Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

REGULAMENTO DO POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL

REGULAMENTO DO POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL	
Unidade Administrativa gestora do normativo	• Diretoria de Produtos, Mercado e Relacionamento (DIREL) • Gerência Executiva de Relacionamento Institucional (GERIN)
Unidade Administrativa responsável pela conformidade	• Presidência (PRESI) • Gerência de Compliance e Riscos (GECRI)
Numeração	
Versão	
Data da Apreciação pela DIREX	
Data de Aprovação pelo CODEL	
Data de Aprovação pela Mantenedora	
Data de Publicação	
Advertência	Este normativo é de uso exclusivo da Postal Saúde. A divulgação não autorizada estará sujeita às penalidades cabíveis por Lei. Toda e qualquer autorização para cópia, divulgação, apresentação ou qualquer outra finalidade deverá ser obtida junto à **POSTAL SAÚDE**.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – OBJETO E CARACTERÍSTICAS GERAIS 4
CAPÍTULO 2 – DEFINIÇÕES INICIAIS 4
CAPÍTULO 3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 6
CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 9
CAPÍTULO 5 – PERÍODOS DE CARÊNCIA 11
CAPÍTULO 6 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 12
CAPÍTULO 7 – FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 12
CAPÍTULO 8 – SERVIÇOS COBERTOS 14
CAPÍTULO 9 – EXCLUSÕES DE COBERTURA 15
CAPÍTULO 10 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 16
CAPÍTULO 11 – REEMBOLSO 18
CAPÍTULO 12 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO 19
CAPÍTULO 13 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 21
CAPÍTULO 14 - CUSTEIO 22
CAPÍTULO 15 - REAJUSTE 23
CAPÍTULO 16 – DISPOSIÇÕES FINAIS 23

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO 21
TABELA 2 - VALORES DE MENSALIDADES 22
TABELA 3 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCRIÇÃO 26
TABELA 4 - DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA 31

CAPÍTULO 1 – OBJETO E CARACTERÍSTICAS GERAIS

1.1 A **POSTAL SAÚDE - CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS,** operadora de planos privados de assistência à saúde, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF 18.275.071/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob o nº 41913-3, a seguir denominada **POSTAL SAÚDE**, classificada na modalidade autogestão, associação privada, com sede no Setor Hoteleiro Sul (SHS) quadra 2, bloco B, Edifício Telex, Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70.312-900, opera o plano de saúde sem patrocinador denominado **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

1.2 O presente instrumento tem por objetivo apresentar as características, as normas e os critérios da prestação continuada dos serviços de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência ambulatorial com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e suas Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes na data do evento.

1.3 O presente instrumento é um Regulamento, o qual traça as diretrizes do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, cujas características são de contrato de adesão.

1.4 O plano de saúde **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** está registrado na **ANS sob o nº 508.074/26-6,** possuindo como características gerais:

I. **Tipo de Contratação:** coletivo empresarial;
II. **Segmentação Assistencial:** ambulatorial;
III. **Área geográfica de abrangência:** grupo de municípios;
IV. **Área geográfica de atuação:** MG – Alfenas, MG - Belo Horizonte, MG – Betim, MG – Contagem, MG – Divinópolis, MG - Nova Serrana, MG - Poços de Caldas, MG - Ribeirão das Neves, MG – Sabará, MG – Uberaba, MG – Uberlândia, MG – Varginha, MG – Vespasiano, RJ - Duque De Caxias, RJ – Mesquita, RJ – Nilópolis, RJ – Niterói, RJ - Nova Iguaçu, RJ - Rio De Janeiro, RJ - São Gonçalo, RJ - São João de Meriti, SP – Americana, SP – Araraquara, SP – Arujá, SP – Barretos, SP – Barueri, SP – Bauru, SP – Caieiras, SP – Cajamar, SP – Campinas, SP – Carapicuíba, SP – Cotia, SP – Diadema, SP – Franca, SP – Guarulhos, SP – Itapevi, SP – Itu, SP – Jaboticabal, SP – Jandira, SP – Jundiaí, SP – Limeira, SP – Lins, SP – Marília, SP – Mauá, SP - Mogi Das Cruzes, SP – Osasco, SP – Piracicaba, SP - Ribeirão Pires, SP - Ribeirão Preto, SP - Santa Bárbara D'oeste, SP - Santo André, SP – Santos, SP - São Bernardo do Campo, SP - São Caetano do Sul, SP - São José do Rio Preto, SP - São José dos Campos, SP - São Paulo, SP - São Vicente, SP – Sertãozinho, SP – Sorocaba, SP – Sumaré, SP – Suzano, SP - Taboão Da Serra, SP - Várzea Paulista;
V. **Formação do preço:** pré-estabelecido;
VI. **Fator Moderador:** coparticipação;
VII. **Coberturas assistenciais:** referência ao rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS; e
VIII. **Acesso à livre escolha:** não.

