



\* **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 "l", 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



\* concludidas. 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 franquias 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):

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

II) 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 freqüência 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 “contrastos”, 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 m<sup>2</sup> 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 providencia 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 "III".

### **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/m<sup>2</sup> ou inferior a 18 kg/m<sup>2</sup>;

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

- 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 gravidez 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/m<sup>2</sup>;

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

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/m<sup>2</sup> 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 assembleia 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: <b>1</b> 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. <b>2</b> Carteira de Identidade do(a) companheiro(a) a ser cadastrado(a) como dependente. <b>3</b> 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
<b>Continuação</b> b) Companheira(o), inclusive do mesmo sexo.	<b>Continuação</b> 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.	<b>Continuação</b> b) Declaração do beneficiário titular atestando que o(a) Companheiro(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício. <b>4</b> 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
<b>Continuação</b> j) Filho(a) Adotivo(a)	<b>Continuação</b> Maior de 21 anos inválido(a)	<b>Continuação</b> 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.

\* \* \* \* \*