



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

MANUAL DO BENEFICIÁRIO – PLANO CORREIOSSAÚDE II

APRESENTAÇÃO

Prezado Beneficiário,

A **Postal Saúde** - Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios, entidade de autogestão em saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como Operadora de Planos de Assistência à Saúde sob o nº 41913-3, tem como finalidade cuidar da sua saúde por meio de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica de qualidade.

Nossos valores são pautados na qualidade dos serviços, no compromisso e respeito com os Beneficiários, na ética e transparência nos negócios e na responsabilidade pelos resultados

Com o objetivo de esclarecer dúvidas, facilitar a utilização e divulgar direitos e deveres em relação às normas gerais do **Plano CorreiosSaúde II**, a Postal Saúde desenvolveu este Manual, que explica de maneira simplificada as regras do plano.

As informações e procedimentos aqui apresentados estão de acordo com o Regulamento do **Plano CorreiosSaúde II**, registrado sob o nº 480.344/18-2.

O **Plano CorreiosSaúde II** possui as seguintes características gerais:

- a) Tipo de contratação: Coletivo Empresarial;
- b) Segmentação assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
- c) Abrangência geográfica e de atuação: Nacional;
- d) Padrão de acomodação: Enfermaria;
- e) Formação do preço: Pós-estabelecido; e
- f) Serviços de Cobertura Adicionais descritos na tabela de cobertura do plano.

Leia o Manual do Beneficiário atentamente e consulte-o sempre que houver necessidade. Caso ainda restem dúvidas, entre em contato com a Postal Saúde por meio de um dos Canais de Atendimento.

SUMÁRIO

CANAIS DE ATENDIMENTO	4
CAPÍTULO 1 - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES	5
CAPÍTULO 2 - DOS BENEFICIÁRIOS ELEGÍVEIS AO PLANO CORREIOSSAÚDE II	6
CAPÍTULO 3 - DAS CARÊNCIAS.....	7
CAPÍTULO 4 - DA INCLUSÃO E PERMANÊNCIA NO PLANO CORREIOSSAÚDE II	8
CAPÍTULO 5 - DO CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS.....	12
CAPÍTULO 6 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)	12
CAPÍTULO 7 - DA ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES.....	12
CAPÍTULO 8 - DAS CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO CORREIOSSAÚDE II.....	13
CAPÍTULO 9 - DA PERDA DA CONDIÇÃO NO PLANO CORREIOSSAÚDE II.....	18
CAPÍTULO 10 - DA SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO	19
CAPÍTULO 11 - DA COBERTURA DO PLANO CORREIOSSAÚDE II	19
CAPÍTULO 12 - DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO CORREIOSSAÚDE II.....	25
CAPÍTULO 13 - DOS TIPOS DE ATENDIMENTOS PRESTADOS NA REDE CREDENCIADA	27
CAPÍTULO 14 - DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	27
CAPÍTULO 15 - DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.....	28
CAPÍTULO 16 - DOS MECANISMOS ASSISTENCIAIS DE REGULAÇÃO	29
CAPÍTULO 17 - DOS MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS ORAIS PARA USO DOMICILIAR....	32
CAPÍTULO 18 - DO LIVRE ESCOLHA	33
CAPÍTULO 19 - DA GARANTIA DE ATENDIMENTO	36
CAPÍTULO 20 - DO TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO (TFD)	36
CAPÍTULO 21 - DA COBERTURA PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR	41
CAPÍTULO 22 - DO TRANSPORTE (REMOÇÃO)	43
CAPÍTULO 23 - DOS TRANSPLANTES.....	43
CAPÍTULO 24 - DAS EXCEPCIONALIDADES	44
CAPÍTULO 25 - DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO.....	45
CAPÍTULO 26 - DO SISTEMA DE CUSTEIO	45
CAPÍTULO 27 - DO REAJUSTE	48

CANAIS DE ATENDIMENTO

Internet

Portal da Postal Saúde: www.postalsaude.com.br.

Ao visitar o portal da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br), você terá acesso a diversos serviços *online* que facilitam a utilização do seu plano de saúde, tais como: acesso à Rede Credenciada em âmbito nacional, Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), extrato de despesas médicas, demonstrativo de Imposto de Renda (IR), alteração de senha e muito mais.

Central de Atendimento ao Beneficiário da Postal Saúde

0800 888 8116

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos da Postal Saúde

0800 888 8117

Central de Autorização da Postal Saúde

0800 881 8080

Horário de funcionamento da Central de Atendimento

24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

Ouvidoria

0800 888 8120

Horário de funcionamento da Ouvidoria

Segunda a sexta, das 8h às 18h.

Unidades de Representação Regional

Existem 28 (vinte e oito) Unidades de Representação Regional nas Unidades Federativas do país com a finalidade de realizar os atendimentos aos Beneficiários e Prestadores da região. A relação com os respectivos endereços e horário de funcionamento encontram-se disponibilizada no Portal da Operadora (www.postalsaude.com.br).

CAPÍTULO 1 - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Acomodação Coletiva (enfermaria): internação em quarto coletivo com banheiro coletivo.

Acomodação Individual (apartamento): internação em quarto privativo com banheiro individual.

Abrangência geográfica: área geográfica de abrangência¹.

Classificação Internacional de Doenças (CID): é uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, fornecendo os códigos relativos a uma grande variedade de sinais, sintomas, circunstâncias sociais ou causas externas para ferimentos ou doenças.

Cobertura: é todo tipo de atendimento a que você tem direito de acordo com o plano contratado.

Coparticipação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário à Operadora após a realização de consultas, exames e procedimentos, exceto internações. O desconto referente a esses valores é realizado na folha de pagamento do Beneficiário Titular e/ou via boleto bancário.

Emergência: são situações que implicam em risco imediato à vida do indivíduo ou em lesões irreparáveis, caracterizadas por declaração do Médico, caso em que o paciente deve ser atendido em regime de prioridade.

Indisponibilidade do prestador credenciado: é caracterizada pela ausência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 259/2011.

Inexistência de prestador: é caracterizada pela ausência de prestadores credenciados ou não credenciados, no município de demanda, conforme previsto pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 259/2011.

Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde².

Mecanismos Assistenciais de Regulação: são meios e recursos técnicos, administrativos utilizados pela Operadora, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei nº 9.656 de 1998, seus regulamentos e na legislação vigente. É um processo de avaliação contínua que permite a identificação de não conformidades, realizado por meio de mecanismos regulatórios e regras de negócio definidos e aprovados, implantados e operacionalizados pela Postal Saúde, exceto em consultas e casos de urgência e emergência.

¹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Glossário Temático Saúde Suplementar. 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 12 de abril de 2018.

² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Glossário Temático Saúde Suplementar. 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 12 de abril de 2018.

Medicamento adjuvante: são medicamentos empregados de maneira associada aos quimioterápicos citotóxicos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento, ou seja, tem a finalidade de diminuir os efeitos colaterais. ³

Medicamento quimioterápico/antineoplásico: são medicamentos utilizados para destruir neoplasmas ou células malignas, inibindo o crescimento e a disseminação de tumores. ⁴

Medicamentos off label: do inglês, o termo “off label” não possui tradução literal para o português, mas designa o medicamento utilizado de forma diferente daquela descrita na bula que foi registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo utilizados de forma diversa da informada, como, por exemplo, em posologias não comuns, por via de administração diferente da prevista na bula, utilização em faixas etárias para as quais o medicamento não foi testado ou para tratamento de doenças que não foram estudadas, dentre outros.

Plano: é o produto, conforme registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Procedimentos eletivos: são procedimentos médicos programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

Rede Credenciada: é o conjunto de profissionais, Prestadores de serviço da área de saúde (médicos, dentistas, psicólogos, laboratórios, clínicas e hospitais) e entidades médicas, hospitalares e odontológicas credenciados ao **Plano CorreiosSaúde II** para atender seus Beneficiários.

Tabela de Cobertura: são as tabelas de cobertura médica e odontológica do **Plano CorreiosSaúde II**.

Urgência: são situações resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, nos moldes da Lei nº 9.656/98, que sugerem atendimento do indivíduo em curto espaço de tempo, sem colocar em risco a sua vida.

CAPÍTULO 2 - DOS BENEFICIÁRIOS ELEGÍVEIS AO PLANO CORREIOSAÚDE II

2.1. Os Beneficiários elegíveis ao **Plano CorreiosSaúde II** são:

2.1.1. Titulares

- a) Empregados com contrato de trabalho por prazo indeterminado dos Correios;
- b) Dirigentes dos Correios;
- c) Aposentados desligados sem justa causa, a pedido ou por invalidez;
- d) Aposentados nos Correios que permanecem na ativa;

³ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Parecer Técnico nº 28/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016, Cobertura: Medicamentos. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

⁴ Wikipedia, a enciclopédia livre. Antineoplásico. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

- e) Empregado dos Correios cedido a outro órgão público ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal;
- f) Empregado cedido aos Correios por órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, com ônus para os Correios;
- g) Assessor especial e cargos comissionados; e
- h) Anistiado nos termos da Lei nº 10.559/2002.

2.1.2. Dependentes

- a) Cônjuge;
- b) Companheira (o) ou Convivente do mesmo sexo;
- c) Filho(a) solteiro(a), menor de 21 (vinte um) anos;
- d) Filho(a) solteiro(a), maior de 21 (vinte um) anos inválido;
- e) Filho(a) solteiro (a), maior de 21 (vinte um) anos e menor de 24 (vinte quatro) anos cursando o ensino superior;
- f) Enteado(a) solteiro (a), menor de 21 (vinte um) anos;
- g) Enteado(a) solteiro (a), maior de 21 (vinte um) anos inválido;
- h) Enteado(a) solteiro (a), maior de 21 (vinte um) anos e menor de 24 (vinte quatro) anos cursando o ensino superior; e
- i) Menor sob guarda, com idade inferior a 21 (vinte um) anos.

CAPÍTULO 3 - DAS CARÊNCIAS

- 3.1. É isento de carência o empregado que aderir ao **Plano CorreiosSaúde II** em até 30 (trinta) dias corridos a partir da vigência do plano ou assinatura do contrato de trabalho por prazo indeterminado, da data de vigência da portaria de designação de empregado cedido e da data de início de mandato de dirigentes.
- 3.2. Para os demais casos, a carência do plano será:
 - I. 300 (trezentos) dias contínuos para partos a termo;
 - II. 180 (cento e oitenta) dias contínuos para os demais casos; e
 - III. 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.
- 3.2.1. A contagem das carências para cada Beneficiário dar-se-á a partir da data de seu ingresso.

CAPÍTULO 4 - DA INCLUSÃO E PERMANÊNCIA NO PLANO CORREIOSAÚDE II

- 4.1. Para a adesão, inclusão e permanência de Beneficiário titular ou dependente no plano faz-se necessário o cumprimento dos critérios e regras descritas neste Manual.
- 4.2. O Plano somente arcará com despesas de atendimento médico-hospitalar e odontológico dos Beneficiários (titulares e dependentes) no período compreendido entre as datas de inclusão (cadastramento) e de exclusão no cadastro.
- 4.3. A utilização do **Plano CorreiosSaúde II** somente poderá ocorrer após a data da homologação da inclusão.