CAPÍTULO 2 – DEFINIÇÕES INICIAIS

2.1 Para efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. **Adjuvantes:** medicação empregada de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

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

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

IV. **Agravo:** acréscimo no valor da mensalidade, em razão da aplicação de cobertura parcial temporária, possibilitando o acesso às coberturas que ficariam suspensas por até 24 meses - cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade.

V. **Área geográfica de abrangência**: área em que a operadora de plano de saúde deve garantir as coberturas de assistência à saúde e na qual os beneficiários poderão utilizar os serviços cobertos.

VI. **Atendimento ambulatorial**: atendimento ambulatorial é aquele que se limita aos serviços exequíveis em consultórios ou ambulatórios que, embora não necessitem de internação, podem eventualmente demandar o apoio de estruturas hospitalares, sem ultrapassar o período de 12 horas.

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

VIII. **Beneficiário**: pessoa física (titular, dependente ou agregado) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste instrumento.

IX. **Carência**: prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas do plano de saúde.

X. **Cartão de identificação do beneficiário (CIB)**: documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.

XI. **Complicações na gestação/processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

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

XIII. **Coparticipação:** é o valor pago pelo beneficiário à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, independentemente da contribuição mensal (mensalidade) devida.

XIV. **Diretriz de utilização (DUT):** critérios estabelecidos pela ANS, em que o quadro clínico do beneficiário precisa ser enquadrar em determinadas condições para que a operadora custeie o tratamento/procedimento.

XV. **Evento**: conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médico-hospitalar realizados pelo beneficiário do plano.

XVI. **Inseminação artificial**: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

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

XVIII. **Titular**: pessoa física as quais mantêm ou mantiveram vínculo empregatício com a patrocinadora do plano de saúde, podendo ser empregado ativo, ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado.

XIX. **Unidade De Representação Regional (URR) e Núcleo De Atendimento Regional (NAR):** Unidades de atendimento presencial da Postal Saúde aos seus beneficiários.

XX. **Uso *off-label***: uso de medicamento, material ou qualquer outra espécie de tecnologia em saúde, para indicação que não está descrita na bula ou manual registrado na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

CAPÍTULO 3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 Podem aderir ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**:

I. Empregados ativos da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS e dependentes deles;
II. Aposentados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS e dependentes deles;
III. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos sem justa causa e dependentes deles;
IV. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos a pedido e dependentes deles; e
V. Os familiares, aqui chamados agregados, dos beneficiários titulares dos seguintes planos: CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master e, inclusive, **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL,** observando-se os vínculos exigidos na legislação vigente.

3.2 Dos titulares:

3.2.1 São considerados titulares do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**:

I. Empregados ativos da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS;
II. Aposentados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS;
III. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos sem justa causa; e
IV. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos a pedido.

3.2.2 No caso do ex-empregado demitido sem justa causa ou a pedido, o período de manutenção na condição de beneficiário no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** poderá ser garantido por prazo indeterminado.

3.2.3 No caso do aposentado, o período de manutenção na condição de beneficiário no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** poderá ser garantido por prazo indeterminado.

3.2.4 No caso do empregado ativo da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS que optar pela sua adesão ou de seu dependente ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, este deve assumir, integralmente, o pagamento da mensalidade e da coparticipação. Não haverá qualquer tipo de subsídio da Mantenedora.

3.3 Dos dependentes:

3.3.1 São considerados **dependentes** dos **beneficiários titulares** do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL:**

a) Cônjuge ou companheiro;
b) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, até 21 anos de idade;
c) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, a partir de 21 (vinte e um) anos de idade e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que universitários e limitado à primeira graduação;
d) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, permanentemente incapacitados para o trabalho; e
e) Menores sob guarda ou tutela, observados os limites de idade estabelecidos neste regulamento.

