, Urina e Patologia Clínica Ocupacional), estes deverão ser justificados previamente pelo médico requisitante, para autorização da emissão da guia, após autorização pelo médico do ambulatório da ECT.

1.1.4.4.1 A justificativa do médico assistente poderá ser apresentada por meio de relatório contendo indicação do Código Internacional de Doenças (CID), ou HD (Hipótese Diagnóstica).

1.1.4.4.2 a 1.1.4.6 REVOGADOS

1.1.5 Exames e Tratamentos Ambulatoriais

1.1.5.1 Os pedidos de exames/procedimentos e de tratamentos especiais deverão vir acompanhados da justificativa do médico solicitante com CID ou HD, preferencialmente do especialista, e após análise dos exames anteriores e perícia física se necessária, o médico da Empresa aprovará a realização dos procedimentos. O Prontuário Médico obrigatoriamente deverá ser consultado e o procedimento registrado.

1.1.5.1.1 São considerados exames ou procedimentos especiais: Ecocardiograma, Doppler, Fluxometria em geral, Tomografia computadorizada, Ressonância Magnética, Mamografia, Densitometria Óssea, Ultra-som, Mamotomia, Core Biopsy, Testes alérgicos, Mapeamento cerebral, Potencial evocado, Endoscopia cirúrgica, Cintilografias, Colonoscopia, Procedimentos terapêuticos da Dermatologia e outros não previstos nos subgrupos citados, mas que são superiores a R\$500,00(quinzentos reais).

1.1.5.2 a 1.1.5.8.1.1 REVOGADOS

1.1.6 Cirurgias

1.1.6.1 Os pedidos de cirurgias deverão vir acompanhados das justificativas do médico solicitante, com CID ou HD, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo médico do Ambulatório da ECT, todas as avaliações e autorizações deverão estar fundamentadas nas Diretrizes Técnicas, sob a análise dos resultados dos exames e avaliação clínica pela perícia médica.

1.1.6.1.1 a 1.1.6.1.1.2 REVOGADOS

1.1.6.2 As próteses para complementação de tratamento cirúrgico serão previamente autorizadas após análise do médico da Empresa. Os credenciados deverão ser orientados que somente poderão realizar procedimentos eletivos após autorização expressa da Empresa para utilização de materiais/medicamentos de alto custo, bem como órteses e próteses complementares ao ato cirúrgico.



* 1.1.6.2.1 Os fixadores externos, próteses, órteses e equipamentos que possam ser reutilizados por outros pacientes deverão ser devolvidos à Área de Contas Médicas, após a retirada. O prazo de guarda desses itens é igual à sua durabilidade.

1.1.6.3 Os implantes de próteses penianas, testiculares e do globo ocular somente serão cobertos após análise e autorização pelo médico do Ambulatório da ECT.

1.1.6.4 O implante de prótese mamária somente será liberado na complementação cirúrgica do tratamento das neoplasias malignas.

1.1.6.5 O implante de marcapasso ou desfibrilador somente será liberado nos casos de risco de vida, após análise pelo médico do Ambulatório da ECT.

1.1.7 Stent farmacológico (COM RAPAMICINA)

1.1.7.1 O Stent farmacológico somente será coberto nas seguintes situações:

- a) estenose em artéria descendente anterior com diâmetro menor ou igual a 3,5 mm;
- b) estenose em vaso > ou igual 2,5mm < ou igual a 2,75mm;
- c) estenose longa (entre 15 mm e 30 mm) em vaso < ou igual a 3,5 mm de diâmetro;
- d) estenose em vaso derradeiro ou remanescente;
- e) paciente com Diabetes Mellitus com qualquer tipo de estenose; e
- f) reestenose intra stent (em stent anterior).

1.1.7.1.1 a 1.1.7.1.3 REVOGADOS

1.1.7.2 Contra Indicações do Stent farmacológico:

- a) estenose calcificada não dilatável;
- b) gestantes e mulheres férteis com intenção de engravidar nos primeiros 6 (seis) meses após a angioplastia; e
- c) incapacidade intelectual ou social que comprometa o uso/aquisição das drogas necessárias após a angioplastia.

1.1.7.2.1 a 1.1.7.4 REVOGADOS

1.1.8 Transplantes

1.1.8.1 Pedidos de transplante de rim, de córnea e de outros órgãos deverão ser encaminhados à Área de Saúde da Diretoria Regional, com toda a documentação do Sistema Único de Saúde - SUS, que, após análise e parecer, solicitará autorização do Diretor Regional.

1.1.8.1.1 a 1.1.8.1.2 REVOGADOS



* **1.1.8.2** Os transplantes de rim, de córnea e de outros órgãos, previamente autorizados, terão a seguinte cobertura:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, para a realização do transplante;
- b) medicamentos e materiais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

1.1.8.3 Os beneficiários (titulares e dependentes) candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

1.1.8.3.1 A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

1.1.8.3.2 REVOGADO

1.1.8.4 Caso a Regional não disponha de entidades credenciadas especializadas na realização de transplantes, o procedimento deverá ser realizado em outra Regional que disponha desse recurso ou em hospital pertencente ou conveniado ao SUS.

1.1.8.5 Não serão cobertas despesas de doadores (empregados ou dependentes) que não sejam para os beneficiários (empregados ou dependentes) cadastrados no CorreiosSaúde.

1.1.9 Oftalmologia

1.1.9.1 Cirurgias Refrativas

1.1.9.1.1 Fica a critério de cada Regional a solicitação de exames adicionais por parte do médico da Empresa que, obrigatoriamente, deverá homologar o pedido de cirurgia feito pelo médico assistente, para efeito de autorização.

1.1.9.1.2 É de competência exclusiva do cirurgião assistente a escolha da técnica/procedimento a ser utilizado em cada caso, com a devida fundamentação.

1.1.9.1.3 Quando existir diferentes graus, para cada olho, prevalecerá o maior grau, devendo o paciente ser submetido à cirurgia bilateralmente, se essa for à indicação do oftalmologista.

1.1.9.1.4 É obrigatória a homologação por dois médicos do ambulatório local ou excepcionalmente por 01 médico quando a Regional não dispor de 02 profissionais para confirmação se a cirurgia está de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MANPES – Módulo 16/2.



* **1.1.9.2** Outras Coberturas na área de oftalmologia

1.1.9.2.1 Implante de anel de intra-estromal corneana.

1.1.9.2.1.1 Segundo Resolução CFM Nº 1.762/05 a indicação do implante do anel intra-estromal na córnea usual, na prática médico-oftalmológica, somente para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV.

1.1.9.2.1.2 Contra-indicações do implante intra-estromal na córnea:

- a) ceratocone avançado com ceratometria mais que 75,0 dioptrias;
- b) ceratocone com opacidade severa na córnea;
- c) hidropsia da córnea;
- d) associação com processo infeccioso local ou sistêmico; e
- e) síndrome de erosão recorrente da córnea.

1.1.9.3 Teste de Lente de Contato - O teste de adaptação de Lente de Contato terá cobertura pela ECT, apenas nos casos de Ceratocone, comprovadas pela Topografia Corneana.

1.1.9.4 Tonometria Ocular - O Colégio Brasileiro de Oftalmologia recomenda que o procedimento de Tonometria Ocular, quando solicitado pelo médico assistente, deverá ser pago separadamente a consulta.

1.1.10 a 1.1.13.4 REVOGADOS

1.2 Parafusos Reabsorvíveis

1.2.1 A Empresa não realiza a cobertura das despesas com parafusos reabsorvíveis.

1.2.2 a 1.2.5.2 REVOGADOS

1.3 Cirurgia para Correção de Incontinência Urinária.

1.3.1 O rol de procedimentos instituído pela Resolução CONSU número 10, atualizado pela Resolução RDC número 41/2000, contém o procedimento incontinência urinária - "sling" "Vaginal ou Abdominal".

1.3.2 A Empresa cobre as despesas com o tratamento cirúrgico para correção de incontinência urinária por insuficiência esfinteriana intrínseca em mulheres, através das técnicas de TVT e SLING.

1.3.3 Outra descrição do procedimento pode ser "Incontinência Urinária por suspensão com Fita de Prolene ("TVT" e SLING" refere-se a mesma técnica).



* **1.3.4** O tratamento cirúrgico da incontinência urinária por suspensão com fita de polipropileno (Prolene) é uma alternativa cirúrgica na abordagem da incontinência urinária feminina por stress.

1.3.5 O procedimento não exige internação, e, com porte de sala e porte anestésico = 3.

1.3.6 O tempo de recuperação pós-operatório é reduzido, assim como as complicações pós-cirúrgicas, havendo menor incidência de retenção urinária pós-operatória.

1.3.7 Essa cirurgia é indicada para mulheres idosas, obesas, com intervenções cirúrgicas prévias e nas portadoras de incontinência urinária de esforço por hiper mobilidade uretral e/ou por deficiência esfíncteriana intrínseca.

1.3.8 Ao final da cirurgia não é necessário cateterismo vesical, sendo a duração média da intervenção de 20 a 30 minutos.

1.4 Cirurgia de Mamoplastia Redutora Não-Estética

1.4.1 O processo para autorização da cirurgia deverá estar fundamentada nos procedimentos e critérios a seguir especificados:

a) contém parecer emitido por 2 (dois) médicos do Ambulatório, fundamentando a necessidade da cirurgia;

b) o resultado do exame físico realizado, os laudos realizados pelo paciente, o volume de cada mama e sua dimensão caracterizam a necessidade de realização da cirurgia;

c) parecer de ortopedista indicando a necessidade de realização da cirurgia.

1.4.2 A Mamoplastia de redução é realizada em casos de mamas bastante volumosas e pesadas (gigantomastia) que independentemente da alteração estética causem:

a) sobrecarga na coluna vertebral comprovada por meio de RX com laudo;

b) vício postural importante com alterações de alinhamento (escoliose, lordose);

c) quadro doloroso.

1.4.3 Critérios para autorização de Cirurgia Plástica de Mama:

a) Gigantomastia, caracterizada por mamas desproporcionais em relação ao biótipo do usuário, mais evidente em obeso, patologia pouco freqüente e de fácil diagnóstico;

b) ocasiona alterações de pele, vícios de postura e desconforto, devendo-se levar em conta no usuário a presença de patologia degenerativa de coluna cervical ou dorsal, denominada artrose;

c) hipertrofia mamária, caracterizada por mamas volumosas em decorrência do peso desproporcional que ocasiona lesões de pele nos ombros, originadas pelas alças do sutiã e dermatite submamária por atrito e suor.



* 1.4.4 As medidas padrão de hipertrofia mamária obedecem às especificações a seguir com as respectivas legendas:

1.4.4.1 Medidas

Medidas	LEVE	MODERADA	GRAVE
DI - Distância Intermamilar	até 30 cm	de 30,1 cm a 35 cm	acima de 35 cm
DMU - Distância dos Mamilos à linha Umbilical	Até 25 cm	de 25,1 cm a 30 cm	acima de 30 cm
CM - Circunferência Mamária	até 50 cm	de 50,1 cm a 55 cm	acima de 55 cm
CT - Circunferência Torácica	até 100 cm	de 100,1 cm a 110 cm	acima de 110 cm
DOM - Distância do Ombro ao Mamilo	até 25 cm	de 25,1 cm a 30 cm	acima de 30 cm

A hipertrofia mamária leve ou moderada não ocasiona alterações de coluna. Assim, não justifica a indicação cirúrgica quando o usuário apresentar desvios de coluna, pois estes independem da patologia mamária.

1.4.5 Não se enquadra, para fins de cirurgia plástica de mama, a paciente:

- menor de 21 anos de idade;
- com hipertrofia concomitante com obesidade;
- com hipertrofia leve ou moderada, proporcional ao peso e altura.

1.4.6 Não são enquadradas como cirurgia reparadora de mama:

- flacidez e estrias mamárias;
- ptose mamária sem hipertrofia ou hipertrofia leve ou moderada;
- mastectomia subdérmica por nódulo benigno isolado, como medida preventiva; e
- complicação decorrente de procedimento médico-cirúrgico não autorizado.

1.4.7 Podem ser enquadradas como cirurgia reparadora:

- mamas hiperplásicas;
- mastectomia subdérmica;
- reconstrução de mamas pós-mastectomia;



* d) as mamas hiperplásicas são caracterizadas por hiperplasia, atingindo todo o tecido mamário bilateralmente, com história de cirurgias anteriores para retirada de nódulos isolados, sem resposta à terapêutica clínica. Nesse caso, deve ser apresentado mais de um exame anátomopatológico das cirurgias já realizadas e exames complementares que comprovem as alterações atingindo todo o tecido mamário bilateralmente. A mastectomia subdérmica é realizada em biópsia de nódulo único com anatomopatológico positivo para malignidade, sem comprometimento ganglionar.