4.4. Beneficiários titulares

- 4.4.1. A inclusão de Beneficiários titulares no plano ocorrerá por determinação dos Correios, quando da transformação do Contrato de Experiência em Contrato por Prazo Indeterminado.
- 4.4.2. O Beneficiário titular terá sua inclusão no **Plano CorreiosSaúde II** mediante preenchimento e assinatura do Termo de Adesão junto à Mantenedora/Patrocinadora, desde que atenda aos requisitos estabelecidos neste Manual.

4.5. Aposentados, Aposentados por invalidez e Anistiados

- 4.5.1. Os ex-empregados aposentados, aposentados por invalidez, aqueles que se aposentaram em atividade e os anistiados, poderão solicitar sua inclusão, bem como de seu cônjuge, companheiro ou convivente do mesmo sexo, no Plano, desde que preencham os seguintes requisitos:
 - a) A aposentadoria tenha ocorrido a partir de 01/01/1986, equiparando-se àqueles que, embora aposentados antes daquela data, tenham se desligado voluntariamente dos quadros de pessoal dos Correios e, imediatamente, recontratados, desde que atendam aos pré-requisitos estabelecidos;
 - b) Tenha prestado, no mínimo, 10 (dez) anos de serviços aos Correios, contínuos ou descontínuos, sendo que o último período deverá ser, obrigatoriamente, de efetivo exercício nos Correios e não podendo ser inferior a 5 (cinco) anos;
 - c) O último vínculo de trabalho com os Correios tenha sido regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);
 - d) Tenha sido desligado sem justa causa ou a pedido e que, após o desligamento/afastamento, não tenha contribuído para o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); e
 - e) Se anistiado político, ex-empregado dos Correios que não tenha retornado aos quadros da Empresa e respectivo cônjuge, companheiro e convivente do mesmo sexo, como Beneficiário do Plano, esteja de acordo com os termos do artigo 5º da Lei 10.559 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.

- f) Os aposentados, aposentados por invalidez e anistiados a partir de 01/01/1986, que não tenham sido cadastrados poderão efetuar, a qualquer tempo, a sua inclusão, bem como de seu cônjuge, companheiro (a) ou convivente do mesmo sexo, desde que preencham todos os requisitos acima.

4.5.2. Para todos os casos de inclusão de aposentados, aposentados por invalidez ou anistiado, é obrigatório que o último vínculo empregatício seja com os Correios.

4.5.3. Os documentos necessários à inclusão de aposentados, aposentados por invalidez e anistiados deverão ser apresentados em cópia autenticada ou em cópia acompanhada do original, em locais indicados pelos Correios ou pela Postal Saúde da jurisdição a que pertence, conforme detalhamento a seguir:

- a) Para os aposentados e aposentados por invalidez já desligados do quadro de pessoal dos Correios:
- I. Carta de Concessão de Aposentadoria expedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
 - II. Documento de identidade;
 - III. Cadastro de Pessoa Física (CPF);
 - IV. Carteira de Trabalho e Previdência Social ou outro documento oficial que comprove o tempo de vínculo empregatício com os Correios;
 - V. Certidão de Casamento ou documentos previstos neste Manual, quando desejar incluir cônjuge, companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo;
 - VI. Assinatura de Termo de Adesão, concordando com as regras estabelecidas neste Manual, sobre o benefício do Plano de saúde, oferecido pelos Correios;
 - VII. Comprovantes de rendimentos; e
 - VIII. Comprovante de residência (conta de luz, água, telefone etc.).
- b) Para ex-empregado anistiado político, bem como seu cônjuge, companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo, com o preenchimento do formulário de Termo de Adesão e apresentação dos documentos em cópia autenticada ou cópia acompanhada do original:
- I. 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 Diário Oficial da União (D.O.U);
 - II. Documento comprobatório do valor do benefício e do período definido para recebimento da indenização;

Sua vida, nossa existência

- III. Documento de identidade;
- IV. Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- V. Certidão de Casamento (quando desejar incluir cônjuge) ou documentos previstos neste Manual, para a inclusão de companheiro (a) ou convivente do mesmo sexo;
- VI. Título de eleitor;
- VII. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), para comprovar que não existe vínculo empregatício com outro empregador;
- VIII. Comprovante de recebimento de indenização definida pelo Ministério da Justiça;
- IX. Formulário Termo de Adesão, devidamente preenchido; e
- X. Comprovante de residência (conta de luz, água, telefone etc.).

4.5.4. São considerados, cumulativamente, como parte integrante da composição do rendimento dos aposentados, aposentados por invalidez e anistiados, para efeito de compartilhamento, o valor:

- a) bruto da suplementação paga pelo Postalis;
- b) do benefício pago pelo INSS ao aposentado e ao aposentado por invalidez; e
- c) da reparação econômica em prestação mensal paga ao anistiado.

4.5.5. Não será admitida, em nenhuma hipótese, a inclusão de Beneficiários aposentados, aposentados por invalidez e anistiados com pendência de dados, pré-requisitos ou documentos.

4.6. Beneficiário dependente

4.6.1. A inclusão de Beneficiários Dependentes necessita de requerimento do titular e a utilização do **Plano CorreiosSaúde II** somente poderá ocorrer após a data da homologação dessa inclusão, observando-se:

- a) atendimento às condições de elegibilidade para inclusão de beneficiário e atendimento aos seus itens; e
 - I. Entende-se por data de elegibilidade, a data do casamento ou união estável para inscrição do cônjuge/companheiro e/ou convivente do mesmo sexo, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, a data de assinatura do termo de guarda, para o menor sob guarda ou outras descritas neste Manual.
- b) Caso ocorram despesas médicas, hospitalares ou odontológicas anteriores à inclusão do dependente no Plano, estas serão custeadas pelo Beneficiário titular, não cabendo ao **Plano CorreiosSaúde II** nenhum ônus adicional.

4.6.2. A apresentação do CPF e RG são obrigatórias para todos os Beneficiários com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e preferencial para os dependentes menores de 18 (dezoito) anos de idade. Entretanto, a qualquer momento poderá ser estendida esta exigência, conforme determinação legal.

- 4.6.3. Se o Beneficiário dependente, na data que completar 21 (vinte e um) anos, já estiver cursando nível superior, deverá levar documentação exigida neste regulamento uma semana antes da data de seu aniversário para dar continuidade à utilização da assistência médica/odontológica.
- 4.6.4. Para os dependentes, filhos e enteados solteiros, maiores de 21 (vinte e um) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos cursando ensino superior, o cadastro deverá ser renovado semestralmente, de acordo com calendário definido pela Operadora.
- 4.6.5. Deverá ser dada especial atenção para o semestre em que o dependente completar 24 (vinte e quatro) anos. Nesta ocasião, o Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) deverá ser emitido com validade até a data de aniversário do dependente, se este completar a idade exigida (24 anos) antes do fim do semestre letivo.
- 4.6.6. Caso o curso superior finde antes da data em que o dependente completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, o Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) deverá ser emitido com validade até o fim do semestre letivo.
- 4.6.7. É assegurada a inclusão:
- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.
 - É garantido a inscrição do filho adotivo menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após a adoção.

4.7. Beneficiário dependente de Aposentado, Aposentado por Invalidez ou Anistiado

- 4.7.1. O titular aposentado que se desligou, ou o titular aposentado por invalidez que se afastou dos Correios antes de 2004, poderá aderir ao Plano, porém, somente terá direito à inclusão/alteração de cônjuge/companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo.
- 4.7.2. Aos Beneficiários definidos neste item, não será permitida a inclusão de outros dependentes.
- 4.7.3. O titular aposentado que se desligou, ou o titular aposentado por invalidez que se afastou dos Correios a partir de 2004, poderá permanecer com os dependentes que já estavam cadastrados enquanto se encontrava na ativa, respeitadas as regras gerais do Plano, mediante a assinatura do Termo de Permanência no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contínuos, a contar da data de seu desligamento.
- 4.7.4. A partir da data do desligamento/afastamento, não poderá ser incluído novo dependente, exceto à inclusão/alteração de cônjuge/companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo.

CAPÍTULO 5 - DO CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

- 5.1. Os Correios, ou a quem a empresa delegar, exercerá permanente controle no cadastro de Beneficiários, de forma que poderá, a qualquer momento, reavaliar o cadastro de Beneficiários e suprimir aqueles que não atendam aos pré-requisitos estabelecidos neste Manual.
- 5.2. Não poderão ser cadastrados empregados ativos ou aposentados e/ou anistiados como dependentes de outro Beneficiário titular.
- 5.3. Quando o casal (cônjuge, companheiro (a) ou convivente do mesmo sexo) for empregado dos Correios deverá optar com qual titular ficará cadastrado o dependente.
- 5.4. A adesão do Beneficiário dependente ao **Plano CorreiosSaúde II** somente terá validade após a análise e deferimento por parte da Postal Saúde e condicionada a participação do Beneficiário titular.

CAPÍTULO 6 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)

- 6.1. O Cartão de Identificação dos Beneficiários (CIB) somente poderá ser emitido após a homologação da inclusão no **Plano CorreiosSaúde II**.
- 6.2. O Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) será disponibilizado no portal www.postalsaude.com.br da Postal Saúde, por meio do ambiente Minha Postal, no aplicativo, disponível para smartphones, ou por meio de solicitação à Central de Atendimento.
 - 6.2.1. O CIB poderá ser impresso ou visualizado pelo aplicativo, no momento de sua utilização.
- 6.3. A apresentação é obrigatória e indispensável, juntamente com documento oficial de identificação com foto.
- 6.4. Nos casos em que o Beneficiário for menor de idade e não possuir documento com foto, deverá ser apresentada a Certidão de Nascimento para utilização dos serviços médicos e odontológicos.

CAPÍTULO 7 - DA ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES

- 7.1. O Beneficiário titular deverá, nos casos de alteração de dados (titular e dependente), informar à Postal Saúde, com o objetivo da manutenção do cadastro rigorosamente atualizado.
- 7.2. A omissão do Beneficiário titular em relação à atualização do cadastro, poderá acarretar:
 - a) Suspensão da assistência médica hospitalar e odontológica;
 - b) Ressarcimento integral, em caso de utilização indevida; e
 - c) Responsabilidade civil e administrativa.

- 7.3. A atualização cadastral deverá ser realizada por meio da Central de Atendimento (0800 - 888 8116), quando for referente à endereço, e-mail e telefone, ou nas Unidades de Representação Regional (URRs), com a documentação original referente as demais atualizações existentes.
- 7.4. É de responsabilidade do Beneficiário titular comunicar formalmente à Postal Saúde os casos de divórcio, separação judicial e separação de fato, sob pena de responder às sanções legais.

CAPÍTULO 8 - DAS CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO CORREIOSSAÚDE II

- 8.1. A solicitação de inclusão de dependente deverá ser realizada pelo Beneficiário titular, conforme as condições para inclusão e mediante entrega de documentação obrigatória, conforme quadro 1:

Quadro 1. Critérios e documentos obrigatórios para inclusão de dependentes

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
1 - Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> Não estar vinculado a qualquer modalidade de Plano de saúde ou de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica, oferecida por seu empregador. 	a) Cópia do RG do cônjuge; b) Cópia do CPF do cônjuge; c) Certidão de Casamento; d) Declaração do empregador do dependente, atestando que o cônjuge não está vinculado a qualquer modalidade de Plano de saúde ou de assistência médica, hospitalar e odontológica, patrocinada pela pessoa empregadora, acompanhada de cópia da página da CTPS do cônjuge relativa à identificação, qualificação e registro de empregado, ou documento equivalente em se tratando de funcionário (a) público(a); ou e) Declaração do Beneficiário titular, atestando que o cônjuge dependente não exerce atividade laboral com vínculo empregatício.
2 - Companheira (o) e Convivente do mesmo sexo	<ul style="list-style-type: none"> União estável. Não estar vinculado a qualquer modalidade de Plano de saúde ou de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica oferecida por seu empregador. 	a) Cópia do RG do dependente; b) Cópia do CPF do dependente. c) Um dos seguintes documentos: <ol style="list-style-type: none"> Última Declaração do Imposto de Renda do empregado em que conste o nome do(a) companheiro(a) a ser cadastrado(a) como dependente; ou ainda a última Declaração do Imposto de Renda do(a) companheiro(a) em que conste o nome do(a) empregado(a) como dependente; Documento comprobatório de união estável.