3.3.2 Para a inclusão do filho (incluídos os adotivos) ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho, é obrigatório que o beneficiário titular apresente a documentação comprobatória de sua condição.

3.3.3 Sempre que julgar necessário, a **POSTAL SAÚDE** poderá realizar avaliações para comprovar a presença de requisitos básicos de admissão e de manutenção dos dependentes.

3.3.4 A inscrição do dependente fica condicionada à participação do **beneficiário titular** em um dos seguintes planos: CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master e, inclusive, **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

3.3.4.1 Em caso de saída ou óbito do beneficiário titular ao qual esteja vinculado, o dependente já inscrito no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** pode permanecer na condição de beneficiário, desde que ele (beneficiário com idade igual ou maior de 18 anos) ou seu responsável legal (beneficiário menor de 18 anos ou incapacitado para o trabalho) assuma, integralmente, todas as obrigações contratuais, nos termos da legislação vigente.

3.3.5 Os filhos (incluídos os adotivos) e os enteados, quando não atenderem aos requisitos para se manter como dependente no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, passam a ser elegíveis na condição de agregado.

3.3.6 Os filhos (incluídos os adotivos) e os enteados, universitários, quando completarem 24 (vinte e quatro) anos perdem o direito de permanecer como dependente no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** na data de seu aniversário, passando a ser elegíveis na condição de agregado.

3.3.7 Não poderão ser inscritos, concomitantemente, o cônjuge e o companheiro como beneficiários dependentes de um mesmo beneficiário titular.

3.3.8 A solicitação de inclusão do dependente deverá ser realizada pelo beneficiário titular, por meio do preenchimento de termo de adesão.

3.4 Dos agregados:

3.4.1 São considerados **agregados**, os familiares até o 4º grau de parentesco consanguíneo e ao 2º grau de parentesco por afinidade, vinculados a um titular dos

planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master e, inclusive, **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, os quais sejam:

a) Filhos e filhas;
b) Irmãos e irmãs;
c) Tios e tias;
d) Sobrinhos e sobrinhas;
e) Netos e netas;
f) Enteados-netos ou enteadas-netas;
g) Bisnetos e bisnetas;
h) Trinetos e trinetas (filho(a) do(a) bisneto(a));
i) Sobrinhos-netos e sobrinhas-netas;
j) Pai e mãe;
k) Avôs e avós;
l) Bisavôs e bisavós;
m) Trisavôs e trisavós (pai/mãe do(a) bisavô/bisavó);
n) Tios-avôs e tias-avós;
o) Enteados e enteadas;
p) Primos e primas;
q) Genro e nora;
r) Padrasto e madrasta;
s) Cunhados e cunhadas;
t) Sogro e sogra; e
u) Sogro-avô e sogra-avó (avô/avó do cônjuge ou companheiro(a)).

3.4.2 Para a inclusão do agregado é obrigatório que o beneficiário titular esteja com a inscrição "ativa" nos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master ou no próprio **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**.

3.4.3 A solicitação de inclusão do beneficiário agregado deverá ser realizada pelo beneficiário titular, por meio do preenchimento do termo de adesão.

3.4.4 Os parentes por afinidade dos beneficiários agregados não são considerados elegíveis para inscrição no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

3.4.5 Quando não existir regra contrária, os dependentes dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master que perderem o vínculo naqueles produtos passam a ser elegíveis para o **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** na condição de agregado.

3.4.6 Sempre que julgar necessário, a **POSTAL SAÚDE** poderá realizar avaliações para comprovar a presença de requisitos básicos de admissão e de manutenção dos agregados.

3.4.7 Em caso de saída ou óbito do beneficiário titular ao qual esteja vinculado, o agregado já inscrito no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** pode permanecer na condição de beneficiário, desde que ele (beneficiário com idade igual ou maior de 18 anos) ou seu responsável legal (beneficiário menor de 18 anos ou incapacitado para o trabalho) assuma, integralmente, todas as obrigações contratuais, nos termos da legislação vigente.

3.5 Para inscrição do beneficiário no plano é necessário a apresentação dos documentos listados no Anexo I deste Regulamento.

3.6 O início da vigência da inscrição do beneficiário ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** se dará após a comprovação de elegibilidade e processamento da documentação, conforme calendário de adesões da **POSTAL SAÚDE**.