1.5 Home Care

1.5.1 Para a utilização deste serviço deverão ser observadas as seguintes etapas:

- a) indicação da necessidade pelo médico assistente;
- b) ratificação do pedido do médico assistente por médico da ECT, preferencialmente auditor, que deverá examinar o paciente e elaborar relatório justificando a necessidade do tratamento;
- c) visita por parte do credenciado em Home Care e de uma equipe multidisciplinar da ECT ao domicílio do paciente com o objetivo de:
 - I - avaliar as condições do domicílio do paciente;
 - II - dar esclarecimentos aos familiares sobre o tratamento;
 - III - situação social da família; e
 - IV - definir a pessoa da família que será o cuidador após o término do Home Care.
- d) elaboração, pelo credenciado que irá realizar o serviço, de um relatório com a programação de tratamento, cujo prazo não poderá exceder a 01 (um) ano, salvo em casos excepcionais que deverão ser autorizados pelo DESAU;
- e) avaliação de custo pelo Setor de Contas Médicas, comparando-se as despesas de internação hospitalar com a despesa de Home Care e efetuando-se os ajustes necessários na programação de tratamento, se for o caso, e após a avaliação, a Área de Saúde da Regional decidirá pelo tratamento que for mais vantajoso;
- f) a Área de Saúde encaminhará o processo completo para autorização do Diretor Regional;
- g) termo de Compromisso do beneficiário titular ou de familiar com indicação do "cuidador" para ser treinado, sob pena da ECT não autorizar o serviço;

1.5.2 O processo de desmame consiste na retirada gradual da infra-estrutura e dos cuidados oferecidos pelo grupo credenciado, porém não ocorre o desligamento do paciente do programa Home Care, que continua monitorando o caso, através de orientação e visitas espaçadas ao domicílio. Neste período o cuidador deverá comunicar ao médico assistente e ao médico da ECT, caso ocorra, qualquer agravamento do estado geral do paciente.



* **1.5.2.1** Para iniciar o processo de desmame (processo de desligamento do Home Care) deverão ser observados se:

a) a fase de adaptação do paciente no domicílio;

b) a melhora e/ou estabilidade clínica considerável, não existindo risco evidente para novas internações;

c) a família se encontra apta para oferecer os cuidados que ainda se fazem necessários.

1.5.3 Ao final de cada semestre deverão ser emitidos relatórios de acompanhamento sobre os casos mantidos em Home Care e enviados para o DESAU.

1.5.4 A rede credenciada que presta serviço de Home Care deverá possuir os seguintes Pré-Requisitos:

a) todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam;

b) as empresas, hospitalares ou não, devem ter um médico que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento;

c) as empresas, hospitalares ou não, responsáveis pela assistência à paciente internada em regime domiciliar devem ter, por força de convenio, hospital de retaguarda que garanta a reinternação nos casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente;

d) as empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um medico de plantão nas 24horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas;

e) as equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados, em regime domiciliar, devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia;

f) essas equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clinica dos mesmos;

g) a assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico;

h) as atribuições dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente;

i) os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicilio;



* j) o número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze;

k) o médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar que quer submeter-se à internação domiciliar, tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio;

l) em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar, todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica;

m) o hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizada por: Ambulância para remoção do paciente, equipada à sua condição clínica; todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários; Cuidados especializados necessários ao paciente internado; Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda;

n) em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração;

o) a assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário;

p) o profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente quanto ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

1.5.5 Procedimentos Operacionais a serem adotados pelas Diretorias Regionais:

a) gestão junto às empresas conveniadas que prestam serviços de *Home Care* à ECT, orientando-as para a necessidade de adequarem às exigências da Resolução em questão, para que seja possível a continuidade da prestação dos serviços conveniados;

b) adequar o edital de "Chamamento de Público" utilizado por essa Regional para os casos de novos credenciamentos para a prestação de serviços caracterizados como *Home Care*.

1.6 Exames Laboratoriais solicitados por Nutricionistas

1.6.1 Segundo Lei nº 8.234/91, de 17/09/01, que regulamenta a Profissão de Nutricionista e Resolução do CFN nº 306/2003, que dispõe sobre a solicitação de exames laboratoriais na Área de Nutrição Clínica fica estabelecido que é lícito a Nutricionista adotar os seguintes procedimentos:

a) prescrever suplementos nutricionais necessários à complementação da dieta;



* b) solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, cujos métodos e técnicas tenham sido aprovados cientificamente.

1.7 Nas Localidades que não Dispõem de Ambulatório da ECT

1.7.1 Nas localidades onde não houver Ambulatórios da ECT, os beneficiários serão atendidos pela Rede Credenciada.

1.7.2 Os beneficiários, sempre que necessitarem de atendimento médico e/ou hospitalar na Rede Credenciada deve dirigir-se ao órgão da ECT localizado na Sede ou no interior da Regional designado para emissão das guias de atendimentos, onde será emitida a Guia de Consulta, Guia Ambulatorial, a Guia de Exame e Tratamento e/ou a Guia/Conta de Internação Hospitalar, conforme o caso.

1.7.2.1 O responsável pela emissão da guia deve certificar-se de que o paciente é beneficiário do CorreiosSaúde.

1.7.2.1.1 Em se tratando de paciente de outra localidade ou de outra Diretoria Regional, o responsável deverá observar, no que couber, o disposto no MANPES 16/2 ou contatar o Setor responsável pela Área de Saúde da Regional.

1.7.3 A utilização da Rede Credenciada pelo beneficiário, em localidade que não disponha de Ambulatório da ECT, obedecerá ao disposto no MANPES 16/2 e 16/3, observadas, ainda, as seguintes rotinas:

a) quando se tratar de consulta, exame ou tratamento classificado como especial e/ou cuja liberação seja controlada pelo Serviço Médico, o órgão responsável pela emissão da guia de atendimento deverá submeter o caso à apreciação do Ambulatório da ECT, por meio de fax ou de CI (dependendo da urgência do caso), para obter a necessária autorização para emitir a guia;

b) quando se tratar de guia para internação, a emissão deverá ser feita pelo órgão indicado pela área de saúde, assinada por pessoa designada para tal, do quadro próprio da ECT, e após autorização concedida pelo Ambulatório da ECT;

c) o beneficiário solicitará o seu atendimento junto à entidade médico-hospitalar/profissional credenciado, mediante apresentação das duas vias da guia emitida pela Empresa e dos seus documentos de identificação, indicado no MANPES 16/2;

d) em situações de emergência, deverá ser observado o disposto no MANPES 16/2;

e) a emissão das guias para regularização dos atendimentos, conforme MANPES 16/2, poderá ser feita pelo órgão responsável pela emissão de guia na localidade em que o atendimento ocorreu, observado, também, o disposto no MANPES 16/3 .

1.7.4 Nas localidades onde não haja entidades ou profissionais credenciados para realizar determinados procedimentos médicos/odontológicos cobertos pelo CorreiosSaúde; o beneficiário poderá ser encaminhado à localidade mais próxima que conte com aqueles recursos, mediante autorização nos termos do MANPES 16/2.



* 1.7.4.1 Caso a localidade mais próxima tenha Ambulatório da ECT, o atendimento será efetuado de acordo com o MANPES 16/3.

1.7.4.2 Caso a localidade mais próxima não tenha Ambulatório da Empresa, caberá ao responsável pela emissão de guias na localidade de destino emitir a guia própria em duas vias, observando-se o MANPES 16/2.

1.7.5 A efetivação do atendimento deverá ser atestada pelo beneficiário, no ato da prestação do serviço, por intermédio de sua assinatura nas duas vias da guia, sem o que ela não deverá ser paga.

1.7.5.1 Nos casos de tratamento que requerem várias sessões, além de assinatura nas duas vias, o beneficiário deverá atestar no verso quando da realização de cada sessão (datando e rubricando ao lado), nas duas vias da Guia de Exames e Tratamento.

1.7.5.2 O credenciado ficará de posse das duas vias da guia referente ao serviço prestado, para posteriormente enviar a 1ª via, juntamente com o pedido médico, para fins de conferência e pagamento da fatura.

2 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

2.1 Nas Localidades que dispõem de Ambulatório Odontológico da ECT

2.1.1 Os Ambulatórios da Empresa funcionarão como unidade de atendimento e triagem dos casos a serem encaminhados às entidades ou profissionais credenciados em odontologia, e deverão estar registrados no Conselho Regional de Odontologia - CRO.

2.1.2 Os beneficiários que desejarem utilizar a Assistência Odontológica oferecida pelo CorreiosSaúde devem dirigir-se primeiramente ao Ambulatório da Empresa, a fim de receber atendimento inicial e/ou orientação quanto aos demais procedimentos, com a seguinte documentação:

a) carteira Funcional (crachá) ou Carteira/Cartão de Identificação do CorreiosSaúde;

b) carteira de Identidade;

c) requisição do serviço odontológico credenciado que solicitou o exame complementar, a internação hospitalar (no caso de procedimentos cirúrgicos) ou a Ficha de Tratamento Odontológico (FTO) para a realização de auditoria, contendo CID ou HD.

2.1.3 Consulta

2.1.3.1 Nos casos de consulta, o beneficiário será atendido pelo dentista do Ambulatório da ECT por ordem de chegada ou de agendamento. No Ambulatório, poderão ser utilizados os formulários:

a) receituário;

b) guia de Exames e Tratamento Odontológico (GETO);



- * c) guia/Conta de Internação Hospitalar (GCIH);
- d) solicitação de Exames Radiográficos Odontológicos;
- e) ficha de Tratamento Odontológico (FTO).
- 2.1.3.1.1** Caso o dentista do Ambulatório da Empresa conclua pela necessidade de encaminhar o beneficiário para atendimento na Rede Credenciada, será emitido o formulário Guia de Exames e Tratamento Odontológico (GETO), autorizando a realização da consulta.
- 2.1.3.2** A 2ª consulta dentro da mesma especialidade que for requisitada dentro do próprio mês, somente será autorizada mediante justificativa do dentista assistente e homologação pelo dentista do Ambulatório da ECT.
- 2.1.3.2.1** A justificativa do dentista assistente poderá ser apresentada por meio de relatório ou da indicação do Código Internacional de Doenças (CID).
- 2.1.3.3** Por ocasião do primeiro atendimento do beneficiário pelo Ambulatório da Empresa será aberto Prontuário Odontológico, nos quais deverão ser registrados, a partir de então, a sua história clínica, bem como os exames, os diagnósticos e tratamentos a que ele for submetido no do Ambulatório da ECT. ou na Rede Credenciada.
- 2.1.4 Exames e Tratamentos Ambulatoriais**
- 2.1.4.1** Os pedidos de exames e de tratamentos odontológicos especiais deverão vir acompanhados das justificativas do profissional solicitante, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo dentista do Ambulatório da ECT, observando-se o indicado no MANPES 16/3.
- 2.1.5 Cirurgias Odontológicas**
- Os pedidos de cirurgias deverão vir acompanhados das justificativas do dentista solicitante, preferencialmente do especialista em cirurgia buco-maxilo-facial, para análise e aprovação pelo dentista do Ambulatório da ECT, como indicado no MANPES 16/3 – 2.1.3.2.1
- 2.1.5.1 Critérios para autorização:**
- a) dores na Articulação Têmporo Mandibular (ATM), acompanhada de:
- I – dificuldade de realização de movimentos mandibulares (cêntricos e excêntricos);
 - II – dificuldade de realizar o movimento de abertura da boca (trismo);
 - III – ausência de intercuspidação dentária entre as arcadas superior e inferior com projeção do mento (prognatismo);
 - IV - ausência de intercuspidação anterior, considerado “mordida profunda” acompanhado ou não de micrognatia.
- b) os pedidos para realização de cirurgias ortognáticas deverão vir acompanhadas de laudo radiográfico como meio auxiliar de diagnóstico.



- * 2.1.5.2 A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou depois da cirurgia, não possui cobertura financeira por parte dos CorreiosSaúde.

2.1.6 Tratamento Odontológico

2.1.6.1 O atendimento odontológico próprio da ECT é prestado nos Ambulatórios Internos que possuem instalações específicas para isso, realizando apenas os procedimentos elencados no MANPES 16/2.

2.1.6.2 O dentista do Ambulatório da ECT, na 1ª consulta, fará a avaliação do caso, agendando o tratamento que será realizado no próprio Ambulatório ou encaminhando o paciente para a Rede Credenciada.

2.1.6.2.1 No caso de encaminhamento do paciente para a rede credenciada deve ser observado o disposto no MANPES 16/3.

2.2 Localidades que não Dispõem de Ambulatórios da ECT

2.2.1 Nas localidades onde não houver Ambulatórios da ECT, os beneficiários serão atendidos pela Rede Credenciada.

2.2.2 Para atendimento na Rede Credenciada o beneficiário deverá adotar os procedimentos a seguir:

a) o beneficiário deverá escolher o dentista de sua preferência, através da relação de credenciados que estará à disposição na sua unidade de trabalho, e solicitar à Unidade de Emissão de Guia a GETO de consulta em 2 (duas) vias;

b) deverá agendar a consulta com o dentista credenciado para fazer o plano de tratamento somente nos serviços cobertos pelo CorreiosSaúde, onde será preenchida a FTO (Ficha de Tratamento Odontológico), em 3 (três) vias, sendo que a 3ª via deverá ficar em poder do profissional credenciado, para seu controle;

c) se na localidade houver dentista credenciado como perito, de posse das duas vias da FTO (Ficha de Tratamento Odontológico) devidamente preenchidas com o plano de tratamento, assinadas e carimbadas, o beneficiário deverá agendar uma consulta com este profissional para realizar a auditoria inicial. Após a aprovação pelo auditor, o beneficiário enviará a FTO para o ponto de emissão da GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) do plano de tratamento;

d) se na localidade não houver dentista credenciado como perito, as duas vias da FTO (Ficha de Tratamento Odontológico) devidamente preenchidas com o plano de tratamento, assinadas e carimbadas, deverão ser encaminhadas pelo chefe imediato quando titular ou dependente de empregado ativo ao Ambulatório da ECT, para análise e emissão da GETO (Guia de Exame e Tratamento Odontológico) do plano de tratamento, através de CI constando nome, matrícula, lotação do empregado e código do dependente (se for o caso). Após a análise pelo auditor, o Ambulatório enviará à unidade de lotação do empregado a 1ª via da FTO (Ficha de Atendimento Odontológico) e a GETO em 2 (vias), que deverão ser entregues ao empregado; o atendimento para os beneficiários ex-empregados aposentados e seus



* dependentes seguirá a mesma rotina, os documentos serão entregues na unidade mais próxima de sua residência que encaminhará ao Ambulatório;

e) somente de posse da FTO e da GETO de tratamento em 2 (duas) vias, o beneficiário deverá iniciar o tratamento num prazo máximo de 15 dias. O dentista auditor poderá convocar o paciente, caso julgue necessário, a qualquer momento, durante a realização do tratamento;

f) ao término do tratamento, o beneficiário deverá assinar a guia (GETO) e realizar a perícia final;

g) nas localidades onde houver perito credenciado, o usuário deverá, de posse da 1ª via da FTO e da 1ª via da GETO de tratamento, agendar a auditoria final no prazo máximo de 5 dias úteis a contar do término do tratamento;

h) nas localidades onde não houver perito credenciado, o usuário deverá entregar a 1ª via da FTO e a 1ª via da GETO de tratamento à chefia imediata (para os beneficiários ex-empregados aposentados e seus dependentes seguirá a mesma rotina) para a realização da perícia final no prazo máximo de 5 dias úteis ao término do tratamento no ambulatório dos Correios mais próximo.