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		<p>d) Um dos seguintes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. 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 pessoa empregadora, acompanhada de cópia da página da CTPS do Beneficiário dependente relativa à identificação, qualificação e registro de empregado, ou documento equivalente em se tratando de funcionário (a) público (a); ou II. Declaração do Beneficiário titular, atestando que o(a) companheiro(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício. <p>e) Se possuir filho em comum apresentar, também:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Certidão de Nascimento do(a) filho(a). II. Prova de mesmo domicílio emitida há mais de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. <p>f) Se não possuir filho em comum apresentar, também:</p> <p>03 (três) dos seguintes documentos, desde que emitidos há mais de 365 dias:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Certidão de Casamento no religioso; II. Anotação de dependência feita pelo INSS na Carteira de Trabalho e Previdência Social; III. Prova de mesmo domicílio; IV. Prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil; V. Procuração ou fiança reciprocamente outorgada; VI. Conta bancária conjunta; VII. Registro de associação de qualquer natureza, onde conste a(o) companheira(o) como dependente do empregado; VIII. Apólice de seguro da qual conste o(a) empregado(a) como instituidor(a) do seguro em nome da(o) companheira(o); e

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		IX. Escritura de compra e venda de imóvel pelo(a) empregado(a) em nome do(a) companheiro(a).
3 - Filho(a) solteiro (a).	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 21 (vinte e um) anos. 	a) Cópia da Certidão de Nascimento ou do RG; b) Cópia do CPF para maior de 18 anos; e c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.
	<ul style="list-style-type: none"> Maior de 21 (vinte e um) anos inválido, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação. 	a) Cópia do RG; b) Cópia do CPF; c) Interdição Civil Judicial; d) Comprovante de Rendimentos, com renda máxima do dependente de até 1,2 salários mínimos, ou Declaração de que o dependente não possui rendimentos; e e) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.
	<ul style="list-style-type: none"> Maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos cursando o ensino superior. 	a) Cópia do RG; b) Cópia do CPF; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; d) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e e) Comprovante de frequência do semestre anterior. Esta declaração deverá apontar a data do término do período letivo e a periodicidade (anual ou semestral) do curso, bem como o período que está cursando (item não obrigatório).
4 - Enteado(a) solteiro (a)	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 21 (vinte e um) anos. Genitor(a) cadastrado(a) como Beneficiário(a) dependente no Plano. 	a) Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; b) Cópia do CPF para maior de 18 (dezoito) anos; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda;

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		d) Declaração do Beneficiário titular, atestando que o(a) enteado(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício; e e) Prova de mesmo domicílio do titular.
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior de 21 (vinte e um) anos inválido, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação. • Genitor(a) cadastrado(a) como Beneficiário(a) dependente no Plano. 	a) Cópia do RG; b) Cópia do CPF; c) Interdição Civil Judicial; d) Comprovante de Rendimentos, com renda máxima do dependente de até 1,2 salários mínimos, ou Declaração de que o dependente não possui rendimentos; e) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; e f) Prova de mesmo domicílio do titular.
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos cursando o ensino superior. • Genitor(a) cadastrado(a) como Beneficiário(a) dependente no Plano. 	a) Cópia do RG; b) Cópia do CPF; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; d) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e e) Comprovante de frequência do semestre anterior. Esta declaração deverá apontar a data do término do período letivo e a periodicidade (anual ou semestral) do curso, bem como o período que está cursando (item não obrigatório).
5. Menor sob guarda	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 21 (vinte e um) anos. 	a) Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; b) Cópia do CPF para maior de 18 anos; c) Comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; e d) Documento de guarda provisória ou definitiva.

Fonte: Correios

8.2. São considerados inválidos, para este Manual, os declarados incapazes na forma da Lei Civil.

8.3. A inclusão de dependentes maior de 21 (vinte e um) anos inválido somente se dará mediante a comprovação desta condição por meio de decisão judicial de interdição.

- 8.4. Deficiência física não caracteriza invalidez e sim as patologias que invalidam o paciente para o resto da vida.
- 8.5. 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 do dependente, nos casos de companheiro(a), enteado(a) e convivente do mesmo sexo.
- 8.6. O filho solteiro, dependente de empregado(a) em atividade, desligado do Plano por ter completado 21 (vinte e um) anos de idade, que ingressar no ensino superior após a perda da condição de Beneficiário do Plano e estiver frequentando aula regularmente (com a devida comprovação), poderá ser reincluído desde que não tenha completado 24 (vinte e quatro) anos.
- 8.7. Considera-se união estável aquela que atende aos termos da legislação em vigor.
- 8.8. A condição de inclusão “Não estar vinculado a qualquer modalidade de Plano de saúde ou de Assistência Médica oferecida por seu empregador” é direcionada aos dependentes de empregados admitidos a partir do dia 01/01/2007.
- 8.9. Para comprovação da dependência econômica de rendimentos dos dependentes nas seguintes categorias: filho (a) - maior de 21 (vinte e um) anos e inválido e enteado (a) - maior de 21 (vinte e um) anos e inválido, deverá ser cumprida, por pelo menos, uma das seguintes condições:
- a) assalariado: último contracheque;
 - b) aposentados e pensionistas: último comprovante de recebimento de aposentadoria e/ou pensão; e
 - c) demais situações: apresentação da DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos) para os seguintes rendimentos:
 - I. rendimentos do trabalho não assalariado;
 - II. rendimento de aluguéis;
 - III. honorários profissionais;
 - IV. rendimento de autônomo; e
 - V. rendimento de empresário.
- 8.9.1. A regra definida no item acima deverá ser adotada quando ocorrer atualização cadastral (recadastramento).
- 8.10. Há de se considerar todos os benefícios previdenciários na composição da renda a ser comprovada, não devendo ser considerados os benefícios governamentais.
- 8.11. Não será aceito o cadastramento de dependentes filho(a) solteiro(a), enteado(a) solteiro(a) e menor sob guarda que tenham sido emancipados conforme código civil.
- 8.12. O Código Civil define que a maioria dar-se-á a partir de 18 (dezoito anos) anos. Entretanto, os Correios mantêm o benefício para os dependentes menores de 21 (vinte e um) anos, desde que estes preencham todas as condições estabelecidas neste Manual.

- 8.13. A qualquer tempo poderá ser exigida a comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas pelos Beneficiários.
- 8.14. É vedada a inclusão de dependentes que não atendam aos pré-requisitos estabelecidos.

CAPÍTULO 9 - DA PERDA DA CONDIÇÃO NO PLANO CORREIOSAÚDE II

9.1. Desligamento de Beneficiário

- I. A perda de condição de Beneficiário caberá aos Correios nas situações a seguir:
- a) em caso de suspensão ou extinção do contrato de trabalho do Beneficiário titular;
 - b) a perda da condição de Beneficiário do Plano pela suspensão do contrato de trabalho estabelecida na alínea “a”, não se aplica aos aposentados na ativa que se afastaram do trabalho por mais de 15 (quinze) dias consecutivos, para tratamento da própria saúde, conforme capítulo 10 deste Manual;
 - c) por solicitação expressa do Beneficiário titular;
 - d) por falta de pagamento de mensalidade e coparticipação, por 3 (três) meses seguidos ou 5 (cinco) meses alternados, dentro do prazo de 12 (doze) meses;
 - e) quando o Beneficiário titular e/ou dependente deixar de atender aos requisitos de elegibilidade estabelecidos;
 - f) quando os dados cadastrais do Beneficiário estiverem desatualizados, até a data da efetiva regularização; e
 - g) para o(s) dependente (s), depois de transcorrido o prazo citado no item 9.2, subitem II.
- II. A perda da condição de Beneficiário será em caráter definitivo quando motivada pela extinção do contrato de trabalho ou nos casos citados acima e em caráter temporário durante o período de suspensão do contrato de trabalho, observadas situações específicas previstas no Capítulo 10 deste Manual.
- III. Os Correios deverão informar, de imediato, à Postal Saúde sobre empregados desligados do quadro de pessoal ou aqueles que estão com o contrato de trabalho suspenso a pedido.

9.2. Falecimento do Beneficiário Titular

- I. A família/dependente terá a obrigação de comunicar o falecimento do titular e de entregar uma cópia da respectiva Certidão de Óbito os Correios da jurisdição a que pertence. A utilização indevida do benefício acarretará na adoção de medidas legais cabíveis.

- II. Na ocorrência de falecimento do Beneficiário titular, o dependente perderá a condição de Beneficiário, depois de transcorridos 180 (cento e oitenta) dias contínuos, a contar da data do óbito. Durante o período em questão, o benefício será oferecido de forma gratuita aos Beneficiários dependentes que estiverem com seus dados cadastrais atualizados e que não estejam enquadrados nas situações elencadas no item 9.1.
- III. Transcorrido o período definido no subitem acima, o(s) dependente(s) perderá(ão) a condição de Beneficiário(s).
- IV. Os Correios deverão informar, de imediato, à Postal Saúde sobre a ocorrência de falecimento do Beneficiário titular.

CAPÍTULO 10 - DA SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

- 10.1. **Suspensão de contrato de trabalho por motivo de prisão do Beneficiário titular:** os dependentes permanecem com direito ao **Plano CorreiosSaúde II** e as despesas serão descontadas na suplementação do Auxílio-Reclusão pago pelo Postalis ou por meio de cobrança bancária.
- 10.2. **Suspensão de contrato de trabalho para tratamento de saúde de empregado aposentado em atividade:** o Beneficiário titular e seus dependentes cadastrados permanecerão com o direito de utilização à Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica. As despesas serão descontadas na suplementação paga pelo Postalis ou por meio de cobrança bancária.
- 10.3. **Suspensão de contrato de trabalho por motivo de licença saúde/afastamento INSS:** o Beneficiário titular e seus dependentes permanecem com direito ao **Plano CorreiosSaúde II** e as despesas serão calculadas mensalmente, semelhante aos empregados titulares na ativa, e descontada na folha de pagamento, quando do retorno do empregado, ou por meio de cobrança bancária.

CAPÍTULO 11 - DA COBERTURA DO PLANO CORREIOSSAUDE II

- 11.1. O **Plano CorreiosSaúde II** permite que você e seu(s) dependente(s) tenham uma ampla cobertura de procedimentos com base na tabela única de cobertura estabelecida para assistência médica e odontológica, a qual oferece cobertura superior ao rol definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 11.2. As tabelas acompanham todas as atualizações determinadas pela ANS e estarão disponíveis para consulta no portal da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br).