3.7 A inclusão e permanência dos beneficiários ficam vinculadas à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

3.8 No ato de adesão ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, o beneficiário de outro plano da **POSTAL SAÚDE**, o qual tenha dívida ativa com a operadora e que até a data do pleito ainda não tenha efetuado a total quitação dos débitos, não poderá efetuar sua inscrição ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**.

3.9 A adesão ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** dar-se-á mediante preenchimento e assinatura de proposta de adesão e do pagamento da 1ª (primeira) mensalidade. Apenas após o processamento da proposta de adesão e pagamento da 1ª (primeira) mensalidade é que a adesão será efetivada.

CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

4.1 Ocorrerá a exclusão do beneficiário, nas seguintes hipóteses:

I. Por fraude ou tentativa de fraude por parte do beneficiário, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório;
II. Perda da qualidade de dependente ou agregado, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente ou agregado;
III. Por solicitação expressa do beneficiário;
IV. Pela inadimplência de duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos termos da legislação em vigor;
V. Por óbito do beneficiário; e
VI. Perda da qualidade de titular, que pode ocorrer por: falecimento; decisão administrativa ou decisão judicial; opção voluntária; e outras situações previstas em lei.

4.2 A exclusão do beneficiário titular dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master e, inclusive, **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, não implica na automática exclusão de todos os seus dependentes e/ou agregados vinculados ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, exceto eventuais casos previstos neste instrumento.

4.3 No caso de beneficiários excluídos, os procedimentos autorizados até o dia anterior ao da sua exclusão serão cobertos, perdendo automaticamente, após isso, a cobertura para novos atendimentos.

4.4 Quando cumpridos os dispositivos da RN nº 438/2018 da ANS, e possíveis alterações, o beneficiário excluído poderá realizar a portabilidade para outra operadora.

4.5 A exclusão não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos, incluídos os valores de mensalidades e de coparticipação, que venham a surgir em razão da utilização do plano até a data do seu cancelamento.

4.6 No caso da exclusão por óbito, o cancelamento do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** ocorrerá após a comunicação da morte à **POSTAL SAÚDE**, momento no qual deve ser entregue a certidão de óbito do beneficiário falecido.

4.7 Os beneficiários excluídos por fraude, devidamente comprovada, não poderão aderir a qualquer outro plano da **POSTAL SAÚDE**.

4.8 Exclusão por inadimplência:

4.8.1 Os beneficiários inadimplentes poderão ser notificados pelos seguintes meios:

I. Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura;
II. Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
III. Mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
IV. Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
V. Carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
VI. Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

4.8.2 Para a notificação por inadimplência, a **POSTAL SAÚDE** considerará as informações fornecidas pelos beneficiários que serão notificados, cadastradas no banco de dados da operadora, nos termos da legislação vigente.

4.8.3 Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos no item 4.8.1, a **POSTAL SAÚDE** poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, nos termos da legislação vigente.

4.8.4 A notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.

4.8.5 A exclusão por inadimplência não cessa a obrigação do beneficiário de quitar os débitos atrasados e aqueles referentes à coparticipação que venham a surgir em razão da utilização do plano até a data do cancelamento pela operadora.

4.9 A utilização indevida do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** após o cancelamento, acarretará a adoção de medidas legais cabíveis e a cobrança integral pelas utilizações indevidas.

CAPÍTULO 5 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

5.1 Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente.

I. Urgência e emergência: 24 horas;
II. Consulta eletiva: 30 dias;
III. Exame simples: 60 dias;
IV. Demais exames: 90 dias; e
V. Terapias e outros procedimentos: 180 dias.

5.2 Para efeitos deste regulamento, considera-se exames simples: procedimentos das especialidades de ultrassonografia e medicina laboratorial.

5.3 Não será exigido o cumprimento dos prazos regulamentares de carência:

a) Das inscrições feitas em até 30 (trinta) dias a contar da data de início da abertura do período de adesões do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL;**
b) Se a adesão do beneficiário (titular, dependente ou agregado) ocorrer em até 30 (trinta) dias a contar da data em que este passar a ser elegível ao plano; e
c) Das adesões feitas em completa conformidade com as previsões contidas na Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS (portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde), e possíveis alterações.