2.2.3 Os beneficiários sempre que desejarem utilizar a Assistência Odontológica oferecida pela ECT deverão dirigir-se à Agência local ou ao Chefe da Região Operacional ou a outra pessoa designada para este fim, a qual emitirá a Guia de Consulta Odontológica, a Guia de Exame e Tratamento Odontológico e/ou a Guia/Conta de Internação Hospitalar, conforme o caso.

2.2.4 O responsável pela emissão da guia na Agência local ou na REOP deve certificar-se de que o paciente possui direito ao benefício CorreiosSaúde.

2.2.5 Em se tratando de paciente de outra localidade ou de outra Diretoria Regional, a Agência local/REOP deverá observar o disposto no MANPES 16/2.

2.2.6 Quando se tratar de exame ou tratamento classificado como especial e/ou cuja liberação seja controlada pelo Serviço Médico, a Agência local/REOP deverá submeter o caso a apreciação do Ambulatório, por meio de fax ou de CI (dependendo da urgência do caso), para obter a necessária autorização para emitir a guia.

2.2.7 Nos casos de atendimentos de urgência odontológica a emissão das guias para regularização dos atendimentos poderá ser feita pela Agência local/REOP, observado o disposto no MANPES 16/2.

2.2.8 Nas localidades onde não haja entidades ou profissionais credenciados para realizarem determinados procedimentos odontológicos, o beneficiário poderá ser encaminhado à localidade mais próxima que conte com aqueles recursos, mediante autorização nos termos do MANPES 16/2.

2.2.8.1 Caso a localidade mais próxima tenha Ambulatório da ECT, o atendimento será efetuado de acordo com o MANPES 16/3.

2.2.8.2 Caso a localidade mais próxima não tenha Ambulatório da Empresa, o atendimento será efetuado de acordo com o MANPES 16/3 - 2.2.

*** 2.3 Tratamento Odontológico na Rede Credenciada**

2.3.1 Primeiramente, o titular ou dependente deve dirigir-se à Rede Credenciada para a Consulta Inicial, na qual serão identificados os problemas e obtido o plano de tratamento, mas somente dos serviços cobertos pela ECT.

2.3.2 O dentista credenciado emitirá a FTO - Ficha de Tratamento Odontológico em 3 (três) vias, assinando-as e entregando ao beneficiário a 1ª e a 2ª vias (a 3ª via ficará em poder do dentista, para controle).

2.3.3 De posse das 2 (duas) vias da FTO, o beneficiário deverá agendar ou comparecer ao Ambulatório Interno ou a um dos dentistas-peritos credenciados, para a realização da Perícia Inicial.

2.3.4 Realizada a Perícia Inicial, o beneficiário obterá a GETO - Guia de Exame e Tratamento Odontológico no local da perícia, em 2 (duas) vias, com os procedimentos autorizados. A 2ª via da FTO ficará com o dentista-perito. O beneficiário deverá retornar ao credenciado portando as duas vias da GETO e a 1ª via da FTO.

2.3.5 Somente com a apresentação das duas vias da GETO e da 1ª via da FTO o tratamento poderá ser iniciado.

2.3.6 O beneficiário, cada vez que comparecer a uma sessão odontológica deverá rubricar no verso da FTO, ao lado das anotações do dentista credenciado, onde devem necessariamente constar à data, o nº do dente, a face e o tipo de serviço executado.

2.3.7 A partir da data de término do tratamento, o beneficiário terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para procurar o Ambulatório Interno ou o dentista-perito credenciado, portando a 1ª via da FTO, para realizar a Auditoria Final, sob pena de vir a arcar integralmente com as despesas correspondentes. Dentro deste prazo, o beneficiário deverá retornar ao credenciado e devolver-lhe a FTO, ocasião em que assinará a GETO.

2.3.8 Se o prazo mencionado no subitem anterior não for cumprido, o valor integral do tratamento será descontado do titular. O desconto integral deverá ser feito no mês seguinte ao mês de pagamento ao credenciado ou em parcelas, a critério do Diretor Regional.

2.3.9 Também serão descontados integralmente os tratamentos interrompidos por iniciativa do paciente, sem justificativa.

2.3.10 Não será autorizado que o paciente troque de dentista, a menos que, durante o tratamento, se verifique que esse dentista não está habilitado a realizar determinado procedimento ou que haja algum impedimento por razões alheias à vontade do paciente (falecimento do profissional, transferência do empregado para município distante e outras).

2.3.11 Cada GETO emitida vale para todas as etapas do tratamento nela mencionadas e deve ser assinada, pelo titular ou dependente, somente quando essas etapas estiverem concluídas. O tratamento deverá ter uma duração máxima de 6 (seis) meses, salvo os casos devidamente justificados.



* 2.3.12 O prazo de carência para realização de um novo tratamento será de 1(um) ano, exceto para os tratamentos considerados como urgência.

Exemplo: fratura de um dente, quebra de uma restauração e em casos que o paciente esteja realmente sentindo dor.

2.3.13 As restaurações, em qualquer material, deverão ter garantia mínima de 2 (dois) anos.

2.3.14 Os sulcos pigmentados, assim como as manchas brancas e lesões de cáries inativas (em silêncio clínico) deverão ser mantidas sob controle. Sulcos pigmentados profundos, retentivos e com desmineralização adjacente deverão ser restaurados.

2.3.15 Aplicação tópica de flúor poderá ser realizada em pacientes de todas as idades.

2.3.16 O selamento de cicatrículas e fissuras só poderá ser indicado para dentes permanentes posteriores recém-erupcionados, cujos sulcos oclusionais apresentam-se profundos e/ou retentivos.

2.3.17 Os procedimentos de periodontia só poderão ser realizados por profissionais com título de especialização em periodontia (na primeira fatura deverá ser encaminhado cópia do título de especialização, no caso de profissionais do interior).

2.3.18 a 2.13.19 REVOGADOS

2.4 Não serão permitidos:

a) o uso de Resina Fotopolimerizável em dentes posteriores e nem a substituição de restaurações antigas, mesmo por motivo de estética, exceto quando autorizado pelo dentista do Ambulatório da ECT, ou dentista-perito nas localidades onde não existe Ambulatório;

b) Rasuras na FTO e qualquer alteração no plano de tratamento feito após o início do mesmo. O credenciado deverá enviar novamente a FTO com a alteração e justificativa, para a nova aprovação.

2.5 A relação de procedimentos odontológicos cobertos pelo CorreiosSaúde será distribuída e atualizada, quando necessário, pela Área de Saúde da Administração Central, para todas as Diretorias Regionais.

2.6 Auditoria Odontológica – Padronização da Rotina de Atendimento

2.6.1 Ao realizar uma auditoria, o auditor deve manter imparcialidade frente ao plano de tratamento apresentado, de acordo com o Código de Ética, e seguir as orientações contidas nos Manuais de Auditoria da Área Odontológica, e do Credenciamento sob pena de sofrer processos diversos na área cível.

2.6.2 Ao detectar algum procedimento que não esteja dentro dos critérios estabelecidos pelo Convenio, solicitamos que seja adotada a rotina de preenchimento de duas vias, do Relatório de Auditoria (anexo do Manual de Auditoria da Área Odontológica). Depois de preenchido, não são permitidas as substituições de códigos por meio de rasuras por tratar-se de documento pertencente ao Credenciado.



- * 2.6.3 Depois de preenchido, a primeira via do Relatório de Auditoria deverá ser enviada ao Credenciamento, juntamente com as duas vias da FTO; a segunda via deverá ser arquivada.
- 2.6.4 As glosas deverão ser identificadas no campo destinado para tal, localizado na FTO, de preferência marcando um (x) em caneta vermelha e preenchendo o Relatório de Auditoria com o código correto.
- 2.6.5 As auditorias com valores entre R\$ 80,00 e R\$ 150,00 poderão ser aprovadas através de exame único, onde o auditor libera o paciente da auditoria final.
- 2.6.6 Sempre que existirem dúvidas com relação ao diagnóstico, o auditor poderá solicitar radiografias para esclarecimento.
- 2.6.7 Todo plano de tratamento e autorizado (Auditoria inicial) deverá ser transportado para o Prontuário de Registro Odontológico (PRO) e arquivado juntamente com a segunda via da FTO.
- 2.6.8 Ao realizar a Auditoria Final, o auditor deverá registrar no PRO (data, nome da clínica e assinar), arquivando-o em seguida, além de fazer o controle dos valores de prótese liberados para aqueles.
- 2.6.9 Orientamos às Regionais que realizem entre os Auditores Regionais a fim de uniformizar os procedimentos. Finalmente, caso permaneçam dúvidas com relação à rotina adotada, o Departamento de Saúde está à disposição para os esclarecimentos necessários.
- 2.6.10 A regional deverá encaminhar ao DESAU, mensalmente, o Relatório de Procedimentos Odontológicos, que apresentam os dados estatísticos referentes ao atendimento odontológico realizado no ambulatório e na rede credenciada, para efeito de controle e acompanhamento gerencial.

3 PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO PAGAMENTO DAS CONTAS MÉDICAS

3.1 A conferência dos documentos de cobrança da prestação dos serviços ao CorreiosSaúde pelo credenciado será efetuada pelo Setor de Contas Médicas de cada uma das Diretorias Regionais.

3.1.1 O faturamento das despesas médicas deverá ser realizado por intermédio do sistema informatizado aprovado pelo Departamento de Saúde.

3.2 A cobrança da prestação dos serviços deverá ser feita por intermédio de Nota Fiscal para as pessoas jurídicas e de Recibo de Pagamento a Autônomos - RPA para as pessoas físicas.

3.2.1 No caso de cobrança de prestador de serviços pessoa física, o RPA – Recibo de Pagamento de Autônomos deverá seguir o modelo aprovado pela ECT, em razão das determinações da Previdência social.

3.3. Conferência do Faturamento

3.3.1 O Setor de Contas Médicas receberá os documentos encaminhados:

- a) pela Rede Credenciada;



- * b) pelos empregados que utilizaram o Sistema de Livre Escolha;
c) pelas demais Diretorias Regionais.

3.3.1.1 Os documentos recebidos da Rede Credenciada deverão ser devidamente protocolados no Sistema Informatizado da ECT.

3.3.2 Os documentos encaminhados pela Rede Credenciada são compostos da 2ª via das guias utilizadas, da Nota Fiscal ou do Recibo de Pagamento a Autônomos - RPA, da relação de pacientes atendidos e de relatórios médicos, pedidos médicos e laudos de exames e, ainda, quando se tratar de tratamento odontológico, das correspondentes Fichas de Tratamento Odontológico (FTO).

3.3.3 Nos atendimentos de urgência ou emergência não regularizados pelo beneficiário, ou seja, aqueles para os quais não foram emitidas as correspondentes guias, os credenciados deverão informar na cobrança, obrigatoriamente:

- a) dados do titular (nome completo e matrícula);
- b) dados do paciente (nome completo, código do dependente e grau de parentesco);
- c) tipo de atendimento prestado, descrito pelo médico assistente;
- d) relatório da cirurgia e ficha da anestesia, se for o caso;
- e) relação de serviços, exames, materiais, medicamentos e taxas, se for o caso.

3.3.4 Não podem ser aceitas guias contendo qualquer tipo de rasura ou inclusões de procedimentos não autorizados pelo CorreiosSaúde.

3.3.5 Não podem ser aceitas as guias apresentadas na cobrança, por determinado credenciado, se tiverem sido emitidas em nome de outro credenciado, situação em que deveriam ter sido substituídas previamente pelo beneficiário.

3.3.6 A Área de Contas Médicas deverá conferir minuciosamente as faturas apresentadas pelos credenciados, somente liberando-as para pagamento quando não restar qualquer dúvida sobre a sua propriedade.

3.3.6.1 Realizar, como norma de trabalho, visitas, por médicos da Regional, nos hospitais onde possuem empregados/dependentes internados, para a constatação da propriedade ou não dos procedimentos aplicados e dos equipamentos, medicamentos e materiais utilizados. Deverá se informado ao setor de contas médicas quais os hospitais e pacientes visitados naquele mês, para que o próprio médico visitante acompanhe a conferência da fatura.