- 11.3. A Tabela de cobertura do **Plano CorreiosSaúde II** indica além dos procedimentos cobertos, a necessidade de autorização prévia e os documentos mínimos que deverão ser apresentados, no ato da solicitação da autorização pelo Prestador.
- 11.4. Nos casos em que o Prestador solicitar procedimentos e não enviar a documentação necessária conforme a tabela de cobertura, a Postal Saúde enviará mensagens ao mesmo alertando-o que a solicitação está pendente de documentação e será encerrada na ausência do envio.
- 11.5. Para os procedimentos que requeiram avaliação e autorização, deverão ser aplicados os parâmetros estabelecidos pela Operadora.
- 11.6. A cobertura do **Plano CorreiosSaúde II** deverá seguir as regras estabelecidas neste Manual, bem como a tabela de cobertura do Plano, as Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC), as Diretrizes de Utilização (DUT) e demais diretrizes da ANS.
- 11.7. Tratamento Ambulatorial**
- 11.7.1. Consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- 11.7.2. Tratamento com nutricionista, de acordo com a Tabela de Cobertura e diretrizes da ANS.
- 11.7.3. Hemodiálise e Diálise peritonial (CAPD).
- 11.7.4. Avaliação e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a Tabela de Cobertura e diretrizes da ANS.
- 11.7.5. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento.
- 11.7.6. Reeducação Postural Global (RPG) e hidroterapia, desde que atenda à DUC correspondente.
- 11.7.7. Hemoterapia ambulatorial.
- 11.7.8. Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas, que poderá ser realizada tanto por Psicólogo como por Médico devidamente habilitado, de acordo com a Tabela de Cobertura e diretrizes da ANS.
- 11.7.9. Procedimentos de reabilitação física e fisioterapia motora e respiratória, que poderão ser realizados tanto por fisiatra quanto por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, obedecendo a regras na Tabela de Cobertura e diretrizes da ANS.
- 11.7.10. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias quando especificados na Tabela de cobertura do Plano.
- 11.7.11. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo:
- a) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo Médico Assistente ou Cirurgião-Dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

- b) exames especializados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Federal de Odontologia (CFO), desde que solicitados pelo Médico Assistente ou Cirurgião-Dentista e liberados pelo Médico da Postal Saúde, quando for o caso.
- 11.7.12. Quimioterapia oncológica ambulatorial, os chamados antineoplásicos, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do Médico Assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.
- 11.7.12.1. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- 11.7.13. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.
- 11.7.14. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar.
- 11.7.15. Nutrição parenteral ou enteral.
- 11.7.16. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 11.7.17. Radiologia intervencionista.

11.8. Cobertura de Procedimentos Hospitalares

- 11.8.1. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados nas modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.
- 11.8.2. Internação em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em Enfermarias, Isolamentos, Centros de Terapia Intensiva e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), incluindo honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, desde que cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II**, compreendendo também:
- a) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, realizados unicamente em ambiente hospitalar;
 - b) fornecimento de anestésicos, gases, medicamentos, materiais de consumo e transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do Médico Assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- c) taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, colchões especiais e demais itens necessários;
 - d) remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro; e
 - e) um acompanhante por paciente, conforme legislações vigentes.
- 11.8.3. Cobertura das ações de planejamento familiar, tais como vasectomia e laqueadura tubária, observadas às condições estabelecidas na legislação vigente.
- 11.8.4. Cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, sequelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e malformações congênitas, com autorização prévia da Postal Saúde.
- 11.8.5. Cobertura do parto acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, das assistências ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:
- a) nas internações obstétricas haverá a cobertura das despesas, conforme indicação do Médico Assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la; e
 - b) o parto normal também poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.
- 11.8.6. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II**, quando constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- 11.8.6.1. Os procedimentos necessários ao segmento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de cobertura.
- 11.8.7. 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 intraocular para o procedimento de facectomia e prótese total de quadril para o procedimento de artroplastia correspondente).
- 11.8.8. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.
- 11.8.9. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.
- 11.8.10. O **Plano CorreiosSaúde II** cobrirá o tratamento ambulatorial para administração dos medicamentos NORIPURUM EV e FERINJECT EV, desde que previamente autorizado pela Postal Saúde.

11.8.11. O **Plano CorreiosSaúde II** contempla as cirurgias reparadoras pós-gastroplastia, de abdômen, mamas e de membros, conforme orientações a seguir e as definidas pela ANS:

- I. Mamoplastia, quando houver incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna, infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas, alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico). Não serão cobertas as próteses mamárias.
- II. Abdominoplastia/ Torsoplastia, quando houver incapacidade funcional pelo abdômen avental e desequilíbrio da coluna, infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas, alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico); e
- III. Excesso de Pele no braço e coxa que provocarem limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação, infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacteriana; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

11.9. Cobertura a Saúde Mental

11.9.1. Em regime ambulatorial, o Plano 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 autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência;
- b) haverá cobertura de psicoterapia, somente se prestado por Psicólogo ou Psiquiatra;
- c) a liberação do atendimento relativo 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.

11.9.2. Em Regime de Internação para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F30 e F31, F50, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, com prazo ilimitado para internação 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 autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência:

- a) caso haja necessidade de prorrogação do prazo, a solicitação do Médico Assistente devidamente justificada deverá ser submetida e autorizada previamente pelo Médico da Postal Saúde; e

- b) o Beneficiário poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia, conforme diretrizes da ANS.

11.9.3. A Postal Saúde deverá dispor de programas de atenção e cuidados intensivos, visando substituir a internação convencional e proporcionar ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar coberta pelo Plano. O Médico Assistente deverá definir o período de atendimento, meio período (manhã ou tarde) ou o período integral (12 horas), em regime de hospital-dia.

11.10. Cobertura ao Apoio Psicológico

11.10.1. 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;
- 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.

- 11.10.2. Quando tratar-se 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 à Central de Regulação da Postal Saúde, a qual deverá analisar e deliberar sobre o encaminhamento.
- 11.10.3. As visitas (sessões psicoterápicas) aos consultórios ou clínicas decorrentes de tratamentos de apoio psicológico não deverão ultrapassar o número de 1 (uma) por semana no período de 12 (doze) meses consecutivos, totalizando o número de 52 (cinquenta e duas) consultas.
- 11.10.4. 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 pela Central de Regulação da Postal Saúde. A prorrogação não poderá ultrapassar o prazo máximo de 6 (seis) meses, não ultrapassando o total de 26 (vinte e seis) atendimentos.

CAPÍTULO 12 - DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO CORREIOSAÚDE II

- 12.1. Os procedimentos não cobertos, ou seja, aqueles que, embora o especialista ou clínica credenciada esteja habilitado a realizar, mas que não fazem parte do rol de cobertura da ANS e nem da tabela de cobertura do **Plano CorreiosSaúde II**, não serão liberados para atendimento na Rede Credenciada ou pela opção de Livre Escolha.
- 12.2. As consultas ou atendimentos domiciliares não têm cobertura pelo **Plano CorreiosSaúde II**, exceto no caso de *Home Care* autorizado pelo Médico da Postal Saúde.
- 12.3. **Exames ou tratamentos não cobertos:** drenagem linfática, exceto nos casos de pós-mastectomia; internação hospitalar para fins de repouso, de reabilitação em geral ou de assistência em caráter social (asilo, internato e outros); estada em estâncias hidrominerais e climáticas, clínicas de emagrecimento, *spa*, hospital de retaguarda ou de apoio, casas de convivência/terapêutica, mesmo por indicação médica; exame de paternidade; inseminação artificial ou fertilização *in vitro*, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências; rejuvenescimento ou prevenção de envelhecimento; relativos à medicina ortomolecular; reprodução assistida, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências; varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia) ou aplicação a laser; tratamento fonoaudiológico, exceto nas situações definidas pela ANS; tratamento de apoio psicológico, exceto nos casos previstos neste Manual; internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica; 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 Conselho Federal de Medicina (CFM) e Código Brasileiro de Ética, e o Conselho Federal de Odontologia (CFO); e nos casos definidos pela ANS; ou quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação médica.
- 12.4. **Procedimentos clínicos e cirúrgicos não cobertos:** tratamentos estéticos; mamoplastia redutora estética; dermolipectomia estética ou qualquer outra cirurgia para tratamento estético;

cirurgias reparadoras consequentes do uso de antirretrovirais; mudança de sexo; recanalização tubária (à exceção de quando realizada para laqueadura tubária) e tratamento para infertilidade ou esterilidade; experimentais, não reconhecidos na prática médica; ilícitos ou antiéticos; procedimentos não reconhecidos no Código Brasileiro de Ética Médica, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM); emagrecimento com finalidade estética.

- 12.5. **Outros procedimentos não cobertos:** diárias hospitalares e despesas com acompanhante, exceto nos casos constantes neste Manual; confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como: colchões, cadeiras e outros para utilização domiciliar, exceto nos tratamentos de *home care*; controle de natalidade contrário à ética médica; despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, internet, canais fechados de TV, lavagem de roupa, refeições extras e outras; enfermagem, em caráter particular, em residência ou não; exames médicos admissionais (laboratoriais, radiológicos e outros) de empregados da empresa ou de seus dependentes que foram aprovados em concurso público de outras empresas ou órgãos públicos; exames, consultas e tratamentos com vistas à realização de periódicos, mudança de função ou cargo e demissionais relativos às necessidades de outras empresas, salvo para titulares dos Correios cedidos e que o custo de sua realização possa ser repassado ao cessionário; aqueles não previstos no Manual do Plano contratado e nas tabelas utilizadas pela Postal Saúde; não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); remoção domicílio-hospital e vice-versa; todas as despesas decorrentes de doação de órgão para paciente que não seja Beneficiário do **Plano CorreiosSaúde II**.
- 12.6. **Próteses ou órteses não cobertas:** aparelhos ortopédicos e órteses em geral (ex.: aparelho para surdez, óculos, lentes de contato e outros); fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou ao ato odontológico; parafuso reabsorvível.
- 12.7. **Materiais ou medicamentos não cobertos:** importados ou não prescritos para tratamento domiciliar, exceto aqueles utilizados nos hospitais, clínicas e credenciados durante atendimentos em pronto-socorro, internações, *home care* e aqueles constantes de programa implementado pela Postal Saúde; vacinas de qualquer natureza, exceto nas campanhas desenvolvidas pela Postal Saúde; manutenção de medicamentos para pacientes submetidos a transplantes; medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); Medicamentos ou produtos *off label* (utilização diversa da descrita na bula); e aqueles sem estudo clínico ou protocolos publicados; quimioterápicos quando solicitados de forma individual ou em composição com diversos medicamentos e que algum deles não façam parte dos protocolos e estudos médicos reconhecidos no Brasil.
- 12.8. **São excluídos da cobertura da assistência odontológica:** tratamento e cirurgia estética de qualquer natureza, bem como tratamentos ortodônticos e implantes osteointegrados; tratamento odontológico que não esteja mencionado na tabela de cobertura odontológica; consulta ou atendimento odontológico domiciliar; fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não), exceto aqueles utilizados nos hospitais/clínicas credenciados durante atendimentos de

pronto-socorro e internações; tratamentos e cirurgias odontológicas experimentais; tratamentos clínicos ou cirúrgicos odontológicos não éticos; quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação odontológica.