5.4 Será assegurada a inclusão no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular:

a) Do Recém-nascido, filho ou filha natural ou por adoção do beneficiário, ou ainda sob guarda ou tutela deste, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto, adoção, guarda ou tutela;
b) Do Filho ou da filha adotiva, ou sob guarda ou tutela do beneficiário, menor de 12 (doze) anos, desde que a inscrição ao plano de saúde ocorra em 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela; e
c) Do Filho ou da filha, menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inscrição ao plano de saúde ocorra em 30 (trinta) dias a contar da data do reconhecimento.

5.5 A inclusão dos beneficiários elencados na cláusula 5.4, após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da guarda, da tutela ou do reconhecimento de paternidade, os sujeitará ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

5.6 A inclusão dos beneficiários elencados na cláusula 5.4 acontecerá após a verificação dos critérios de elegibilidade, conforme definido no Capítulo 3 deste Regulamento.

5.7 A contagem dos prazos de carência se dará a partir da data de início da vigência da adesão do beneficiário no plano.

5.8 Os prazos de carência previstos também serão observados na reativação de beneficiários.

5.9 O beneficiário excluído por inadimplência, poderá requerer nova adesão ao plano após o pagamento da dívida, com o cumprimento de novos prazos de carência.

5.10 Em caso de utilização dos serviços do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** durante o período de carência, a **POSTAL SAÚDE** poderá cobrar, integralmente, do beneficiário o valor dos atendimentos realizados.

CAPÍTULO 6 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1 Para efeitos deste Regulamento, considera-se:

I. Acidente pessoal como o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;
II. Atendimento de urgência como o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional; e
III. Atendimento de emergência como o evento que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.2 O atendimento de urgência/emergência, durante o período de carência, será garantido depois de 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime ambulatorial, não sendo garantida, portanto, cobertura para internação

6.3 Em qualquer atendimento de urgência e emergência, seja durante o período de carência ou fora dele, uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura e havendo necessidade de internação, cessa o atendimento ambulatorial e a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS ficará a cargo do beneficiário e/ou familiares.

6.4 Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e o beneficiário, sem ônus para a **POSTAL SAÚDE.**

6.5 Estarão sujeitos aos períodos de carência mencionados no capítulo 5 deste regulamento, os tratamentos de reabilitação provenientes dos atendimentos de urgência em virtude de acidente pessoal.

CAPÍTULO 7 – FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 Identificação dos beneficiários do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**:

7.1.1 A **POSTAL SAÚDE** fornecerá aos beneficiários Cartão de Identificação do beneficiário – CIB digital, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, é obrigatória para utilização das coberturas assistenciais oferecidas pelo plano.

7.1.2 O CIB digital mencionado na cláusula anterior estará disponível no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) e aplicativo, os quais possuem área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios.

7.1.3 A falta ou recusa na apresentação do cartão de identificação implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte dos prestadores da rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**, exceto nos casos comprovados de urgência e/ou emergência.

7.2 Formas de acesso aos serviços:

7.2.1 A assistência de que trata este Regulamento será prestada, exclusivamente, por meio de prestadores credenciados pela **POSTAL SAÚDE**.

7.2.2 O plano possuirá uma rede de prestadores de serviços assistenciais referenciada, que consiste em um conjunto de estabelecimento previamente definidos pela **POSTAL SAÚDE**.

7.2.3 As informações sobre a rede credenciada de prestadores de serviços serão disponibilizadas pela internet no endereço www.postalsaude.com.br, em área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios, e pela central de atendimento (0800 888 8116), todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

7.2.4 A **POSTAL SAÚDE** poderá promover, a qualquer tempo, alterações em sua rede credenciada, respeitada a legislação que trate sobre o tema e esteja em vigor à época das alterações.

7.2.5 Para a substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, será necessária comunicação prévia ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência. O referido prazo não será observado em casos de fraude e infração das normas sanitárias ou fiscais em vigor.

7.2.6 Nos atendimentos prestados pela rede credenciada, o beneficiário ou o seu responsável deverá assinar a guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

7.2.7 A falta ou recusa de assinatura da guia de atendimento implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte dos prestadores da rede credenciada da **POSTAL SAÚDE.**

7.2.8 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede credenciada da área geográfica de atuação do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE** disponibilizar entidade e/ou profissional qualificado para o atendimento, nos limites da cobertura deste Regulamento, e conforme regras e prazos da legislação específica que trate sobre o tema e esteja em vigor à época do atendimento.