3.3.6.2 Conferir principalmente o seguinte:

- a) se as guias estão assinadas pelo beneficiário ou por seu responsável (em caso de menor ou de paciente impossibilitado de assinar);
- b) valores dos serviços prestados, materiais, medicamentos, contrastes e taxas discriminados nas faturas e demais documentos que acompanham as guias, comparando-as com os valores constantes das tabelas adotadas pelo CorreiosSaúde;



* c) se os atendimentos prestados estão relacionados com as especialidades para as quais o credenciado se cadastrou na Área de Contas Médicas, não cabendo cobranças de procedimentos em especialidades diferentes das cadastradas;

d) se o credenciado solicitou autorização prévia ao CorreiosSaúde para a realização de exames de alto custo, aquisição de materiais/medicamentos de alto custo, prótese e órteses, tratamentos especiais ou procedimentos não codificados na Tabela de Honorários Médicos da UNIDAS;

e) se as quantidades de materiais, medicamentos e contrastes estão compatíveis com os procedimentos realizados/autorizados pelo CorreiosSaúde, bem como se o uso de importados, se for o caso, é decorrente da inexistência de similar nacional;

f) se existe duplicidade de cobranças, principalmente no caso de terceirizados que atuam dentro de hospitais credenciados.

Exemplo: um hospital credenciado cobrar honorários médicos e a equipe assistente cobrar os mesmos honorários diretamente ou através de uma Associação;

g) se foram cobrados procedimentos não autorizados pela Empresa, com base na relação constante do MANPES 16/2;

h) se o beneficiário utilizou os serviços durante a vigência da guia como também se está legalmente cadastrado e durante a vigência do benefício;

i) se existe cobrança de prótese, stent, marcapasso, L.I.O. e outros materiais/medicamentos de alto custo e/ou controlados pela Empresa que não tenham sido autorizados previamente pelo CorreiosSaúde ou que tenham sofrido majoração com base em taxas de comercialização não praticadas pela Regional; e

j) se o período de internação ultrapassou a quantidade de diárias autorizadas pelo CorreiosSaúde.

3.3.6.3 No caso das guias relativas a tratamentos odontológicos, a análise será realizada previamente pela Área Odontológica do Ambulatório da Regional, antes do processamento pela Área de Contas Médicas.

3.3.7 Após a análise mencionada, a Área de Contas Médicas verificará se os valores cobrados são maiores do que o determinado pelo convênio.

3.3.7.1 Em caso negativo, armazenará os valores a serem pagos para compor a folha de pagamento da Rede Credenciada.

3.3.7.2 Em caso afirmativo, fará a correção das não conformidades, ou seja, dos valores incorretos, os quais serão adaptados às tabelas vigentes para liberação e, se necessário, acionará o médico encarregado da auditoria na Regional para verificação junto aos credenciados envolvidos e regularização das tabelas de preços por eles utilizadas.

3.3.7.2.1 Os valores liberados, após a correção, serão armazenados com aqueles mencionados no MANPES 16/3, para compor a folha de pagamento da Rede Credenciada.



* **3.3.8** As guias serão processadas/liberadas no sistema informatizado autorizado pelo DESAU, pela Área de Contas Médicas, para que se obtenham os dados necessários ao faturamento e ao compartilhamento das despesas médicas, inseridos em arquivos gerados, separadamente, para esses fins.

3.3.9 No caso dos Recibos e Notas Fiscais apresentados no Sistema de Livre Escolha, os procedimentos de conferência tomarão por base o disposto no MANPES 16/2.

3.3.10 No processo de conferência do faturamento, o Setor de Contas Médicas deverá observar o disposto nas Diretrizes Técnicas da Área de Saúde.

3.4 Pagamento

3.4.1 Com base nos dados armazenados, a Área de Contas Médicas gerará arquivos para o pagamento dos credenciados e de co-participação dos empregados e os demais listados no sistema SASMED, as cartas/notificações de glosas e os demonstrativos de pagamentos à Rede Credenciada.

3.4.1.2 A classificação, o registro orçamentário e a liberação dos pagamentos serão realizados pelas áreas competentes, na Regional.

3.4.2 Quando o período de uma internação ultrapassar o período de determinado mês, o credenciado deverá encerrar a conta daquele mês e o Serviço Médico prorrogará o prazo da guia original, cabendo o pagamento daquele mês ao credenciado e o conseqüente compartilhamento dessas despesas pelo beneficiário.

3.4.2.1 Em hipótese alguma as guias originais poderão ser substituídas por cópias (xerox, fax, scanner ou outro meio de reprodução).

3.4.2.2 REVOGADO

3.4.3 Os prazos de pagamento são os definidos regionalmente e constarão do Edital de Chamamento Público e do Termo de Credenciamento, divulgados aos interessados e aos credenciados, respectivamente.

3.4.4 Os Recibos e as Notas Fiscais apresentados pelos titulares empregados ativos da ECT no Sistema de Livre Escolha, serão reembolsados pela Área de Recursos Humanos da Regional, após remessa do arquivo específico pela Área de Contas Médicas.

3.4.4.1 O prazo para reembolso obedecerá ao disposto no MANPES 16/2.

3.4.5 As Regionais deverão informar ao titular, mensalmente, os valores gastos por ele e por seus dependentes na Rede Credenciada, através da emissão de Extrato de Despesas Médicas ou documento similar.

3.4.6 A Área de Contas Médicas deverá emitir, mensalmente, as CIs de despesas de titulares de outras Regionais, informando os gastos e as lotações de cada um deles, encaminhando-as para a Área Financeira, que, sendo o caso, efetuará a transferência das despesas.



* **3.5** Deverá ser aprimorado o processo de Negociação com a Rede Credenciada, incentivando a negociação de “Pacotes” cirúrgicos e outros com o objetivo de baratear as despesas cirúrgicas/internações. Promover negociações de Próteses, Órteses e Materiais de Alto Custo. Controle de Internações Prolongadas. Intensificar acompanhamento do paciente com longo período de internação.

3.5.1 a 3.5.4 REVOGADOS

3.6 SASMED – o processo de Faturamento no SASMED deverá seguir as normas constantes no Manual de “Procedimentos Operacionais - SASMED”.

3.7 Carta de correção nos pagamentos na área de saúde. Deverá ser cancelado e procedido a substituição de notas fiscais de prestação de serviço, quando essas apresentarem erros, considerando que a legislação do ISS, na maioria dos municípios brasileiros, não prevê a utilização da Carta de Correção.

3.7.1 Não deverá ser utilizada a Carta de Correção para compensar glosas que porventura ocorram no processo de faturamento das contas médicas/odontológicas, no âmbito dessa Regional.

3.8 Regras que deverão ser observadas sobre o preenchimento da Nota Fiscal:

a) a legislação tributária, em geral, quando admite a utilização de “Carta de Correção”, ou é para informar procedimentos fiscais levados a efeito e/ou a serem iniciados ou concluídos, ou seja, a carta de correção, nas hipóteses permitidas, e comentadas a diante, não é a solução em si, mas apenas a informação de que providências foram iniciadas e devem ser concluídas à luz da legislação estadual;

b) o RIPI – regulamento do IPI (legislação federal) prevê que, havendo constatação de erro no preenchimento do documento fiscal antes da remessa da mercadoria, o mesmo deverá ser cancelado e substituído por outro com dados corretos. Se a constatação ocorrer após a saída da mercadoria o remetente fará anotações no livro de ocorrências, informando imediatamente ao destinatário o fato e as providências a cargo de cada um;

c) por outro lado, se a irregularidade for detectada pela empresa destinatária da mercadoria, esta deverá creditar-se pelo valor correto do IPI – o direito ao crédito só acontece quando o adquirente for contribuinte desse imposto, que não é o caso da ECT – e comunicar o fato ao remetente no prazo de oito dias, contados da data do recebimento, ou antes de iniciar o uso ou venda dos produtos, se o início ocorrer antes dos oito dias do recebimento. Caberá ao remetente, de posse da comunicação tomar as providências cabíveis junto ao fisco de seu Estado. Na verdade carta de correção é como se fosse “carta para que sejam feitas as correções”;

d) para evitar problemas com o fisco, os órgãos da ECT deverão fazer rigorosa conferência dos documentos fiscais, à luz da legislação estadual conforme anexos, cotejando os produtos recebidos, no ato da entrada destes, e também com o documento interno que originou o pedido;

e) as orientações valem também para os serviços abrangidos pelo ICMS (de transporte intermunicipal, interestadual e de comunicação). Em qualquer situação de erro, deve-se



- * atentar para o regulamento do ICMS do respectivo Estado, porquanto divergentes em muitos detalhes.

3.9 Liquidação de Despesas Médicas por meio de Autorização de Pagamento (AP)

3.9.1 Poderá ser utilizada, excepcionalmente, em casos emergenciais ou para cobertura de procedimentos especiais que não sejam oferecidos pela Rede Credenciada da ECT ou nas localidades que não possui rede credenciada.

3.9.2 É necessário a apresentação da Nota Fiscal ou Recibo e que o procedimento seja caracterizado como pagamento efetivo.

3.9.3 Tal procedimento deverá ser autorizado após análise criteriosa por 2 (dois) médicos do Ambulatório da ECT e após avaliação pela Área de Contas Médicas quanto à vantagem financeira entre o pagamento por "AP" na rede particular e o encaminhamento do paciente para outra Regional (Rede Credenciada da ECT ou Rede Oficial); com autorização do Diretor Regional.

3.9.4 As despesas médico-hospitalares e odontológicas pagas através de "AP" deverão ser compartilhadas pelo titular nos mesmos moldes de co-participação citados no MANPES 16/2.

4 GENERALIDADES

4.1 Guias

4.1.1 A avaliação de exames complementares efetuada pela rede credenciada não será considerada consulta, sendo desnecessária a emissão de guia quando essa avaliação ocorrer dentro de 15 (quinze) dias após a consulta ou do prazo acordado regionalmente.

4.1.2 As consultas realizadas pelo mesmo médico, no mesmo paciente e relativa à mesma patologia (mesmo CID), no prazo de 15 (quinze) dias a contar do atendimento anterior ou no prazo acordado regionalmente, são consideradas pela ECT como retorno e, nesse caso, as guias não são autorizadas.

4.1.3 Todas as guias emitidas pelo responsável no Ambulatório da Empresa ou nas Agências/Regiões Operacionais autorizadas terão prazo de validade de 15 (quinze) dias a contar da data de sua emissão.

4.2 Ambulatório

As Diretorias Regionais deverão enviar ao Departamento de Saúde:

a) proposta devidamente justificada quando da necessidade de aumento de efetivo dos Ambulatórios;

b) a previsão de material permanente, necessária para os Ambulatórios da ECT que, após apreciação e homologação dos pedidos, enviará à Área responsável pela Aquisição e Administração de Material, para as providências cabíveis;



- * c) semestralmente, até o dia 5 (cinco) dos meses de janeiro e julho, o quadro de pessoal e de instrumental/móveis/equipamentos existentes em cada Ambulatório.

4.3 Controle de Despesas

4.3.1 O médico/auditor do Ambulatório da Diretoria Regional deverá, quando determinado pelo Diretor Regional ou pelo Gerente responsável pela Área de Saúde, fazer inspeção e fiscalização nas situações em que a incidência de consultas, de exames complementares e de hospitalizações, inclusive casos de natureza emergencial, revelarem indícios de anormalidade.

4.3.2 Até o dia 15 (quinze) de cada mês, impreterivelmente, as Diretorias Regionais deverão transmitir ao Departamento de Saúde os dados de atendimento e financeiros da Área de Saúde (Relaten – Relatório de Atendimento), referente ao mês anterior.

4.4 Procedimentos quando do Desligamento de Titulares

4.4.1 Para evitar o uso indevido do CorreiosSaúde por titulares/dependentes desligados do quadro de pessoal da ECT ou do próprio CorreiosSaúde, deverá ser adotado o seguinte procedimento:

a) O Setor responsável pela área de saúde deverá, em caráter de urgência:

I - providenciar a inclusão da data de desligamento do empregado no sistema informatizado de atendimento da área de saúde;

II) - recolher os prontuários do empregado demitido e de seus dependentes, apondo nos mesmos o carimbo de “desligado”, encaminhando-os ao arquivo morto; e

III) - comunicar, no caso do ex-empregado possuir beneficiário dependente que resida em localidade fora da sua jurisdição, à área de saúde da jurisdição onde reside o beneficiário dependente.

4.4.1.1 e 4.4.1.1.1 REVOGADOS

4.4.2 O titular poderá ter a cobertura das despesas médico-hospitalares e odontológicas até a data do desligamento.

4.4.3 O órgão responsável pelas atividades de desligamento do empregado, ao ser informado da extinção do contrato de trabalho, deverá solicitar ao órgão responsável pela operacionalização do benefício CorreiosSaúde, a pendência de despesas médicas do ex-empregado na Rede Credenciada.

4.4.3.1 Na hipótese de internação hospitalar do dependente, a cobertura das despesas médicas dar-se-á até a data da alta do paciente, mesmo que tenha ocorrido o desligamento do titular, o qual deverá ressarcir à ECT os valores pagos.

4.4.3.2 As despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas e aferidas até o desligamento terão a co-participação cobrada do ex-empregado, sempre que possível, por ocasião do acerto rescisório.



* **4.4.3.3** As despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas antes do desligamento do empregado e que somente puderem ser aferidas após o acerto rescisório, bem como aquelas não cobradas no acerto rescisório, serão objetos de carta de cobrança do valor da respectiva co-participação, a ser recolhido por intermédio de Comprovante.

4.4.3.4 As despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas indevidamente, após o desligamento do empregado, serão cobradas integralmente do mesmo, que será notificado para pagamento do débito, a ser recolhido por intermédio de Comprovante.

4.4.3.5 As cartas de cobrança e a notificação mencionada no Capítulo 16/3 - 4.4.3.3 e 4.4.3.4. serão emitidas pela Área de Saúde da jurisdição do ex-empregado, com cópia para a Área Financeira e para a Assessoria Jurídica da mesma jurisdição.