CAPÍTULO 13 - DOS TIPOS DE ATENDIMENTOS PRESTADOS NA REDE CREDENCIADA

- 13.1. Os tipos de atendimento na Rede Credenciada para assistência Médico-Hospitalar e Odontológico poderão ser:
- a) **Eletivo:** atendimento que pode ser programado para data posterior, sem que haja prejuízo à saúde do paciente;
 - b) **Emergência:** são eventos que implicam em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente; e
 - c) **Urgência:** os eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, conforme Lei nº 9.656, capítulo IX, Urgência e Emergência, art. 35-C.
- 13.2. Conforme tabela de cobertura, para as consultas eletivas e exames simples, não há necessidade de autorização prévia, incluindo atendimento de urgência e emergência.
- 13.3. Nos casos de exames complexos e internação eletiva, há necessidade de autorização prévia.

CAPÍTULO 14 - DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- 14.1. A internação hospitalar poderá ser classificada como clínica ou cirúrgica, conforme conceituado abaixo:
- a) **Internação clínica:** é o tipo de internação cujo tratamento não envolve procedimentos cirúrgicos, ou seja, o tratamento, durante o período de internação, é realizado à base de medicamentos para restabelecimento da saúde do paciente. Ex.: tratamento de pneumonia, dor abdominal, etc.
 - b) **Internação cirúrgica:** é o tipo de internação cujo tratamento é realizado por meio de intervenção cirúrgica. Ex.: Cesarianas, cirurgias de varizes, cirurgias cardíacas, etc.
- 14.2. O **Plano CorreiosSaúde II** adota, para acomodação hospitalar de seus Beneficiários, o padrão "Acomodação Coletiva" (enfermaria com dois ou mais leitos), tanto para internações clínicas quanto para as cirúrgicas.
- 14.2.1. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Postal Saúde, na acomodação em que o Beneficiário for inscrito, será garantido o acesso a acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional.

14.3. **Acomodação Individual** - poderá ser utilizado a acomodação individual nos seguintes casos:

I. Opção do Beneficiário

- a) Apartamento: caso o Beneficiário (titular/dependente) opte por acomodação diferente daquela regulamentada pelo Plano (enfermaria com dois ou mais leitos), poderá optar por acomodação hospitalar superior e deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital. Não haverá nenhuma participação da Operadora na negociação realizada entre o Beneficiário e o Prestador de serviço.

II. Por indicação médica - a Operadora deverá autorizar a internação em apartamento, em caráter excepcional, em situações devidamente analisadas e homologadas pela Postal Saúde, nos seguintes casos:

- a) Politraumatizados, com lesões graves de órgãos internos;
- b) Queimaduras de segundo e terceiros graus acima de 5 (cinco) Unidades Topográficas (UT); e
- c) Pacientes com sequelas neurológicas que apresentem deficiência de fala e locomoção comprovadamente restrito ao leito.

14.3.1. Nos casos de indicação médica, será necessária a apresentação de laudo do Médico Assistente, relatando as condições do Beneficiário e a justificativa de que a única alternativa de internação é a acomodação individual, a qual será analisada tecnicamente pela Postal Saúde.

14.3.2. Os casos de internação em isolamento não significam cobertura em apartamento e sim cobertura do pagamento da taxa de isolamento.

CAPÍTULO 15 - DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

15.1. A Tabela de cobertura do **Plano CorreiosSaúde II** indica além dos procedimentos cobertos, a necessidade de autorização prévia e os critérios técnicos que deverão ser apresentados, no ato da solicitação da autorização pelo Prestador.

15.2. O Plano oferece cobertura para os procedimentos de urgência odontológica, de acordo com o rol de procedimentos ANS, listados a seguir:

- 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/pulpotomia/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 consequente imobilização/contenção);
- i) selamento com cimento provisório, em casos de dentes com cavidades, fraturas ou perda de restaurações;
- j) adequação ao meio bucal (consiste em selamento com cimento provisório, em casos de dentes com cavidades, fraturas ou perda de restaurações); e
- k) sutura de feridas em região buco-maxilo-facial.

15.3. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar:

- a) o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção; e
- b) em se tratando de atendimento odontológico, o Cirurgião-Dentista Assistente e/ou o Médico Assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurar as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumir as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados que se submeterá a avaliação técnica da Postal Saúde.

CAPÍTULO 16 - DOS MECANISMOS ASSISTENCIAIS DE REGULAÇÃO

16.1. Os mecanismos de regulação são recursos técnicos administrativos, utilizados pela Postal Saúde, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, seus regulamentos e legislação vigente.

- 16.2. As coberturas previstas do **Plano CorreiosSaúde II** estão submetidas aos seguintes mecanismos assistenciais de regulação:
- I. **Auditoria Prévia:** exame médico, efetuado nas Unidades da Postal Saúde ou em locais por ela indicados, com a subsequente emissão de avaliação médica circunstanciada, antecedendo a realização do procedimento solicitado, com o correto enquadramento, de acordo com as normas e cobertura oferecida pelo **Plano CorreiosSaúde II**;
 - II. **Autorização Prévia:** autorização previamente concedida pela Postal Saúde ao Prestador de serviços ou para os Beneficiários para realização de procedimentos;
 - III. **Porta de Entrada:** estrutura de saúde própria ou indicada pela Postal Saúde, que efetuará o acolhimento do Beneficiário, com a finalidade de ser resolutivo nas necessidades apresentadas no caso ou definir o melhor encaminhamento para seu acolhimento junto à rede prestadora de serviço;
 - IV. **Auditoria Documental Médica ou Odontológica:** conjunto de investigações de competência médica ou odontológica desejável para o esclarecimento dos problemas de interesse específico da Postal Saúde, que visa verificar a realidade dos fatos de natureza médica ou odontológica à luz dos elementos disponíveis;
 - V. **Auditoria Presencial Médica ou Odontológica:** verifica a existência de fato, comprovação do plano de tratamento, o nexo de causa e efeito entre a lesão, sinais e sintomas e as consequências, oferecendo opinião e subsídios a uma conduta ou decisão administrativa;
 - VI. **Segunda Opinião Médica ou Odontológica:** Consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde realizada por médicos ou cirurgiões-dentistas especialistas, formalmente designados e solicitados pela Postal Saúde, de modo que esta análise preserve a saúde de seus Beneficiários, amparados por conceitos de medicina baseada em evidências;
 - VII. **Junta Médica ou Odontológica Presencial ou Documental:** é um processo formal de avaliação de conduta, proposta médica ou odontológica normatizado pela ANS, que objetiva definir a adequação desta conduta, resolução de eventual impasse e/ou de divergência técnica quanto a uma negativa em autorização prévia de procedimentos, serviços e Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME) ou ainda a avaliação de enquadramento na cobertura contratual em casos de impasse ou divergências entre a Postal Saúde e o profissional, Médico ou Dentista, atendente do Beneficiário, cuja conclusão deverá ser acatada pela Postal Saúde, quanto pelo Prestador de serviços. O procedimento para definição de impasses em casos de divergências médicas e/ou odontológicas, na forma do art. 4º, V, da CONSU 08/98, observará as normas editadas pela Agência Reguladora.
- 16.3. Os procedimentos cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II** estão previstos na tabela de cobertura do Plano contratado e deverão preencher os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização Técnica (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), Protocolo de Utilização (PROUT) e na Diretriz de Utilização dos Correios (DUC) para a Cobertura Adicional.

- 16.4. Os procedimentos realizados em situação de urgência ou emergência não necessitam de autorização prévia.
- 16.5. Não será utilizado mecanismos assistenciais de regulação em consultas.
- 16.6. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo Médico Assistente, Cirurgião-Dentista e outros profissionais da saúde nos termos da regulamentação em vigor.
- 16.7. Será necessária auditoria prévia sobre os procedimentos quando:
- I. Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento, além do cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e com a cobertura oferecida pelo **Plano CorreiosSaúde II**;
 - II. Houver a necessidade da solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelo **Plano CorreiosSaúde II**, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo Beneficiário; e
 - III. Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelo **Plano CorreiosSaúde II**.
- 16.8. O Prestador deverá observar os documentos necessários para a autorização de procedimentos pela Postal Saúde, descritas na Tabela de Cobertura do **Plano CorreiosSaúde II**.
- 16.9. Em caso de divergência médica/odontológica, na concessão da autorização prévia, poderá ser utilizado auditoria documental/ presencial, segunda opinião ou junta médica/odontológica.
- 16.9.1. Nos casos de instauração de junta médica/odontológica, o Beneficiário será informado pela Postal Saúde.
- 16.9.2. A composição da junta médica/odontológica é definida pela ANS e remunerada pela Postal Saúde.
- 16.10. Para a realização de tratamento odontológico, poderá ser solicitado ao Beneficiário a realização de perícia presencial por profissional credenciado junto à Postal Saúde, no início e/ou no fim do tratamento.
- 16.10.1. É vedado ao perito auditor credenciado, ou àqueles que atuam na Unidade de Atendimento da Postal Saúde, realizar perícias/auditorias próprias, em parentes ou de colegas da mesma clínica/consultório onde trabalha.
- 16.11. A Postal Saúde poderá referenciar os Prestadores integrantes da sua rede credenciada.
- 16.12. São observados critérios técnicos para liberação de procedimentos constantes na Tabela de Cobertura do **Plano CorreiosSaúde II**, tais quais: faixa etária, sexo, período intervalar, número de dias de internação, regime e tipo de atendimento, incidências se procedimento é bilateral ou se é único.
- 16.13. Será obrigatória a entrega do Termo de Consentimento devidamente assinado, nos casos exigidos pelas Tabelas, Manuais e legislações vigentes.

- 16.14. Não serão cobertas pelo Plano CorreiosSaúde II as despesas decorrentes de tratamento médicos ou serviços assistenciais que não cumprirem os mecanismos assistenciais de regulação descritos neste Manual.

CAPÍTULO 17 - DOS MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS ORAIS PARA USO DOMICILIAR

- 17.1. Os medicamentos quimioterápicos orais e adjuvantes para uso domiciliar poderão ser solicitados sem que o Beneficiário precise se deslocar até uma clínica ou um hospital conveniado e serão entregues em sua residência.
- 17.2. A adesão para receber o medicamento faz-se necessário o preenchimento do Termo de Adesão e demais documentos listados abaixo:
- Prescrição médica:** validade de 180 dias (6 meses) a partir da data registrada no documento. É de responsabilidade do Beneficiário encaminhar para a Postal Saúde a nova receita ou prescrição médica com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência da data de validade da primeira prescrição. Para tanto, o Beneficiário deverá entrar em contato com o Médico para solicitar a renovação da receita no prazo previsto.
 - Solicitação de medicamentos para tratamento com quimioterápicos orais:** o documento só será considerado válido se preenchido, datado, assinado e carimbado pelo Médico.
 - Termo de Consentimento para o fornecimento de medicamentos quimioterápicos orais:** o documento deverá ser preenchido pelo Beneficiário ou responsável legal.
 - Termo de Adesão para o fornecimento de medicamentos quimioterápicos orais:** o documento deverá ser preenchido pelo Beneficiário ou responsável legal. O endereço preenchido no Termo de Adesão deverá ser o mesmo para programação da entrega da medicação.
- 17.3. A Postal Saúde entregará os medicamentos quimioterápicos orais em sua residência, no conforto do lar. A medida representa mais segurança, conforto e comodidade para o seu tratamento, além de economia para o seu bolso na hora de compartilhar as despesas de saúde.
- 17.4. Os documentos deverão ser preenchidos, digitalizados e encaminhados para o e-mail quimioterapicos@postalsaude.com.br.
- 17.5. Caso o Beneficiário não tenha acesso à internet, poderá entregar a documentação na Unidade de Representação Regional (URR) do seu estado.
- 17.6. A documentação será analisada e, caso esteja completa, a Postal Saúde terá até 10 (dez) dias úteis para entregar o medicamento no local indicado pelo Beneficiário.
- 17.7. Nos casos de alterações, o Beneficiário deverá encaminhar nova prescrição ou receita médica e o FOP 069 para o e-mail quimioterapicos@postalsaude.com.br ou entregar pessoalmente na URR da região.