7.2.9 Caso o beneficiário não consiga agendar o serviço/procedimento, dentro dos limites da cobertura deste Regulamento, nos prazos definidos pela legislação específica que trate sobre o tema e esteja em vigor à época do atendimento, deverá entrar em contato com a **POSTAL SAÚDE**, por meio da central de atendimento (0800 888 8116) ou presencialmente, comparecendo em uma Unidade de Representação Regional (URR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade, ocasião em que será fornecido número de protocolo referente ao pedido, sendo que o prazo para a garantia de atendimento passará a contar a partir desta data, conforme preconiza a Resolução Normativa n.º 566/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

CAPÍTULO 8 – SERVIÇOS COBERTOS

8.1 A **POSTAL SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carência e condições estabelecidas neste Regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, relativos aos atendimentos ambulatoriais realizados dentro da área de abrangência e atuação do plano, e na rede prestadora de serviços referenciada da **POSTAL SAÚDE**, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e respeitando-se o estabelecido na DUT – Diretriz de Utilização, vigentes na data do evento.

8.2 Cobertura Ambulatorial:

8.2.1 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656/98 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e façam parte Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
III. Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
IV. Sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, e em número ilimitado de sessões por ano;
VI. Ações de planejamento familiar de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
VII. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
IX. Quimioterapia oncológica ambulatorial, 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;

X. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor na data do evento, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
   a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e
   b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição da ANVISA.

XI. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

XII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

XIII. Hemoterapia ambulatorial;

XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento; e

XV. Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

CAPÍTULO 9 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1 Estão excluídos da cobertura do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, observando-se a legislação da saúde suplementar vigente na data do evento, os eventos e as despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e o seguinte:

I. Eventos e procedimentos que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **POSTAL SAÚDE** sem atendimentos às condições previstas neste Regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ao plano ou no cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;

III. Tratamento clínico experimental, isto é, aquele que: emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, assim como aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda aqueles que fazem uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANIVSA ou disponibilizado pelo fabricante;

IV. Todo e qualquer tipo de internação bem como serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

V. Procedimentos clínicos para fins estéticos;

VI. Inseminação artificial;

VII. Qualquer tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
VIII. Estabelecimentos para acolhimento de idosos;
IX. Procedimentos obstétricos, respeitadas as demais condições estabelecidas neste Regulamento e a legislação da saúde suplementar que trate sobre o tema;
X. Procedimentos odontológicos, respeitadas as demais condições estabelecidas neste Regulamento e a legislação da saúde suplementar que trate sobre o tema;
XI. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
XII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção daqueles utilizados para tratamento oncológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
XIV. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
XV. Realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
XVI. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
XVII. Imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;
XVIII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XIX. Procedimentos de investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade;
XX. Procedimento, assistência ou remoção domiciliar, bem como qualquer outro atendimento, listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura, mesmo em caráter de urgência e emergência;
XXI. Aparelhos ortopédicos;
XXII. Tratamentos ou cirurgia para mudança de sexo;
XXIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
XXIV. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
XXV. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
XXVI. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
XXVII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
XXVIII. Avaliação pedagógica e orientação vocacional;
XXIX. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
XXX. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;
XXXI. Quimioterapia oncológica intra-tecal que demande internação; e
XXXII. Embolizações.

CAPÍTULO 10 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

10.2 Não serão aplicados cobertura parcial temporária e/ou agravo no caso de doenças e lesões preexistentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, nos seguintes casos:

a) Das inscrições feitas em até 30 (trinta) dias a contar da data de início da abertura do período de adesões do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**; e
b) Se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias da data em que o beneficiário se tornar elegível para o plano.

10.3 Se a adesão do beneficiário ocorrer em prazos distintos dos descritos na cláusula anterior, este deverá, obrigatoriamente, preencher o formulário de declaração de saúde no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes na data da sua inscrição, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, conforme o disposto na legislação vigente.

10.4 Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

10.5 Para o preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela **POSTAL SAÚDE**.

10.6 Caso o beneficiário opte pela orientação de um médico não pertencente à lista de credenciados/referenciados da **POSTAL SAÚDE**, deve assumir o ônus financeiro da entrevista.