4.4.3.5.1 Se o recolhimento dos valores devidos pelo ex-empregado não for efetuado no prazo estabelecido, o assunto deverá ser encaminhado à Assessoria Jurídica para as medidas cabíveis.

4.4.3.6 Quando o titular for um ex-empregado da ECT, aposentado, a área de Saúde da Diretoria Regional deverá:

a) comunicar a exclusão, de imediato, à área de Recursos Humanos para que esta providencie a exclusão dos beneficiários no sistema POPULIS;

b) retirar todos os beneficiários do CADSAUDE e do SASMED; e

c) verificar possíveis pendências de despesas a serem compartilhadas.

4.4.4 No caso de falecimento do titular, eventuais débitos de co-participação pendentes serão cancelados automaticamente, não cabendo cobrança à família do "de cujus".

4.5 Diretrizes Técnicas da Área de Saúde

4.5.1 As informações técnicas do CorreiosSaúde, necessárias ao controle das despesas médicas, inclusive para as auditorias pré e pós-eventos e de contas médicas, constam das Diretrizes Técnicas da Área de Saúde, encaminhadas pelo Departamento de Saúde a todas as Diretorias Regionais.

4.5.2 Os critérios definidos nas Diretrizes Técnicas da Área de Saúde, serão rigorosamente observados para as autorizações de consultas, exames, tratamentos ambulatoriais, internações e cirurgias.

4.5.2.1 a 4.5.3 REVOGADOS

4.6 Os casos não previstos neste Capítulo deverão ser encaminhados ao Departamento de Saúde, que os analisará e os submeterá, se couber, à apreciação e decisão do Diretor de Recursos Humanos.

4.6.1 e 4.6.2 REVOGADOS

4.7 O cadastramento dos materiais/serviços/medicamentos no ERP, agora a cargo do DECAM, tem como objetivo padronizar os procedimentos de compra.



IF 4.8 Para que este cadastramento seja realizado, deverá ser adotada a seguinte rotina:

a) a Área de Saúde ao solicitar o cadastramento deverá obedecer aos padrões definidos pelo DECAM, utilizando o formulário disponibilizado na Intranetec – DECAM – Cadastrado ERP. O preenchimento deverá ser feito em conjunto com o GERAD. Na solicitação deverá ser preenchido o tipo, modelo, dimensão. No que se refere à medicação devem ser cadastrados o princípio ativo e também o nome comercial;

b) a GERAD deverá realizar consulta ao “Cadastro Mestre”, verificando se algum item genérico poderá atender a necessidade específica da DR, em caso negativo formular o pedido de inclusão e encaminhar para o DESAU- desau-caixa@correios.com.br para avaliação; e

c) o DESAU analisará os pedidos de inclusão e solicitará ao DECAM seu cadastramento no ERP; o DECAM processará a inclusão; e a Área Médica e a GERAD da Regional adotaram as providências com vistas ao cumprimento destas orientações, objetivando a busca da melhoria e agilização do processo de compra.

4.9 CARTÃO DE COMPRA

4.9.1 Orientações a serem observadas:

a) adquirir por intermédio do cartão somente os itens específicos de uso médico e de alto custo, tais como: prótese de complementação cirúrgica, cateteres, marca passos, sondas, válvulas, stent, laminas e outros utilizados nas intervenções cirúrgicas;

b) manter um controle minucioso das aquisições realizadas;

c) cumprir os procedimentos de utilização do cartão de compras, de acordo com o MANLIC, Módulo 8;

d) Não ultrapassar, em hipótese alguma, o limite de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais) mensais;

e) não utilizar, em hipótese alguma, o cartão para aquisição de outros materiais/medicamentos utilizados pela área de saúde;

f) encaminhar mensalmente ao DESAU, a relação discriminada (descrição, quantidade, valor, etc) das aquisições realizadas pelo referido cartão, bem como a redução de despesas ocorridas com as compras. Ao final de cada ano de utilização, apresentar relatório justificando a manutenção do cartão.

4.10 CUSTO DA ÁREA DE SAÚDE

4.10.1 Deverá ser elaborado relatório que possibilite a apuração do real custo do CorreiosSaúde e que complemente o RELATEN, que deverá ser enviado mensalmente ao DESAU.

4.10.2 Os referido relatório deverá conter as despesas com pessoal dos órgãos administrativos da estrutura regional que administra a Área de Saúde, despesas com a



IF manutenção de equipamentos dos ambulatórios, aquisição de materiais, medicamentos e outras despesas relativas à área.

4.10.2.1 As despesas realizadas com a finalidade de atender a Assistência Médica Hospitalar e Odontológica, nem sempre são alocadas aos órgãos vinculados a área de saúde.

4.10.3 As despesas realizadas com a Área Médica serão encontradas no BDCR – Banco de Dados de Custos e Receitas, desde que devidamente registradas com o código do STO - Sistema de Tabela do(s) Órgão(s) da Área de Saúde da Regional.

4.10.4 O(s) Órgão(s) da Área de Saúde da Regional, sede da Regional e do interior, deverão ser cadastrados no STO, onde a despesa ocorreu, adotando, para isto, os seguintes procedimentos:

a) verificar se os órgãos administrativos, conforme módulo 40 do MANORG, Capítulo 2,3,4,6,7 e 8, que administram a Área de Saúde da Regional, até o nível de seção, e todos os ambulatórios em efetivo funcionamento, estão corretamente cadastrados no STO, com o STATUS “CRIADO E INSTALADO”;

b) caso os órgãos citados no subitem imediatamente anterior não estejam cadastrados, a Regional providenciará o imediato e devido cadastramento dos mesmos;

c) alterar, no STO, o STATUS dos órgãos/ambulatórios extintos ou desativados para “Fechado em definitivo” ou “Fechado Provisoriamente”;

d) enviar ao DESAU o código, nome e situação de cada órgão/ambulatório cadastrado, em efetivo funcionamento, inclusive aquele que futuramente vier a ser criado, conforme exemplo a seguir:

Código do STO	Nome do Órgão/ Ambulatório	Situação (STATUS)
50270214	Seção de Administração de Convênios	Criado e Instalado
28800028	Ambulatório Operacional Centro	Criado e Instalado

e) mencionar o código do STO do Ambulatório ou do Órgão da Área de Saúde, que foi o gerador da despesa, em todos os documentos relativos às despesas realizadas a seguir especificadas, entre outras:

I - transporte aéreo ou terrestre de beneficiários do CorreiosSaúde, para tratamento em outras localidades;

II - remoção em ambulância;

III - traslado de copos;

IV - aquisição de material médico, hospitalar e odontológico e/ou medicamentos;

V - serviços de conservação/manutenção das instalações, móveis e/ou equipamentos da área de saúde;



IF

VI - serviços de atendimento médico/odontológico nos ambulatórios;

VII - serviços de auditoria médica (visita hospitalar ou de contas médicas); e

VIII - despesas com ordenados e salários dos empregados que executam atividades diretamente vinculadas com o Serviço de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, seja nos ambulatórios ou nos demais órgãos da estrutura da Área de Saúde. A captação dessa despesa será efetuada do banco de dados de pessoal, fazendo-se o link entre a matrícula do empregado e o STO de seu órgão de lotação, razão pela qual a lotação do empregado, no cadastro de pessoal, deverá ser realmente aquela em que o empregado exerce sua atividade.

5 CREDENCIAMENTO

5.1 Credenciamento Pessoa Física

5.1.1 As Diretorias Regionais somente estão autorizadas a realizar o credenciamento de Pessoa Física quando, comprovadamente, inexistir na localidade pessoa jurídica que possa prestar os serviços nas especialidades requeridas.

5.1.2 Com a finalidade de atender a Legislação vigente do INSS as Áreas de Saúde de todas as Regionais que deverão buscar junto a seus atuais credenciados novas informações cadastrais para acrescentar ao SASMED, tais como Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal e data de nascimento (apenas para pessoa física).

5.3 Cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

5.3.1 Procedimentos a serem adotados para efeito de credenciamento, deverá ser aceito, em substituição ao Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, a “Comprovação da Condição de Inscrito” no CNPJ e da Situação Cadastral emitida pela Internet, nos termos estabelecidos pela Instrução Normativa da SRF nº 20 00/2002, de 13 de setembro de 2002, da Secretaria da Receita Federal:

a) a aceitação do citado documento ficará condicionada a confirmação na Internet, pelo responsável na ECT, no endereço www.receita.fazenda.gov.br, serviço “Emissão de Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral”;

b) com relação a validade, esta fica condicionada à situação cadastral que constar no citado documento, que poderão se apresentar em 5 (cinco) situações:

I – ativa Regular;

II – ativa Não Regular;

III – suspensa;

IV – inapta;

V – cancelada.



IF

c) somente deverá ser aceito para o cadastro/credenciamento, e/ou licitação/contratação, a comprovação de inscrição que trazer discriminada no campo SITUAÇÃO CADASTRAL do formulário a informação ATIVA REGULAR.

5.4 Certidão Negativa de Débito – CND

5.4.1 A Regional deverá exigir dos credenciados da Área de Saúde, pessoa jurídica, a Certidão Negativa de Débito - CND, por ocasião do credenciamento, sem a qual a entidade não poderá ser credenciada;

5.4.2 O DEJUR posicionou-se, com fundamentação no caráter de excepcionalidade para a Área médica, devido à natureza dos serviços prestados aos beneficiários da ECT, pela não exigibilidade da CND, exclusivamente para efeito de pagamentos mensais, considerando a peculiaridade e a natureza da situação, por tratar-se de preservação e proteção à saúde e a vida do trabalhador ecetista;

5.4.3 A excepcionalidade a que se refere o subitem imediatamente anterior está condicionada à inexistência de prestador de determinada modalidade de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica, em condições de substituir, sem prejuízo da eficácia do atendimento, aquele credenciado em situação de inadimplência com a previdência social;

5.4.4 Considerando que a validade da CND é de 60 (sessenta) dias, a entidade deverá ser notificada, no ato do credenciamento, se o documento apresentado estiver fora do prazo de validade;

5.4.5 A Área de Saúde deverá informar à GECOF as entidades que estão com a CND irregular e que continuarão a prestar os serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, por se enquadrarem na recomendação do DEJUR, conforme consta desse Manual.

6 Pagamento a fornecedores credenciados amparados por medida judicial

6.1 A ECT adotará os procedimentos estabelecidos nos subitens seguintes, quando se tratar de pagamento a fornecedores credenciados amparados por medida judicial liminar, ante as disposições do artigo 27 da Instituição Normativa – SRF 306/2003.

6.1.1 Não mais poderá ser aceita declaração de credenciamento e sim deverá ser exigida a apresentação da certidão expedida pela Vara Judicial onde tramita o processo, sendo que tal documento tem validade de 30 (trinta) dias.

6.1.2 Deverá estar anexada à nota fiscal, a cada pagamento, certidão expedida pela Vara Judicial onde tramita o processo, denominada “Certidão de Objeto e Fé”.

6.1.3 No âmbito da ECT, esta certidão terá um prazo de validade de trinta dias, a contar da sua data de emissão, e após este prazo, o contratante deverá apresentar nova certidão que demonstre o estágio atual do processo na justiça.

7 LEGISLAÇÃO



IF 7.1 Legislação Previdenciária e Tributária deverão ser observadas todas as recomendações da Área Financeira.

7.2 Comprovante de Rendimento e Retenção Anual. Haverá comprovante de rendimentos e retenção anual que será encaminhada pela ECT (área de pagamentos) aos credenciados até o dia 28 de fevereiro de cada ano.

8 DIVULGAÇÃO DE PROFISSIONAIS CREDENCIADOS E SOBRE TEMAS DE SAÚDE – CORREIOSAÚDE.

8.1 Deverá ser dada ampla divulgação de toda a rede credenciada pela ECT para prestação de Assistência Médico/Hospitalar e Odontológica aos empregados da ECT e seus respectivos dependentes, com o objetivo de orientar e proporcionar facilidade aos beneficiários do CorreiosSaúde, quando de sua utilização.

8.2 Temas de Saúde. Procedimentos a serem adotados pela Regional:

a) submeter, previamente e obrigatoriamente, ao crivo da área médica local, a profissional credenciado para tanto, toda e qualquer matéria destinada à veiculação interna (BI/Regional, BI/ECT, jornal informativo interno) ou externa (jornal, revista, Imprensa local ou nacional) deverá seu submetida ao DESAU para aprovação;

b) as mensagens devem estar sedimentadas nos seguintes aspectos:

I - ética Médica;

II - respeito a relação médico-paciente;

III - observância fidedigna ao código de Ética Médica/Conselho Federal de Medicina, quando da divulgação de medicações, terapias e citações de entidades;

IV - fundamentação técnica/científica dos dados, inclusive citação da fonte;

V - coerência com os valores preconizados pelo Programa Nacional de Qualidade dos Correios;

VI - desenvolver ações integradas com todas as áreas da empresa, sobretudo com a Área de Comunicação, com o objetivo de aproveitar a grande influência que a mídia possui junto à coletividade em favor de um processo de aprimoramento cultural da comunidade ecetista.

9 GESTÃO DE CUSTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

9.1 Deverá ser realizada Auditoria em todos os Processos da Área.

9.1.1 Todos os procedimentos do CorreiosSaúde devem estar rigorosamente, sem qualquer tipo de execução, consubstanciados nas normas vigentes sobre o assunto.



IF

9.1.2 Deve ser feita uma avaliação da situação atual e, caso seja detectada alguma divergência, providenciar, de imediato, as devidas adequações. Para tal, deve-se avaliar o fiel cumprimento dessas normas.