- 17.8. Nos casos de suspensão do tratamento, o Beneficiário deverá solicitar relatório médico detalhando o motivo da suspensão e encaminhar ao e-mail quimioterapicos@postalsaude.com.br ou entregar na URR da região.
- 17.8.1. Deverão ser considerados motivos para suspensão do tratamento quimioterápico oral:
- Óbito;
 - Alta;
 - Internação hospitalar; e
 - A pedido do Médico Assistente e/ou do Beneficiário.
- 17.9. Caso o Beneficiário necessite de mais informações, poderá entrar em contato nos canais de atendimento da Postal Saúde ou pelo portal da Operadora (www.postalsaude.com.br).

CAPÍTULO 18 - DO LIVRE ESCOLHA

- 18.1. Consiste na utilização de serviços médicos e odontológicos cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II**, realizados por intermédio da rede particular, não credenciada, em que o Beneficiário arcará com o pagamento das despesas, sendo ressarcido posteriormente, observando as regras descritas neste Capítulo.
- 18.2. O reembolso das despesas realizadas será pago até o limite do valor constante na tabela de preços negociada de acordo com a Unidade Federativa onde foi realizada a despesa e limitado ao valor do recibo ou nota fiscal.
- 18.3. O reembolso será feito diretamente ao Beneficiário Titular e estará condicionado à observância dos períodos de carência, dos mecanismos de regulação e dos procedimentos cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II**.
- 18.4. O pedido de reembolso deverá ser apresentado em formulário próprio (FOP 026 - Declaração para reembolso de despesas médicas), disponibilizado no portal da Postal Saúde, acompanhado de todos os documentos, devidamente assinado pelo Beneficiário Titular ou responsável legal.
- 18.5. O recibo ou documento fiscal deverá conter os dados, de acordo com o serviço realizado:
- 18.5.1. Para consultas médicas:
- Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
 - Endereço completo;
 - Número do CRM (somente nos recibos);
 - CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
 - Nome do paciente atendido;

- f) Discriminação do serviço prestado (deverá constar: Consulta Médica na especialidade atendida);
- g) Valor pago; e
- h) Data do atendimento.

18.5.2. Para odontologia:

- a) Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
- b) Endereço completo;
- c) Número do CRO (somente nos recibos);
- d) CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
- e) Nome do paciente atendido;
- f) Relatório detalhado do dentista ou odontograma;
- g) Valor pago por cada procedimento;
- h) Data do atendimento;o e
- i) Exame de Raio X para os casos de tratamento de: Prótese, Canal e demais procedimentos indicados na tabela de odontologia disponível no site da Postal Saúde.

18.5.3. Para exames SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico):

- a) Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
- b) Endereço completo;
- c) Número do CRM (somente nos recibos);
- d) CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
- e) Nome do paciente atendido;
- f) Discriminação do serviço prestado
- g) Pedido médico ou relatório;
- h) Valor pago por cada procedimento realizado; e
- i) Data do atendimento.

18.5.4. Para internação:

- a) Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
- b) Endereço completo;
- c) Número do CRM (somente nos recibos);
- d) CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
- e) Nome do paciente atendido;

- f) Descrição do atendimento prestado;
- g) Nos casos de internação fora da rede credenciada deverá SER apresentada conta hospitalar analítica, em papel timbrado do Prestador de serviços, contendo todos os gastos provenientes da internação, período, tipo de acomodação, materiais e medicamentos devidamente discriminados;
- h) Relatório Médico Contendo o diagnóstico, tratamento realizado, data da internação e alta, se for o caso, a condição de urgência e/ou emergência;
- i) Nos casos de internação em rede credenciada e a cobrança refere-se apenas aos honorários médicos de profissionais não credenciados faz-se obrigatória a informação de qual posição cirúrgica o médico exerceu no procedimento (cirurgião, 1º ou 2º auxiliar, anestesista) juntamente com seus registros profissionais e CPF sem essas informações os pedidos não serão acatados;
- j) Valor pago por cada procedimento realizado; e
- k) Data do atendimento.

18.5.5. Para psicoterapia/fisioterapia/fonoaudiologia e demais tratamentos seriados:

- a) Identificação do profissional ou entidade (nome, assinatura, endereço completo, nº do CRM, CNPJ ou CPF), assinatura do Beneficiário;
- b) Nome do titular do Plano;
- c) Paciente atendido;
- d) Quantidade e data das sessões realizadas (informadas pelo profissional que realizou atendimento);
- e) Valor pago por cada sessão e valor total;
- f) Pedido médico contendo a indicação clínica justificando a realização do procedimento; e
- g) Relatório contendo prognóstico do tratamento quando solicitado pela Postal Saúde.
 - I. Não será aceita documentação incompleta.

18.6. O pedido de reembolso deverá ser entregue presencialmente ou por correspondência na Unidade de Representação Regional (URR) de sua localidade.

18.7. Não são passíveis de reembolso pedidos com documentação incompleta, documentos ilegíveis, dupla grafia, rasuras ou emendas sem ressalva do emitente.

18.8. Os comprovantes de despesas (documentos fiscais ou recibos) somente serão válidos, para efeito de reembolso pela Postal Saúde, até o prazo de 1 (um) ano contado da data da emissão, verificada a validade das notas fiscais.

18.9. O reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento, pela Postal Saúde e da documentação completa.

18.10. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso, também será descontada a coparticipação.

CAPÍTULO 19 - DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

- 19.1. Caso o Beneficiário não consiga agendar o serviço ou o procedimento previsto pelo Plano, deverá entrar em contato com a Postal Saúde, por meio de seus canais de atendimento, onde o prazo para a garantia de atendimento, definido pela legislação vigente, passará a contar a partir da data de comunicação do Beneficiário com a Operadora.

CAPÍTULO 20 - DO TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO (TFD)

- 20.1. Considera-se como Tratamento Fora Domicilio (TFD) todo o atendimento – assistência médica e odontológica (consultas, exames, tratamento e internações clínicas ou cirúrgicas, eletivas ou não) – prestado aos Beneficiários fora da jurisdição de seu domicílio e/ou lotação, observadas as regiões de saúde estabelecidas pela ANS.
- 20.1.1. A realização do Tratamento Fora Domicilio (TFD) estará condicionada à cobertura prevista no capítulo 11 - Da Cobertura do Plano CorreiosSaúde II.
- 20.2. Na falta de especialidade ou tratamento na localidade de lotação ou domicílio do Beneficiário, o Plano permite que este seja encaminhado para tratamento em outra localidade, desde que comprovada a impossibilidade de utilização de entidade ou profissional não credenciado na região de saúde.
- 20.3. Não será admitido o encaminhamento de beneficiário para tratamento em outra localidade, bem como a cobertura de despesas de locomoção, alimentação e hospedagem de titulares e dependentes quando a Rede Credenciada local dispuser de profissionais credenciados na especialidade pretendida.
- 20.4. O Beneficiário somente poderá dirigir-se ao local para tratamento após a autorização prévia da Postal Saúde.
- 20.5. Não poderá ser aceito como fundamentação, para encaminhamento de Beneficiário para tratamento eletivo em outra localidade, a alegação de que os profissionais credenciados não inspiram segurança ou confiança.
- 20.6. É prerrogativa dos Médicos Assistentes a emissão de parecer com a 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.
- 20.7. A Postal Saúde dará cobertura somente de 01 (um) acompanhante por Beneficiário, quando necessário, devidamente autorizado, e na forma da legislação vigente à época do evento:
- a) A escolha do acompanhante caberá ao próprio Beneficiário ou, no seu impedimento, à sua família ou responsável legal;

- b) São considerados elegíveis ao direito de acompanhante os casos previstos na legislação vigente, conforme abaixo:
 - I. Menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos de idade;
 - II. Pessoa com deficiência, mediante declaração médica;
 - III. Pessoa com necessidades especiais, mediante declaração médica; e
 - IV. Parturiente, que se deslocar para realização do parto, mediante declaração médica.
 - c) O acompanhante não poderá ser menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos;
 - d) A Postal Saúde autorizará o pagamento das despesas relativas ao deslocamento do Beneficiário e de seu acompanhante, quando julgado necessário, com base em parecer do Médico devidamente fundamentado; e
 - e) Havendo necessidade de substituir o acompanhante, por qualquer razão, a despesa com passagens para o novo acompanhante é de responsabilidade do Beneficiário ou da família, cabendo à Postal Saúde, exclusivamente, a cobertura das despesas com hospedagem e alimentação, o que já seria coberto ao primeiro acompanhante.
- 20.8. As despesas decorrentes da realização dos serviços serão pagas pela Postal Saúde e compartilhadas pelo empregado, exceto as despesas com transporte, conforme normas de coparticipação citadas neste Manual.
- 20.8.1. As despesas assistenciais e administrativas (alimentação, hospedagem e táxi) decorrentes da realização do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão custeadas pela Postal Saúde e compartilhadas pelo empregado, exceto as despesas com transporte, conforme normas de coparticipação descritas neste Manual.
- 20.8.2. Quando o deslocamento for realizado por meio do transporte rodoviário, hidroviário e ferroviário, o Beneficiário deverá efetuar a compra da passagem, para si e seu acompanhante, desde que autorizado pela Postal Saúde, e será ressarcido do valor das passagens pela Operadora, mediante a apresentação de documentação comprobatória das despesas supracitadas e de acordo com as regras estabelecidas.
- 20.8.2.1. O ressarcimento das despesas citadas no item acima ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da entrega da documentação completa e preenchimento do Formulário (FOP) de solicitação, na Unidade de Representação Regional (URR) de sua localidade.
- 20.8.2.2. A relação dos documentos aceitos para comprovação das despesas realizadas estará disponível no portal da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br), Central do Beneficiário.
- 20.8.3. Quando o deslocamento for realizado por meio de transporte aéreo, por indicação clínica ou por indisponibilidade dos demais tipos de transportes, a Postal Saúde providenciará a compra das passagens para o Beneficiário e seu acompanhante, quando houver, desde que autorizado previamente.

- 20.8.3.1. A compra das passagens aéreas dependerá da disponibilidade das companhias na localidade do demandante.
- 20.8.4. No caso de óbito do Beneficiário, a cobertura do transporte para traslado do corpo à cidade de origem deverá ser oferecida em conformidade com a regras da vigilância sanitária (RDC 33/2011 - ANVISA).
- 20.9. Quando o Plano oferecer ao Beneficiário tratamento médico especializado em outra localidade, por intermédio da Rede Credenciada, e o Beneficiário optar por entidade ou profissional não pertencente às citadas redes, as despesas administrativas (transporte, alimentação, hospedagem e táxi) do Beneficiário e do acompanhante, são de responsabilidade do titular e as despesas médicas ocorrerão como Sistema de Livre Escolha, condicionada à cobertura prevista.
- 20.10. A Postal Saúde, por meio de seus canais de atendimentos, será responsável pelo encaminhamento do Beneficiário, adotando providências para marcação de consultas, exames ou internação, bem como locomoção e acomodação do acompanhante.
- 20.11. No caso de internação que, exclusivamente, por recomendação médica haja indicação de que o acompanhante permaneça com o Beneficiário, este será acomodado no próprio hospital em que o Beneficiário estiver internado e as despesas (café da manhã, almoço e jantar) pagas em conformidade com serviços contratados, independentemente da idade do paciente e do acompanhante.
- 20.12. Todo Beneficiário autorizado a fazer tratamento custeado pelo Plano em outra localidade deverá, obrigatoriamente, retornar com relatório médico ou odontológico contendo a indicação e/ou CID e os procedimentos realizados pelo profissional executante, para que outro Médico profissional da localidade de origem tenha condições de prosseguir com o acompanhamento/tratamento, caso necessário.
- 20.13. No caso de internação em que o Beneficiário tenha optado por acomodação do tipo “apartamento simples”, não deverá haver reserva de hotel para o acompanhante.
- 20.14. O traslado oferecido pelo **Plano CorreiosSaúde II** deverá ser realizado por meio de táxi, conforme detalhado abaixo:
- Translado do local de desembarque (Aeroporto/Rodoviária/Porto) ao Hotel e vice-versa, condicionado aos casos em que houver hospedagem associada; e/ou
 - Translado do local de desembarque (Aeroporto/Rodoviária/Porto) / Hotel x Hospital/Clínica e vice-versa, quando o quadro clínico do Beneficiário exigir transporte específico e previamente autorizado pela Postal Saúde.
- 20.15. O tipo de hospedagem coberta pelo **Plano CorreiosSaúde II** para o Beneficiário e seu acompanhante, quando for o caso, é a hospedagem simples, nas condições conforme detalhado abaixo:
- Hospedagem simples com café da manhã, em caso de pernoite; e/ou
 - Se o tratamento for superior a 01 (um) dia com pernoite; e/ou

- c) Se houver indisponibilidade de transporte para o retorno do Beneficiário ao município de origem; e/ou
 - d) Se houver necessidade de retorno para reavaliação e a permanência do Beneficiário e seu acompanhante, devidamente autorizado, tiver um menor custo para a Postal Saúde que seu transporte à cidade de origem.
- 20.16. A alimentação do Beneficiário e sua acompanhante coberta pelo **Plano CorreiosSaúde II**, quando for o caso, é oferecida nas condições a seguir detalhadas:
- a) 01 (um) vale-refeição para o almoço e 01 (um) para o jantar para o Beneficiário e seu acompanhante, quando for o caso;
 - I. O valor do vale-refeição será conforme aquele estabelecido pela Mantenedora/Patrocinadora à época do evento.
 - b) A quantidade de vale-refeição respeitará as seguintes regras:
 - I. 01 (um) vale-refeição para o almoço, quando a permanência do Beneficiário em TFD for até às 16 horas; ou.
 - II. 01 (um) vale-refeição para o almoço e 01 (um) vale-refeição adicional para o jantar, quando permanência do Beneficiário se estender após às 16 horas.
- 20.17. A prorrogação do TFD somente será concedida após a avaliação criteriosa da:
- a) indisponibilidade de transporte para retorno do Beneficiário ao município demandado, quando for esse o motivo da solicitação; e/ou
 - b) solicitação, prescrita pelo Médico Assistente, de permanência para retorno ou reavaliação do atendimento.
- 20.18. Nos casos em que houver a necessidade de permanência para atendimento em outra especialidade, por indicação do Médico Assistente e/ou tratamento acima de 05 (cinco) dias, a solicitação deverá ser submetida à Postal Saúde para análise técnica, conforme as regras estabelecidas neste Manual.
- 20.19. Não serão admitidas solicitações de prorrogação sem prévio aviso e sem justificativa médica.
- 20.20. A solicitação de prorrogação deverá ser enviada à Unidade de Representação Regional (URR) de sua localidade de destino e/ou a de origem.
- 20.21. Beneficiário em Trânsito por conta própria**
- 20.21.1. É admitido o atendimento do Beneficiário em trânsito em qualquer localidade de âmbito nacional, independente da lotação do empregado. É considerado como “trânsito”, qualquer motivo que leve o Beneficiário a se encontrar em outra localidade, exceto o previsto no item 20.22 – Trânsito por Iniciativa dos Correios.

- 20.21.2. O Beneficiário que necessitar utilizar a rede credenciada, poderá fazê-lo mediante a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) e de documento de Identidade. Neste caso, a rede credenciada solicitará autorização para o atendimento à Postal Saúde.
- 20.21.3. A Postal Saúde, onde se encontra o Beneficiário, pagará apenas as despesas relativas ao tratamento da patologia, de acordo com as autorizações emitidas. 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 dos Correios ou da Postal Saúde.
- 20.21.4. Quando se tratar de internações cirúrgicas eletivas ou não, a utilização do Plano estará condicionada à prévia autorização da Postal Saúde.
- 20.21.5. O Beneficiário que vir a ser vítima de acidente, deverá receber por parte da Postal Saúde todo o atendimento dispensável aos Beneficiários do **Plano CorreiosSaúde II**, observando as normas previstas de utilização/liberação.
- 20.21.5.1. Neste caso, as despesas de hospedagens e locomoção com os acompanhantes do Beneficiário vítima de acidente, ainda que sejam também Beneficiários do **Plano CorreiosSaúde II**, não são de responsabilidade dos Correios ou da Postal Saúde.
- 20.21.6. Ocorrendo o previsto no item acima, os Correios e a Postal Saúde não arcarão com os gastos de remoção por solicitação do familiar para o estado de origem do Beneficiário ou do titular, salvo na hipótese de não haver condições de tratamento na localidade.
- 20.21.7. Na ocorrência de óbito do Beneficiário em trânsito, exceto o trânsito por iniciativa dos Correios, todas as providências e despesas do traslado e preparação do corpo ocorrerão por conta dos familiares, cabendo a Postal Saúde arcar apenas com os gastos das despesas médicas ou odontológicas.

20.22. Trânsito por Iniciativa dos Correios

- 20.22.1. Nas situações em que o trânsito se deu por convocação ou encaminhamento dos Correios, serão assegurados a remoção e custeio de passagens e hospedagens do Beneficiário e do seu acompanhante, quando necessário.
- 20.22.2. Na ocorrência de óbito do Beneficiário em trânsito por iniciativa dos Correios, todas as providências e despesas com o traslado, inclusive urna de transporte e preparação do corpo ocorrerão por conta da Postal Saúde da localidade, onde se encontra o Beneficiário, entretanto, os Correios e a Postal Saúde não arcarão com os gastos da urna funerária e outras despesas afins.

20.23. Beneficiário residente em outro Estado

- 20.23.1. O Beneficiário que residente em outra Unidade da Federação terá direito de utilização da rede credenciada, ou das Clínicas Médicas, de acordo com as normas previstas.

20.23.2. Ocorrendo internação do Beneficiário, não caberá aos Correios e nem à Postal Saúde, a responsabilidade pela remoção do paciente para a localidade de origem do titular, uma vez que o paciente é cadastrado como residente no destino.

20.24. Beneficiário Residente em Localidade próxima

20.24.1. Os Beneficiários que residem em localidade cujo deslocamento fica mais próximo de uma localidade pertencente à outra Superintendência Estadual poderão ser direcionados à rede credenciada dessa Superintendência desde que, na avaliação da Postal Saúde, seja menos oneroso para o Plano do que a opção de deslocar o Beneficiário para dentro de sua própria Superintendência.

20.24.2. Excetuam-se dessa situação, os casos em que o deslocamento deva ser realizado por via aérea, uma vez que essa alternativa exige autorização prévia da Postal Saúde.

CAPÍTULO 21 - DA COBERTURA PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

21.1. O atendimento domiciliar possui cobertura adicional no **Plano CorreiosSaúde II**, conforme a tabela de cobertura do Plano contratado e preenchimento dos critérios definidos nas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) e Diretrizes de Utilização da ANS (DUT).

21.2. O atendimento domiciliar é composto por internação (*Home Care*), fisioterapia e oxigenoterapia.

21.3. Internação Domiciliar (Home Care)

21.3.1. A Internação Domiciliar é uma modalidade continuada de prestação de serviços na área da saúde que visa à continuidade do tratamento hospitalar no domicílio, realizado pela equipe multidisciplinar com a mesma qualidade, tecnologia e conhecimento.

21.3.2. 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.

21.3.3. 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 pela Postal Saúde, e em conformidade com as diretrizes de utilização (DUT e DUC).

21.3.4. A cobertura para Internação Domiciliar (*Home Care*) é avaliada quando da solicitação de admissão do Beneficiário e à critério da Postal Saúde, para acompanhamento, manutenção e alta do Beneficiário da Internação Domiciliar, por meio dos documentos a seguir relacionados:

a) Relatório do Médico Assistente, com a devida indicação de tratamento;

- b) Tabelas de avaliação em Internação Domiciliar;
 - c) Relatório multidisciplinar emitido pela equipe de atendimento; e
 - d) Relatório emitido pelo profissional auditor da Postal Saúde.
- 21.3.5. A cobertura para Internação Domiciliar é oferecida desde que haja indicação do Médico Assistente do Beneficiário e seja autorizada previamente pela Postal Saúde.
- 21.3.6. Haverá cobertura de materiais, medicamentos e equipamentos, de acordo com a indicação clínica, desde que utilizados em regime de internação domiciliar.
- 21.3.7. Não serão considerados preferências ou indicações de materiais, medicamentos e equipamentos indicados/escolhidos pela família e/ou cuidador.
- 21.3.7.1. A Internação Domiciliar somente acontecerá após a realização de todos os trâmites administrativos necessários para a admissão, visto que o Beneficiário se encontra sob assistência hospitalar.
- 21.3.8. Os critérios previstos para a alta ou suspensão do Beneficiário da Internação Domiciliar são aqueles previstos nas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC).
- 21.3.9. O **Plano CorreiosSaúde II** não custeará despesas com “cuidador”.
- 21.3.9.1. Para fins deste Manual, entende-se por cuidador a pessoa com ou sem vínculo familiar com o Beneficiário, com condições de ser capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana a qual deverá permanecer constantemente com o paciente.
- 21.3.10. O *Home Care* deverá ser prestado por entidades especializadas credenciadas pela Postal Saúde.

21.4. Fisioterapia Domiciliar

- 21.4.1. O Plano oferece cobertura para sessões de Fisioterapia Domiciliar aos Beneficiários, restritos ao leito, com total incapacidade de locomoção, comprovada por meio de relatório do Médico Assistente, e que atendam às Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC).
- 21.4.2. As sessões de Fisioterapia Domiciliar, se indicadas pelo Médico Assistente, poderão ser complementadas por sessões de fisioterapia respiratória.
- 21.4.3. A cobertura para sessões de Fisioterapia Domiciliar, mesmo que não atendam aos critérios estabelecidos, é oferecida aos Beneficiários que receberam alta da Internação Domiciliar, nas situações relacionadas a seguir, conforme indicação médica, comprovada por meio de relatório do Médico e do Fisioterapeuta Assistentes:
- a) Permançam com restrição ao leito; ou
 - b) Necessitam de continuidade de tratamento fisioterápico motor e/ou respiratório.
- 21.4.4. Nas situações de desospitalização, quando esta esteja condicionada à continuidade do tratamento fisioterápico em domicílio, é oferecida a cobertura para sessões de Fisioterapia

Domiciliar, desde que a avaliação da relação custo/benefício entre a internação hospitalar e a Fisioterapia Domiciliar seja favorável.