10 ARQUIVO DE COMPARTILHAMENTO

10.1 Procedimentos a serem adotados pela Regional:

a) o Arquivo de Compartilhamento deve ser feito adequadamente e enviado na data preestabelecida;

b) para cada arquivo importado haverá, obrigatoriamente, um arquivo de validação. Este arquivo demonstrará a correta importação ou apresentará alguma divergência, como, Empregados demitidos, matrículas inválidas e outros. O arquivo de crítica se encontra no mesmo endereço onde foi registrado o arquivo de compartilhamento;

c) para os erros apresentados deverão ser adotadas as devidas providências cabíveis;

d) para os arquivos de importação, verifique se está correto e a necessidade ou não de importá-lo novamente ou, de apenas, correção de algum item;

e) é importante o acompanhamento desse processo, pois se o arquivo não for importado corretamente e se não houver correção das irregularidades não ocorrerão às co-participações e, conseqüentemente, haverá evasão de receitas;

f) neste caso, a área de saúde deverá acertar com as áreas responsáveis por essas despesas, para que a área médica seja informada, mensalmente, por relação nominal com o valor gasto com os beneficiários, para que possa incorporar as despesas pertinentes para efeito de co-participação.

10.2 Inserir despesas para co-participação:

10.2.1 Inserir na co-participação do beneficiário titular comandando no SASMED as despesas com transporte, hospedagem e alimentação do beneficiário e do acompanhante e demais despesas, nos casos de deslocamento para tratamento médico em outras localidades, encaminhado pela Empresa.

11 Prontuário Médico

11.1 Adotar o preenchimento obrigatório e completo do prontuário eletrônico nos Ambulatórios Internos da ECT, por se tratar de uma ferramenta essencial para se obter um escopo de situações epidemiológicas dentro da nossa Empresa e, com isso, direcionar as ações preventivas, em função da real situação constatada.

11.1.1 Ressalta-se também a importância de alguns itens do prontuário eletrônico, os quais não têm sido corretamente preenchidos:

a) CAMPO DE "CRÔNICOS" – especificar a patologia e o quadro clínico do paciente nos casos de doenças crônicas, indicando o CID correspondente;



IF

b) CID – sempre, a cada novo atendimento médico, colocar o CID dentro do item “Diagnóstico Realizado”.

11.2 Com a implantação do prontuário eletrônico, o prontuário físico, tradicional, não receberá nenhum registro. Pode ser utilizado para arquivar determinados documentos do paciente, considerando sua natureza e necessidade de guarda.

11.3 Encaminhamento de Prontuário Médico

11.3.1 Procedimentos a Serem Adotados na Origem

11.3.1.1 A Área de Pessoal informará à Área de Saúde a transferência de empregado para a jurisdição de outra DR ou da AC.

11.3.1.2 A Área de Saúde de origem do empregado transferido encaminhará o prontuário médico/odontológico à Área de Saúde de destino do empregado, oficialmente, por intermédio de CI, a qual deverá ser assinada pelo responsável pela Área Médica de origem.

11.3.1.3 O encaminhamento do prontuário médico/odontológico deverá ser feito levando-se em consideração os seguintes procedimentos: Encaminhar o Prontuário Médico em envelope colado, carimbado e assinado pelo responsável pela área de saúde remetente, com menção de “Prontuário Médico/Odontológico”, “Confidencial”.

11.3.1.3.1 Remessa do prontuário será feita com a utilização de AR (aviso de recebimento) exclusivo (separado dos demais documentos da área de pessoal), em malote de serviço.

11.3.2 Procedimentos a Serem Adotados no Destino

11.3.2.1 A Área Médica de destino informará, por intermédio de CI, o recebimento do prontuário médico/odontológico à Área de Saúde da DR remetente do prontuário.

11.3.2.2 A Área de Saúde de destino ao receber o prontuário, o encaminhará ao ambulatório, para arquivo em local adequado, correspondente à lotação do empregado.

11.3.2.3 Por se tratar de documento sigiloso e por questão ética, somente a Área de Saúde da DR de destino poderá receber o prontuário e somente médico do ambulatório de destino poderá abri-lo.

12 Controles

12.1 Implantar, perícia médica obrigatória para todos os casos de cirurgias eletivas nas cidades que dispõem de ambulatório médico. Para as demais cidades, essa análise poderá ser feita com base na documentação fornecida pelo médico assistente, podendo o paciente ser convocado para perícia, caso seja necessário, observando o custo benefício do deslocamento.

12.2 O prazo para realização da perícia/avaliação dos documentos e deliberação sobre o procedimento eletivo é de 10 dias úteis, devendo haver uma conscientização dos beneficiários/pacientes sobre esse procedimento.



IF 12.3 Intensificar a perícia médica, pré e pós realização dos eventos, analisando todos os procedimentos de alto custo e as cirurgias eletivas.

12.4 Exames Laboratoriais e Radiológicos. Não existe a aceitação de requisição de exames em formulários pré-impressos ou pré-definidos em meio eletrônico.

13 MEDICAMENTOS

13.1 Remédios Genéricos e Similares

13.1.1 Prescrição. Os profissionais médicos e odontólogos que atendem nos Ambulatórios da Empresa, bem como os que atendem na Rede Credenciada, deverão ser orientados quanto à rotina de prescrição de medicamentos, utilizando a denominação genérico, fórmula química, e/ou medicamentos similares que contêm o mesmo princípio ativo (fórmula farmacêutica) que normalmente apresentam preços mais baixos e qualidade equivalente àqueles de marca mais conhecida no mercado.

13.2 Deverá ser anexado nas guias médicas o seguinte lembrete: “orientar-se com seu médico sobre os medicamentos genéricos e similares”.

13.3 Essa medida tem o objetivo de beneficiar os empregados dos Correios e seus dependentes legalmente inscritos, quanto à aquisição de medicamentos a preço mais reduzidos, além de contribuir para o exercício de seu direito de escolha como consumidor.

13.4 A Regional deverá encaminhar carta a todos os profissionais médicos credenciados da ECT, com o objetivo de sensibilizá-lo sobre o assunto.

14 DIRETRIZES TÉCNICAS DA ÁREA DE SAÚDE

14.1 Entre os diversos objetivos desse documento, um deles é o de ampliar os controles das despesas realizadas com o CORREIOSSAÚDE, sem, contudo, afetar a qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários desse sistema, de fundamental importância para a política de Recursos Humanos da ECT.

14.1.1 As Diretrizes estão assim configuradas:

a) Módulo 1 – Conceitos e definições de termos mais utilizadas na área de Saúde;

b) Módulo 2 – Tabela comentada;

c) Módulo 2 – Manual sobre Análise de contas, contendo parâmetros para liberação e pagamento, etc.

14.2 Foram estabelecidos parâmetros para liberação de guias, inclusive detalhamento de materiais e medicamentos utilizados na maioria dos procedimentos cirúrgicos, Cobertura, definições e as associações indesejáveis, Termos Técnicos e Exames pouco solicitados.

14.3 Utilização das Diretrizes Técnicas. A área médica utilizará as Diretrizes Técnicas no dia-a-dia da Regional, (médicos, atendentes, faturistas, etc.) considerando que pretendemos



IF

conhecer e acompanhar todas as despesas realizadas pela citada área, com o objetivo de reduzirmos os custos sem prejudicar a qualidade dos serviços prestados.

15 NORMAS CONSOLIDADAS

15.1 As normas consolidadas do DESAU são atualizadas trimestralmente e têm vigência durante todo o trimestre a que as mesmas se referem e devem ser observados os seguintes itens:

a) aplicar as orientações contidas nas Normas Consolidadas ou no MANPES. Quando determinada orientação constar das Normas Consolidadas ou do MANPES e não existir nenhuma CI com data de expedição posterior à expedição desses documentos (Normas Consolidadas e MANPES), prevalece, neste caso, as orientações contidas nos citados documentos, até que os mesmos sejam atualizados;

b) aplicar as orientações contidas em CIs CIRCULARES. Quando determinado assunto, constante das Normas Consolidadas ou do MANPES, for tratado por intermédio de CI CIRCULAR, portando novas orientações, ajuste de texto ou inclusão de novos assuntos, prevalecem, neste caso, as orientações constantes das CIs expedidas sobre cada assunto, até que os citados documentos sejam atualizados.

16 RESÍDUOS DE SAÚDE

16.1 Deverão ser adotadas todas as orientações sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde constantes na Intranet, na página do DESAU.

17 SUBSTITUIÇÃO DE FUNÇÃO DE CONFIANÇA NA ÁREA DE SAÚDE

17.1 É comum, no âmbito da Empresa, a mudança de ocupante de função de confiança.

17.1.1 O novo ocupante de função de confiança na área médica deverá ser acompanhado pelo antigo titular da função, por determinado tempo, com o objetivo de transferir seus conhecimentos de forma a proporcionar segurança ao novo gestor, principalmente nas tomadas de decisões mais complexas.

17.1.2 É também de fundamental importância que qualquer profissional detentor de conhecimentos mais profundos sobre o CorreiosSaúde, principalmente sobre o sistema informatizado da área, repasse esses conhecimentos aos colegas do setor de trabalho, a fim de evitar solução de continuidade das atividades relativas ao CorreiosSaúde, em caso de mudança de lotação e, com isso, afetar a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários do sistema.

* * * * *

**RT – MÓDULO 16: ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****CAPÍTULO 4: PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO****M ANEXOS: 1 – Quadro de Avaliação Médica Relativa ao Cargo/Atividade****2 – Critérios de Inaptidão****1 EXAME MÉDICO ADMISSIONAL****1.1 Obrigatoriedade**

Todo candidato que tenha sido aprovado em processo seletivo para ingresso na Empresa deverá ser submetido, obrigatoriamente, aos exames admissionais. Os exames deverão ser realizados preliminarmente, ao ato de contratação do empregado, e terão caráter eliminatório.

1.2 Roteiro de Execução dos Exames**1.2.1 Conforme grade de exames nº 1 (Anexo 1)**

Nos casos em que os exames solicitados não forem elucidativos ou de acordo com peculiaridades específicas de determinados candidatos, o médico-examinador, sempre que julgar necessário e de acordo com o cargo pretendido, poderá solicitar exames que achar indispensáveis para a complementação do diagnóstico.

1.3 Quando da análise dos exames admissionais, o médico-examinador deverá determinar se o(a) candidato(a) está:

- a) apto(a) para o cargo pretendido;
- b) inapto(a) para o cargo pretendido.

1.3.1 Toda grade de exames deverá ser solicitada somente pelo médico-examinador.

1.3.2 Nas inaptidões, para os cargos de Carteiro e Operador de Triagem e Transbordo, deverão ser observados os critérios constantes no Anexo 2.

2 EXAME MÉDICO PERIÓDICO**2.1 Obrigatoriedade/Periodicidade**

Os exames médicos periódicos deverão constar de uma avaliação clínica,



RT –abrangendo anamnese ocupacional e exame físico/mental.

2.1.1 Serão realizados anualmente em empregados maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

2.1.2 Serão realizados a cada 2 (dois) anos, quando os empregados estiverem situados na faixa etária entre 18 (dezoito) e 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

2.1.3 Serão realizados a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC, para empregados expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas.

2.2 Roteiro de Execução de Exames

2.2.1 Exames Complementares

Os tipos de exames complementares a serem solicitados ficarão a critério do médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC, de acordo com os riscos da atividade detectados no mapeamento de riscos ambientais da Empresa e dos referenciais clínico-epidemiológicos.

2.2.1.1 A Grade nº 2 - Exames Periódicos – Anexo 1 servirá como parâmetro para a solicitação dos exames.

2.2.2 Aproveitamento de Resultados de Exames

Se o empregado tiver se submetido a qualquer perícia ou tratamento que tenha requerido atividade médica integrante do periódico e desde que no prazo de validade cabível, os resultados serão considerados, evitando-se repetições desnecessárias de exames.

2.3 Cronograma

O cronograma de exames periódicos será elaborado pelo médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC, de acordo com as possibilidades de atendimento do serviço médico e respeitadas as peculiaridades de cada DR ou da AC.

I 2.4 Exame Médico Periódico Especial

Empregados investidos em funções de chefia/assessoramento (equivalentes ao nível mínimo de subchefia de departamento na AC e gerência de área nas DRs) serão submetidos à grade especial de procedimentos médicos denominada Gerencial.

I 2.4.1 O Exame Médico Especial (Gerencial) será realizado a cada 2 (dois) anos, quando os empregados estiverem situados na faixa etária entre 18 (dezoito) e 45 (quarenta e cinco) anos de idade e anual para os empregados com idade superior a 45 anos.

- * — **2.4.2** A grade especial de procedimentos médicos (Gerencial) será elaborada pelo Coordenadores Nacional e Regionais do PCMSO/Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, respeitadas as peculiaridades de cada Diretoria Regional.

3 EXAME MÉDICO DE RETORNO AO TRABALHO

3.1 O exame médico de retorno ao trabalho tem como objetivo aferir a aptidão do empregado para retorno ao trabalho, deverá ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia de volta ao serviço;

3.2 O exame médico de retorno ao trabalho deverá ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia da volta ao trabalho de empregado ausente por período igual ou superior a (quinze) dias, por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto.

3.3 Decorridos 15 (quinze) dias de licença médica, na hipótese de incapacidade laboral, motivada, por doença ou acidente, o empregado deverá ser encaminhado, em tempo hábil, ao Órgão Previdenciário Oficial/INSS, para avaliação pericial.

3.4 Na hipótese de retorno ao trabalho após término de licença médica originária de parto e constatada a incapacidade laboral, a empregada faz jus à dilatação da licença maternidade, em que se encontrava, por mais 2 (duas) semanas (Artigo 392 Seção V, da CLT).