- 21.4.5. A quantidade de sessões serão liberadas pela Operadora de acordo com o imperativo clínico e Plano de tratamento apresentado previamente pelo Médico Assistente. A autorização ocorrerá após a avaliação técnica pela Operadora, e o tratamento somente poderá ser iniciado e/ou mantido, após a emissão da autorização.

21.5. Oxigenoterapia Domiciliar

- 21.5.1. A Postal Saúde garantirá a cobertura para Oxigenoterapia Domiciliar, conforme indicação do Médico Assistente do Beneficiário, desde que atendidos aos critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC).
- 21.5.2. A oxigenoterapia será liberada pela Operadora de acordo com o imperativo clínico e Plano de tratamento apresentado previamente pelo Médico Assistente. A autorização ocorrerá após a avaliação técnica pela Operadora e somente poderá ser iniciada e/ou mantida, após a emissão da autorização.

CAPÍTULO 22 - DO TRANSPORTE (REMOÇÃO)

- 22.1. A realização de transporte (remoção) de Beneficiário poderá ser realizada mediante os critérios cobertos e autorização prévia da Postal Saúde, em conformidade com as legislações vigentes.
- 22.2. O transporte (remoção) somente poderá ocorrer mediante o consentimento do próprio Beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do Médico Assistente.
- 22.3. O transporte (remoção) do Beneficiário poderá ser realizado por transporte terrestre ou aéreo em veículo apropriado, ambulância simples, UTI Móvel, UTI aérea, entre outros.
- 22.4. A solicitação de transporte (remoção), para possível autorização, deverá vir acompanhada de relatório médico justificando a necessidade, o tipo de ambulância e caberá à Postal Saúde avaliar e autorizar, quando pertinente.

CAPÍTULO 23 - DOS TRANSPLANTES

- 23.1. Os pedidos de transplante de órgãos, em conformidade com as Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) e Diretrizes de Utilização da ANS, deverão ser encaminhados à Postal Saúde da localidade do empregado, com toda a documentação do Sistema Único de Saúde (SUS), para análise e parecer.

- 23.2. Os transplantes de órgãos, previamente autorizados, terão a seguinte cobertura:
- despesas assistenciais médicas (exames realizados antes do transplante e a ele relacionados), hospedagem e passagens com doadores vivos, independente de serem Beneficiários do **Plano CorreiosSaúde II**, para a realização do transplante;
 - medicamentos, taxas, materiais e procedimentos utilizados durante a internação do receptor e do doador;
 - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
 - despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- 23.3. Os Beneficiários (titulares e dependentes) candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se ao critério de fila única nacional de espera e de seleção.
- 23.4. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), integrantes do Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- 23.5. Não serão cobertas despesas de doadores (empregados dos Correios ou dependentes do Plano) que não sejam para os Beneficiários (empregados e dependentes dos Correios) cadastrados.

CAPÍTULO 24 - DAS EXCEPCIONALIDADES

- 24.1. Os casos não previstos nas tabelas de cobertura vigentes, bem como as excepcionalidades que envolvam procedimentos de alta complexidade, deverão receber o seguinte tratamento:
- Eletivos - Os casos que não envolvam risco de morte, mas que impactam sobremaneira o tratamento realizado e que possa prejudicar a saúde do Beneficiário ou seja, gerando risco de morte;
 - Para estes casos, deverão ser encaminhados para Postal Saúde por meio de dossiê contendo: a descrição e o valor do procedimento, a técnica a ser empregada, a informação se o procedimento é reconhecido tecnicamente pela sociedade correspondente, o local em que será realizado, os valores negociados com o Prestador do serviço médico e odontológico correspondente e o parecer conclusivo de médicos ou dentistas da Postal Saúde.
 - Riscos de Morte - Os casos que envolvam risco de morte, deverão ser analisados pela Postal Saúde, com parecer conclusivo de Médicos ou Dentistas da Postal Saúde.

- 24.2. Para informações sobre o resultado, o Beneficiário deverá entrar em contato com os canais de atendimento disponíveis.

CAPÍTULO 25 - DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO

- 25.1. Nas internações obstétricas com cobertura pela Postal Saúde, é assegurada durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, assistência médico-hospitalar ao recém-nascido:
- a) filho natural ou adotivo de Beneficiário titular;
 - b) filho natural de dependente previamente cadastrado no **Plano CorreiosSaúde II**.
- 25.1.1. Após esse período, somente permanecerá com o direito a assistência médica aqueles que forem cadastrados como Beneficiário dependente do titular.
- 25.1.2. Todos os atendimentos obedecerão às regras de compartilhamento estabelecidas.
- 25.1.3. Caberá à Postal Saúde, com ônus para o Plano, providenciar, em tempo hábil, a transferência do recém-nascido que perdeu o direito à cobertura para uma unidade do SUS que disponha dos serviços necessários à continuidade do atendimento, mesmo em outra localidade.
- 25.1.3.1. Não caberá cobertura excepcional depois de transcorridos 30 (trinta) dias, sendo que, na finalização do referido período, as despesas deverão ser assumidas pelo Beneficiário titular.

CAPÍTULO 26 - DO SISTEMA DE CUSTEIO

- 26.1. O custeio do Plano CorreiosSaúde II dar-se-á mediante cobrança de mensalidade e coparticipação.
- 26.1.1. A proporcionalidade da responsabilidade do pagamento das despesas, a título de coparticipação, será fixada em, no máximo, 30% (trinta por cento) a cargo do total dos Beneficiários e 70% (setenta por cento) de responsabilidade do Mantenedor/Patrocinador.
- 26.1.2. Não haverá coparticipação para os casos de internação.**
- 26.1.3. O teto máximo para efeito de compartilhamento da coparticipação será de 2 (duas) vezes o valor da remuneração para os(as) empregados(as) ativos; para os(as) aposentados(as) desligados(as), até 3 (três) vezes o valor da soma do benefício recebido do INSS e suplementação concedida pelo POSTALIS. Para ambos, o desconto mensal será limitado a até 5% da remuneração líquida do titular, fora a margem consignável (Lei nº 10.820/2003, regulamentada pelo Decreto nº 4.840/2003), em sucessivas parcelas até a sua liquidação.
- 26.1.4. A Tabela de cobrança mensal, a título de mensalidade, de forma *per capita*, nos valores percentuais, conforme faixa remuneratória/rendimento, abaixo demonstrados:

Sua vida, nossa existência

Tabela 1 - Tabela de cobrança mensal (faixa remuneratória/rendimento)

Faixas de remuneração	Mensalidade por titular
Até R\$ 2.500,00	2,50%
Entre R\$ 2.500,01 e R\$ 3.500,00	2,90%
Entre R\$ 3.500,01 e R\$ 5.000,00	3,20%
Entre R\$ 5.000,01 e R\$ 10.000,00	3,50%
Entre R\$ 10.000,01 e R\$ 15.000,00	3,80%
Entre 15.000,01 e R\$ 20.000,00	4,10%
Acima de R\$ 20.000,01	4,40%

Fonte: TST

26.1.5. Tabela de cobrança mensal, a título de mensalidade, cobrada de forma *per capita*, nos valores percentuais, conforme a mensalidade do titular para cada dependente, abaixo demonstrados:

Tabela 2 - Tabela de cobrança mensal (percentual por tipo de dependente)

Dependente	Percentual sobre a mensalidade do titular
Cônjuge/companheiro(a)	60%
Filho(a)/menor sob guarda	35%

Fonte: TST

26.1.6. Tabela de limites de cobrança mensal, sobre o valor da mensalidade do titular, utilizando para tal a idade do Beneficiário titular e tendo como base legal a Resolução Normativa nº 063/2003 da ANS, que estabelece os limites de variação de preço por faixa etária, abaixo apresentada:

Tabela 3 - Tabela de limites de cobrança mensal

Idade	Valor limite de cobrança de mensalidade
00-18	R\$ 143,84
19-23	R\$ 181,24
24-28	R\$ 228,79
29-33	R\$ 284,80
34-38	R\$ 319,33
39-43	R\$ 348,09
44-48	R\$ 384,09
49-53	R\$ 445,46
54-58	R\$ 595,49
>59	R\$ 861,59

Fonte: TST

21.6. Remuneração e remuneração líquida

26.1.7. Para definição da tabela de cobrança mensal e do teto máximo para efeito de coparticipação, a remuneração será composta de todas as rubricas que sofram a incidência do IRPF, exceto as rubricas relacionadas ao pagamento de férias e 13º Salário.

26.1.8. Entende-se por remuneração líquida do titular, o valor recebido após dedução dos encargos sociais de INSS e IRPF, para efeito do item 26.1.3.

26.1.9. Para os anistiados, a mensalidade e a coparticipação serão estabelecidas por meio do enquadramento do valor bruto da indenização percebida do Ministério da Justiça na Referência

Salarial dos Correios. O percentual aplicado será o mesmo da Referência Salarial correspondente ao valor da indenização.

- 26.1.10. No sistema de coparticipação, aplicam-se também as despesas com a alimentação e/ou hospedagem de paciente/acompanhante, bem como qualquer despesa relacionada com a utilização da assistência médico-hospitalar e odontológica, ainda que relativa a serviços realizados por profissional e/ou entidade não credenciados, aplicando-se os percentuais de coparticipação.
- 26.1.11. A coparticipação é calculada sobre o somatório das despesas faturadas no mês, considerando o teto limite de desconto.
- 26.1.12. Não haverá coparticipação nos casos destacados abaixo:
- I. **Iniciativa dos Correios** - despesas de procedimentos realizados por iniciativa dos Correios, principalmente as relacionadas com campanhas preventivas e de promoção à saúde, exames periódicos, admissionais, demissionais, de retorno ao trabalho e/ou mudança de função ou cargo, exigido por lei.
 - II. **Acidentes de Trabalho e doenças ocupacionais** - despesas de procedimentos relacionados a lesões ou sequelas originadas de doença profissional/acidente de trabalho em empregado dos Correios, observando-se o seguinte:
 - a) o empregado enquadrado em acidente de trabalho/doença profissional deverá comprovar essa situação, por intermédio da apresentação da CAT devidamente assinada ou de relatório do médico do trabalho dos Correios; e
 - b) atendido o disposto no inciso anterior, a autorização prévia deverá ser emitida caso possua nexos causal com o tipo de atendimento “acidente do trabalho”, de modo a evitar a cobrança indevida da coparticipação.
 - III. **Aposentadoria por invalidez motivada por doença profissional/acidente de trabalho** - quando as despesas estiverem relacionadas diretamente a lesões ou sequelas originadas exclusivamente de doença profissional/acidente de trabalho, observando-se o seguinte:
 - a) deverá comprovar a situação por intermédio da apresentação da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e nexos causal devidamente assinada ou de relatório do médico do trabalho dos Correios;
 - a) caso o titular (aposentado que foi afastado por doença profissional ou acidente de trabalho) não apresente a CAT e nexos causal, será aplicado o percentual de coparticipação estabelecido, não tendo direito ao ressarcimento posterior.

CAPÍTULO 27 - DO REAJUSTE

- 27.1. O reajuste do **Plano CorreiosSaúde II** se dará conforme as regras de custeio estabelecidas no capítulo 26 deste Manual, que leva em consideração a variação da faixa de remuneração e/ou por mudança da faixa etária.



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaude.com.br