4 EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO OU CARGO

4.1 O exame médico de mudança de função ou de cargo será realizado, obrigatoriamente, antes da data da mudança. Entende-se por mudança de função ou cargo toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique na exposição do empregado a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

4.2 Quando o novo cargo ou a nova função apresentar risco diferente do cargo ou da função atual deverão ser adotado o seguinte procedimentos:

a) se o ASO – Atestado de Saúde Ocupacional do último exame periódico ainda estiver dentro do prazo de validade, deve ser solicitado apenas os itens que complementam a grade de exames periódicos do novo cargo ou função. Após análise de todo o conjunto, deve ser emitido o novo ASO;

b) Se o ASO do último exame periódico estiver com o prazo de validade vencido, deverão ser solicitados todos os itens da grade de exames periódicos inerentes ao novo cargo ou função, para a emissão do ASO.

4.3 Quando o novo cargo ou a nova função não apresentar qualquer alteração no risco a que o empregado pode ser exposto, deverão ser adotados os seguintes procedimentos

- * — a) se o ASO do último exame periódico estiver dentro do prazo de validade nenhum exame deverá ser solicitado;
- b) se o ASO do último exame periódico não estiver dentro do prazo de validade, o empregado deverá ser encaminhado para a realização do exame periódico.

5 EXAME MÉDICO DEMISSIONAL

5.1 Obrigatoriedade

O exame médico demissional será obrigatoriamente realizado nos casos de demissão motivada ou imotivada, até a data da homologação da rescisão contratual, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 135 (cento e trinta e cinco) dias.

5.2 Exame Complementar

Somente haverá exame complementar nos casos em que o médico examinador verificar sua real necessidade.

6 PROCEDIMENTOS GERAIS

6.1 Caberá ao médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC coordenar a realização dos exames admissionais, periódicos, demissionais, de retorno ao trabalho e de mudança de função, a que se submeterão os empregados, com ônus integral para a Empresa, observadas a situação contida no subitem 8.2.6, Capítulo 2, Módulo 16 deste Manual.

6.2 Para a realização dos exames admissionais, periódicos, demissionais, retorno ao trabalho e mudança de função, a Área de Saúde da DR e da AC deverá utilizar os serviços médicos e odontológicos, preferencialmente, na seguinte ordem:

- a) ambulatórios da ECT;
- b) entidades de Assistência Médica e Odontológica credenciadas pela Empresa.

6.3 A DR deverá designar um médico da Empresa como encarregado pelos exames constantes deste Capítulo (preferencialmente especialista em Medicina do Trabalho).

6.4 Para cada exame médico realizado previsto no PCMSO, o médico-examinador emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, no mínimo em 3 (três) vias.

6.4.1 A primeira via do ASO ficará no local de trabalho do empregado.†

6.4.2 A segunda via do ASO ficará aos cuidados do médico-coordenador do PCMSO Regional e à disposição da fiscalização do trabalho.

RT – **6.4.3** A terceira via do ASO será entregue ao empregado, mediante recibo na primeira e segunda via.

6.4.4 O ASO deverá conter, no mínimo:

- a) nome completo, matrícula, RG, lotação e função ou cargo do candidato ou empregado;
- b) os riscos ocupacionais específicos existentes ou a ausência deles na atividade do empregado;
- c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o empregado, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados;
- d) definição de apto ou inapto para a função específica que o empregado irá exercer, estiver exercendo ou exerceu;
- e) nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato;
- f) data e assinatura do médico-examinador e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM);
- g) nome e CRM do médico-coordenador do PCMSO;
- h) data e assinatura do candidato/empregado examinado.

6.5 Os dados obtidos nos exames médicos, avaliação clínica, exames complementares, conclusões e medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico encarregado do PCMSO.

6.5.1 Estes registros deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos, após o desligamento do empregado.

6.6 Os exames previstos neste capítulo deverão obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, as quais serão objetos de relatório anual.

6.6.1 O relatório anual deverá discriminar, por setores da Empresa (em nível de gerência), o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o mesmo modelo.

6.6.2 O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, de acordo com a NR-5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela Comissão.

RT – **6.6.3** O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que esse seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do Agente da Inspeção do Trabalho.

M **6.6.4** Nos meses de abril, julho, outubro e janeiro, a Diretoria Regional emitirá relatório trimestral à Coordenação de Medicina do Trabalho da Área de Saúde da Administração Central, informando a evolução do PCMSO no trimestre anterior, discriminando, por setor da Empresa (em nível de gerência), o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas, exames complementares e quantitativo de inaptidões por natureza de exame.

6.7 Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluem os definidos neste Capítulo, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, caberá ao médico-examinador:

a) solicitar à Empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT;

b) indicar, quando necessário, o afastamento do empregado da exposição ao risco, ou do trabalho;

c) encaminhar o empregado à Previdência Social para estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

d) orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente.

6.8 Dos Primeiros Socorros

6.8.1 Todo prédio da Empresa deverá estar equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros básicos (pequenos curativos), guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

6.8.2 Conteúdo básico da caixa de primeiros socorros:

Gaze, esparadrapo, adesivos ou *spray* (tipo *Band-Aid*) específico para pequenas lesões, luvas descartáveis, soro fisiológico 0,9% e ataduras (tipo crepom). Não é aconselhável colocação de instrumentos cortantes, medicamentos ou materiais perecíveis.

* * * * *

*

ANEXO 1: QUADRO DE AVALIAÇÃO MÉDICA RELATIVA AO CARGO/ATIVIDADE

1 GRADE DE EXAMES - nº 1

1.1 Admissional

1.1.1 Exames complementares básicos para todos os cargos:

a) hemograma Completo + VDRL/RSS + Machado Guerreiro + Glicemia + Lipidograma completo + T3/T4/TSH + Gama GT + Ácido Úrico + Grupo Sanguíneo + fator Rh + Uréia + Creatinina + EAS + EPF+Rx Tórax Ap-Perfil;

b) **oftalmologia** - todos os cargos;

c) **odontologia** - todos os cargos;

d) **consulta ginecológica** - sexo feminino;

e) **consulta urológica** - sexo masculino;

f) **idade** - = ou > 40 anos – Eletrocardiograma;

g) **candidatos com biotipologia que sugerem potencial para baixa capacidade aeróbica** - solicitar ergometria – prova de esforço;

h) **doenças infectoparasitárias** - de acordo com dados epidemiológicos/nosológicos de cada região poderão ser solicitados exames específicos;

i) candidatas gestantes não poderão ser submetidas a exames que utilizem radiação ionizante.

1.1.2 Exames Especiais

	Carteiro	Operador de Triagem e Transbordo	Operador de Triagem e Transbordo/RPN	Atendente Comercial
Rx joelhos e pés	X			
Escanometria	X			
Rx Coluna total	X	X	X	X
EEG	X	X	X	X
Audiometria		X	X	X

	Oficial de Manutenção	Desenhista	Oficial de Artes Gráficas	Telefonista	Motorista	Operador de Telecomunicações
Rx Coluna total	X	x			X	X
EEG	X		X		X	
Audiometria	X		X	X	X	X
ENMG/MMSS				X		X

* Obs: Exames de imagem tipo Ultrassonografia, Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada poderão ser solicitadas para investigar lesões osteomusculoligamentares e/ou hérnias discais.

Candidatas gestantes não poderão ser submetidas a exames que utilizem radiação ionizante.

1.2 Fica sob responsabilidade do médico-coordenador regional o estabelecimento das grades de exames, no âmbito da Diretoria Regional, devendo-se levar em conta as sugestões constantes neste Capítulo.

2 GRADE DE EXAMES - nº 2

2.1 Periódico

2.1.1 Exames complementares básicos para todos os cargos:

a) hemograma completo + Glicemia + Lipidograma completo + EAS + EPF + Uréia + Creatinina + TGO + TGP + Gama GT + Ácido úrico + Oftalmologia;

b) **idade:** = ou > 40 anos – Sexo Masculino;

c) PSA Total/Livre – Antígeno Prostático + Exame urológico;

d) ecografia prostática;

e) pesquisa de sangue oculto nas fezes;

f) qualquer idade – Sexo Feminino;

g) solicitar colpocitologia + consulta ginecológica para avaliação de prevenção ao Câncer de Colo Uterino e Câncer de Mamas;

h) **ecografia:** pélvica/transvaginal + mamária;

i) **mamografia:** sexo feminino – idade: = ou > 50 anos;

j) **densitometria Óssea:** sexo feminino – idade: = ou > 50 anos (ou idade inferior em mulheres já menopausadas). Periodicidade de 2/2 anos;

k) **idade = ou > 40 anos:** ambos os sexos:

I – eletrocardiograma;

II – ergometria.

2.1.2 Fica sob responsabilidade do médico coordenador regional o estabelecimento das grades de exames complementares no âmbito da respectiva DR, devendo levar em conta os exames constantes neste Capítulo.

* **2.2 Exames Especiais**

	Carteiro Motorizado	Operador de Triagem e Transbordo	Operador de Triagem e Transbordo / RPN
EEG	X	X	
Audiometria	X		X

	Oficial de Manutenção	Oficial de Artes Gráficas	Telefonista	Motorista	Operador de Telecomunicações
EEG	X	X		X	
Audiometria	X	X	X	X	X

	Dentista	OTT / Empilhadeiras	Oficial de Manutenção	Eletricista
Audiometria	X	X		
Carboxi Hemoglobina		X		
Ácido Hipúrico			X	
Mercúrio na Urina	X			
TGO/TGP/Gama GT			X	X
Ácido Metil-hipúrico			X	X

2.3 Exames Especiais de Acordo com Risco Ocupacional

	MARCADORES DE HEPATITE	PLAQUETAS	RETICULÓCITOS
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	X		
AUX. ENFERM. DO TRABALHO	X		
CIRURGIÃO-DENTISTA	X	X	X
ENFERMEIRO DO TRABALHO	X		
MÉDICO	X		
MÉDICO DO TRABALHO	X		
MESTRE DE ARTES GRÁFICAS		X	X
NUTRICIONISTA	X		
OFICIAL DE ARTES GRÁFICAS		X	X
OFICIAL DE MANUTENÇÃO		X	X
TÉCNICO INDUSTRIAL		X	X

* * * * *



* **ANEXO 2: CRITÉRIOS DE INAPTIDÃO**

1 ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA

1.1 Seqüela de fratura de membro superior e/ou de membro inferior.

1.2 Seqüela de fratura da coluna vertebral em qualquer nível.

1.3 Luxação recorrente de ombro.

1.4 Deformidades importantes, congênitas ou adquiridas, em membros superiores, que comprometam a função de pinça, de uma ou ambas as mãos, e em membros inferiores, que impeçam a deambulação normal, ocasionando diferença de comprimento entre os membros, com conseqüente báscula de bacia.

1.5 Ausências parciais ou totais de membros, congênita ou adquirida, que prejudiquem a função.

1.6 Patologia da coluna vertebral que compromete a manutenção da postura correta:

a) cifose e escoliose com desvio acima de 15 graus;

b) aumento acentuado da lordose lombar;

c) spina bífida;

d) costela cervical;

e) hérnia de disco;

f) mega apófises transversas;

g) patologias degenerativas;

h) espondilolises;

i) espondilolisteses;

j) redução de espaços discais;

k) nódulos de Schmorl.

1.7 Esporão do calcâneo / escafóide acessório,

1.8 Pés planos, geno valgus/varo, hállux valgus/varo,

1.9 Calosidade e hiperqueratose plantar importante,

**M**

1.10 tendinite ou tenossinovite.

1.11 doenças reumáticas crônicas (Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gôta).

1.12 outras patologias ortopédicas ou reumatológicas, consideradas incapacitantes para a função.

2 CARDIOVASCULAR

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e Arritmias (dependente de avaliação especializada).

2.2 Insuficiência Cardíaca Congestiva.

2.3 Cardiopatias congênitas ou adquiridas.

2.4 Insuficiência venosa ou arterial de membros inferiores.

3 PULMONAR

3.1 Pneumopatias crônicas (DPOC, Enfisema pulmonar, Fibroses pulmonares, etc.).

3.2 Doenças pulmonares infecciosas crônicas.

3.3 Asma brônquica.

4 NEUROLOGIA

4.1 Paralisia de membros.

4.2 Neuropatias centrais ou periféricas.

4.3 Incoordenação motora ou sensitiva.

4.4 Epilepsias.

5 DERMATOLOGIA

5.1 Patologias dermatológicas foto sensíveis.

5.2 Seqüelas importantes de queimaduras.

5.3 Doenças dermatológicas que incapacitam para a função.

**RT 6 OFTALMOLOGIA**

6.1 Retinopatias.

6.2 Cataratas.

6.3 Ceratocones.

6.4 Degeneração mióptica.

6.5 Glaucomas.

6.6 Déficit visual.

6.6.1 Consideram-se estrabismos admissíveis todas as exo e endotropias, exceto:

M a) as adquiridas por paralisias/paresias que apresentem diplopia;

M b) as que apresentem restrições e/ou aduções oculares (do melhor olho), que sejam clinicamente incompatíveis com a função pleiteada.

6.6.2 Campimetria Visual: deverá ser solicitado desde que o indivíduo apresente patologia que conhecidamente tenha como evolução redução do campo visual ou quando surgirem dúvidas na avaliação do exame de confrontação.

6.6.3 É admissível restrição no campo visual inferior a 140 graus na isóptera longitudinal e sem patologia progressiva concomitante.

6.1.4 Será considerado deficiente visual candidato com acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

7 AUDIOMETRIA

7.1 Surdez severa ou grave

7.2 Hipoacusias que prejudicam a função

7.3 Perdas auditivas induzidas por ruído – PAIR

8 RENAL

8.1 Insuficiência renal crônica

8.2 Hematúria



RT 8.3 Glomerulonefrite

8.4 Síndrome nefrótica

8.5 Litíase renal

9 OUTRAS SITUAÇÕES

9.1 Baixa capacidade aeróbica

9.2 Diabetes *mellitus* insulino dependente

9.3 Dislipidemias severas

9.4 Obesidade mórbida com comprometimento aeróbico

9.5 Hepatopatias em geral

9.6 Litíase biliar

9.7 Dependência química

9.8 Psicoses

9.9 Etilismo

9.10 Processos herniários em geral

9.11 Multíparas com problemas no assoalho pélvico

9.12 Gigantomastia

9.13 Outras patologias, seqüelas, deformidades congênitas ou adquiridas, que possam incapacitar para a função proposta.

9.14 Em caso de biotipo desfavorável, com suspeita de baixa capacidade aeróbica, poderá ser utilizado o teste ergométrico, considerando-se apto o valor mínimo de 40 ml de O² por quilo de peso corpóreo por minuto (VO₂).

* * * * *

**IC MÓDULO 16: ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****CAPÍTULO 5: HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO****1 OPERACIONALIZAÇÃO DA HOMOLOGAÇÃO DA LICENÇA MÉDICA/ODONTOLÓGICA**

A operacionalização da homologação da Licença Médica/odontológica no âmbito da Empresa, em nível nacional, está fundamentada no que estabelece a Lei nº. 605/49, regulamentada pelo Decreto nº. 27.048/49 da Presidência da República.

2 CARACTERIZAÇÃO DA LICENÇA MÉDICA

2.1 Licença Médica/Odontológica de 01 a 04 dias de afastamento.

2.2 Licença Médica/Odontológica de 05 a 15 dias de afastamento.

2.3 Licença Médica/Odontológica superior a 15 dias de afastamento.

2.4 Laudo Médico vinculado à CAT-Comunicação de Acidente do Trabalho.

3 PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS PARA HOMOLOGAÇÃO DA LICENÇA MÉDICA/HOSPITALAR

3.1 Licença Médica/Odontológica de 01 a 04 dias de afastamento

3.1.1 Localidade com e sem Ambulatórios:

3.1.1.1 O empregado, de posse do Atestado Médico ou Odontológico emitido por profissional habilitado, assistente do beneficiário, deverá dar conhecimento à sua chefia imediata, sobre seu afastamento do trabalho, por motivo de licença médica.

3.1.1.2 Nos casos de Atestado Médico ou Odontológico, com duração de até 04 (quatro) dias, o empregado terá o prazo de até 48 horas, após o início do afastamento, para entregá-lo à sua chefia imediata.

3.1.1.3 Visando preservar o sigilo médico, o Gestor da Unidade, ou pessoa por ele indicada, deverá inserir cópia do Atestado Médico/Odontológico em um envelope de serviço, que deverá ser lacrado e encaminhado ao Ambulatório onde se encontra o prontuário médico do empregado da jurisdição conforme definição de cada Regional.

3.1.1.4 O atestado original deverá ficar arquivado na Unidade de lotação do empregado.

3.1.1.5 Não poderá ser aceito Atestado Médico/Odontológico fora do prazo estabelecido no subitem 3.1.1.2 (quarenta e oito horas), exceto quando se tratar de comprovada impossibilidade de sua entrega no prazo estabelecido, em caráter de excepcionalidade.



3.1.1.6 Nos casos de apresentação de mais de dois atestados com prazo inferior a 4 dias, do mesmo empregado, no período de 60 (sessenta) dias, a chefia imediata do empregado terá autonomia para encaminhá-lo à perícia médica/odontológica, oportunidade em que será definido pelos peritos se os atestados serão ou não homologados.

3.2 Licença Médica/Odontológica de 05 a 15 dias de afastamento

3.2.1 Localidades com Ambulatórios:

3.2.1.1 Os Atestados Médicos/Odontológicos superiores a 04 (quatro) dias deverão, obrigatoriamente, ser submetidos à homologação do médico da ECT.

3.2.1.2 O empregado, de posse do Atestado Médico/Odontológico, emitido pelo médico/odontólogo assistente, deverá dar conhecimento de sua ausência à sua chefia imediata.

3.2.1.3 O empregado terá que agendar consulta no Ambulatório da ECT para homologação com médico/odontólogo.

3.2.1.4 O médico/odontólogo do Ambulatório deverá efetuar a perícia, realizando o exame físico do paciente. Conforme for o resultado de sua avaliação, o médico/odontólogo concluirá pela manutenção ou alteração da duração da licença, diminuindo ou prorrogando o período, ou ainda pela volta ao serviço.

3.2.1.5 Caso o empregado esteja incapacitado (impossibilidade de locomoção) para comparecer ao Ambulatório, o atestado será homologado mediante visita do médico/odontólogo da Empresa à residência do empregado ou ao hospital em que esteja internado. Na impossibilidade da visita mencionada, será solicitado ao médico/odontólogo assistente um relatório detalhado sobre o estado clínico do paciente.

3.2.1.6 O empregado na situação descrita no subitem 3.2.1.5 deverá comunicar-se com o Ambulatório Médico, com vistas a agendar a visita e, em caso de sua impossibilidade, o familiar deverá fazer o contato com a chefia imediata e com o Ambulatório para as providências pertinentes ao assunto.

3.3 Licença Médica/Odontológica de 05 a 15 dias de afastamento

3.3.1 Localidades sem Ambulatórios:

3.3.1.1 Os Atestados Médicos/Odontológicos superiores a 04 (quatro) dias, obrigatoriamente, deverão ser submetidos à homologação do médico da ECT.

3.3.1.2 O empregado, de posse do Atestado Médico/Odontológico emitido pelo médico/odontólogo assistente, deverá dar conhecimento de sua ausência à sua chefia imediata.



3.3.1.3 Visando preservar o sigilo médico, o Gerente da Unidade, ou pessoa por ele designada, deverá inserir o Atestado Médico/Odontológico em um envelope de serviço, lacrá-lo e endereçá-lo, de acordo com as orientações contidas no subitem 5.13.

3.3.1.4 O médico/odontólogo do Ambulatório deverá proceder a avaliação do atestado e, se julgar necessário, deverá fazer a convocação do empregado para realização de perícia. Conforme resultado da sua avaliação, concluirá pela manutenção ou alteração da duração do atestado, diminuindo ou prorrogando a licença, ou ainda pela volta ao serviço.

3.3.1.5 Deverá ser utilizada a Rede Credenciada para execução das perícias de que trata este capítulo.

3.4 Licença Médica/Odontológica Superior a 15 dias de afastamento

3.4.1 Localidades com e sem Ambulatórios:

3.4.1.1 Todo atestado superior a quinze dias deverá ser homologado pelo Médico Perito da ECT, que realizará perícia, in loco, emitirá o ASO/Atestado de Saúde Ocupacional de Apto ou Inapto e encaminhará, se for o caso, o empregado ao INSS, para fins de Auxílio-doença, registrando o processo em prontuário eletrônico. Nessa situação, o empregado deverá ser orientado a procurar a Área de Recursos Humanos para as providências cabíveis junto ao INSS.

4 HOMOLOGAÇÃO DE LAUDO MÉDICO NA CAT/COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

4.1 Independente da concessão de Licença ou não, o registro do Acidente de Trabalho deverá, obrigatoriamente, ser homologado por Médico do Trabalho da ECT, mediante perícia médica.

4.2 O empregado acidentado deverá solicitar à sua Chefia imediata ou à pessoa por ele indicada, para emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a fim de registrar a ocorrência.

4.3 Quando ocorrer solicitação pelo empregado para emitir CAT referente à doença ocupacional, a mesma só deverá ser emitida mediante orientação, por escrito, do Médico do Trabalho da ECT, após o empregado solicitante ser examinado pelo mesmo.

4.4 Nesse caso, o Chefe do empregado deverá, de imediato, agendar consulta com o Médico do Trabalho da ECT, para análise e decisão sobre a necessidade ou não de emissão de CAT.

4.5 A Consulta para homologação do Acidente de Trabalho deverá ocorrer no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data do acidente.

4.6 Quando o empregado for lotado no Interior, deverão ser adotados os seguintes procedimentos:



a) o empregado acidentado deverá, na data do Acidente de Trabalho ou no primeiro dia útil seguinte, solicitar à sua Chefia imediata ou à pessoa por ele indicada, para emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a fim de registrar a ocorrência;

b) no caso do empregado apresentar a CAT já preenchida, o Gestor da Unidade deverá anotar, no ato, a data de recebimento e rubricar e encaminhar a CAT por fax ao Médico do Trabalho da ECT.

c) de posse do Fax da CAT, o Médico do Trabalho da ECT analisará o caso e decidirá se o colaborador deverá comparecer à perícia médica ou não, para homologação do Acidente do Trabalho. Se ele for convocado pelo médico do trabalho para perícia, a ECT pagará a passagem, hospedagem, alimentação ou pagará passagem, hospedagem e diária de serviço;

d) o Serviço Médico da Empresa enviará um fax ou e-mail para o Gestor da Unidade, informando a decisão do médico da ECT (comunicando se a licença foi homologada ou se o empregado deverá comparecer para avaliação médica-pericial e data/horário da consulta).

4.7 Os Acidentes do Trabalho, motivados por assaltos em agências, devem seguir as orientações contidas no Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

5 ORIENTAÇÕES GERAIS

5.1 Caso o Serviço Médico não proceda a homologação do atestado, serão computadas faltas injustificadas.

5.2 É obrigatório o lançamento de todos os atestados no prontuário eletrônico (campo: Licença Médica) do empregado.

5.3 Não são justificadas faltas decorrentes de acompanhamento de pessoas da família ou concedido atestado para esse fim, exceto as situações previstas em Acordo Coletivo de Trabalho.

5.4 No Atestado Médico/Odontológico deverá constar obrigatoriamente:

a) nome do empregado (a);

b) assinatura do médico/odontólogo, carimbo contendo nome completo e registro no Conselho de Classe Regional;

c) tempo do afastamento concedido ao empregado;

d) data da emissão;

e) o Código Internacional de Doenças/CID, mediante autorização expressa do paciente.



5.5 Poderá ser formada Junta médico-odontológica para realizar perícia, com vistas à homologação de atestados em casos que se fizerem necessários.

5.6 Na Licença Médica superior a 15 (quinze) dias consecutivos ou não, com um ou mais atestados no prazo de 60 (sessenta dias), pelo mesmo CID, este(s) deverá(ão) ser remetido(s) ao Órgão de Administração de Recursos Humanos com recomendação de encaminhar o empregado à perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS.

5.7 O empregado somente deverá ser encaminhado para concessão de auxílio-doença, quando completar o período de afastamento de 15 dias intercalados ou não, em decorrência da mesma doença, observado para tanto, o prazo de sessenta dias.

5.8 Somente aos médicos ou odontólogos, no âmbito de suas profissões, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento de trabalho (Art. 6º da Resolução CFM nº. 1.658/2002 e Art. 6º da Resolução CFO nº. 42/2003).

5.9 Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado pelo Médico Perito, este se obriga a representar a ocorrência junto ao Conselho Regional de Medicina de sua Jurisdição, se for emitido por médico, ou ao Conselho Regional de Odontologia, se emitido por dentista.

5.10 O tempo concedido para dispensa da atividade e necessário para a completa recuperação do paciente, bem como a patologia motivadora do afastamento, devem ser objeto de análise criteriosa por parte do Médico Perito. Em caso de divergência, o Médico Perito possui autonomia para indeferir, no todo ou em parte, o período de afastamento pleiteado pelo empregado, sempre respaldado pelo exame físico/complementar, realizado no paciente.

5.11 Em toda avaliação médica-pericial, para homologação de licenças médicas, deverá ser verificado se o exame médico periódico do empregado está em dia. Caso contrário, deverão ser efetuadas orientações sobre a obrigatoriedade da realização do mesmo e conseqüente agendamento.

5.12 Aos empregados em gozo de Auxílio-doença/INSS, a Área de Saúde da Empresa poderá promover, quando julgar necessária, visita médica domiciliar ou convite ao empregado para participação de avaliação médico-odontológica, palestras e outros eventos realizados pela Empresa.

5.13 DISPOSIÇÕES GERAIS

5.13.1 Os envelopes devidamente lacrados, contendo os Atestados Médicos/Odontológicos de cada unidade, deverão ser endereçados da seguinte forma:

- a) Destinatário (no centro do envelope): Ao Ambulatório xxxx da DR xxxxx;
- b) Conteúdo: Atestados Médicos/Odontológicos;
- c) Remetente: (no rodapé esquerdo do envelope) Nome da Unidade de Origem.



I - Nome do Gestor;

II – Telefone do Gestor;

III – Órgão Remetente;

IV – Cidade/UF.

5.13.2 Arquivamento dos Atestados Médicos:

Os atestados médicos originários de outras unidades deverão ser arquivados no prontuário médico do empregado em licença médica.

5.13.3 Na impossibilidade do cumprimento dos subitens 3.2.1.1 e 3.2.1.6 deste Capítulo, a Regional deverá elaborar proposta de operacionalização desses procedimentos e submetê-la ao Departamento de Saúde/AC.

5.13.4 A homologação, a que se referem os subitens 3.1.1.6, 3.2.1.1, 3.4.1.1 e 4.1, é prerrogativa da Empresa, conforme disposto na Lei nº. 605/49, regulamentada pelo Decreto nº. 27.048/49.

* * * * *