10.7 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

10.8 Se necessário, as doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **POSTAL SAÚDE** para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

10.9 A confirmação da doença ou lesão se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

10.10 Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar a necessidade de procedimentos de alta complexidade, a **POSTAL SAÚDE** poderá oferecer a cobertura parcial temporária.

10.11 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

10.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual está disponível no site www.ans.gov.br.

10.13 Será vedada à **POSTAL SAÚDE** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, por ocasião de sua admissão no plano.

10.14 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da adesão ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, a **POSTAL SAÚDE** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá:

a) Oferecer cobertura parcial temporária ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano; ou
b) Oferecer o agravo, ou
c) Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

10.15 Exercendo prerrogativa legal, a **POSTAL SAÚDE** opta pelo não fornecimento de agravo.

10.16 Instaurado o processo administrativo na ANS, à **POSTAL SAÚDE** caberá o ônus da prova.

10.17 A **POSTAL SAÚDE** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

10.18 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação por parte da **POSTAL SAÚDE**.

10.19 Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

10.20 Após o julgamento, e acolhida a alegação da **POSTAL SAÚDE** pela ANS, o beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Postal Saúde, bem como será excluído do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

10.21 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do beneficiário do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO 11 – REEMBOLSO

11.1 O **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** não oferece a modalidade livre escolha, sendo os atendimentos prestados, exclusivamente, por rede credenciada referenciada. Dessa forma, as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde em caráter particular, por profissionais não credenciados, não são passíveis de reembolso pela **POSTAL SAÚDE**.

11.2 Será assegurado o reembolso das despesas com assistência à saúde tão somente nos casos de indisponibilidade ou de inexistência de rede credenciada quando, em último caso, o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, inclusive as despesas com transporte, e em conformidade com a legislação vigente à época do evento que trate sobre o tema.

11.3 Os casos eletivos de indisponibilidade e de inexistência de rede deverão ser previamente direcionados pelo beneficiário à **POSTAL SAÚDE**, nos moldes definidos na cláusula 7.2.9 deste regulamento, a qual realizará os trâmites necessários para garantia do atendimento, em conformidade com a legislação que trate sobre o tema e esteja em vigor à época dos fatos.

11.4 Os reembolsos aprovados serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da apresentação completa de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados.

11.5 O reembolso das despesas pagas diretamente pelo beneficiário só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento.

11.6 O pedido de reembolso deverá ser apresentado em formulário próprio, disponibilizado no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) e no aplicativo Minha Postal, acompanhado de todos os documentos necessários, devidamente assinado pelo beneficiário ou responsável legal.

11.7 Os documentos necessários para solicitação de reembolso estão listados no anexo II deste instrumento.

11.8 Além dos documentos listados no anexo II deste regulamento, poderão ser solicitados documentos adicionais, de forma a complementar a análise pela equipe técnica da **POSTAL SAÚDE**.

11.9 Não serão processados os pedidos de reembolso com documentação incompleta, ilegível, dupla grafia, rasuras ou emendas.

11.10 O beneficiário tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, contados a partir da data de emissão do documento fiscal (nota fiscal ou recibo).

11.11 Se aplicável, a cobrança de coparticipação, nos percentuais e/ou valores definidos neste Regulamento, incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários e será abatida do valor a ser reembolsado no caso de deferimento do pedido de reembolso.

11.12 Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

CAPÍTULO 12 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1 Com a finalidade de regular a demanda de utilização dos serviços cobertos pelo **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, observados os preceitos legais, a **POSTAL SAÚDE** adotará os seguintes mecanismos de regulação, exceto em consultas e casos de urgência e emergência:

I. Auditoria/Perícia prévia: consiste no exame médico presencial, 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 coberturas oferecidas pelo **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

II. Autorização prévia: consiste na autorização previamente concedida pela **POSTAL SAÚDE** ao prestador de serviços ou ao beneficiário para realização de procedimentos.

III. Porta de entrada: consiste em estrutura de saúde própria ou indicada pela **POSTAL SAÚDE**, que efetuará o acolhimento do beneficiário e definirá o seu melhor encaminhamento para a rede prestadora de serviço.

12.2 Todos os serviços cobertos pelo **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, com exceção das consultas e dos casos de urgência e emergência, estão sujeitos à autorização prévia.

12.3 A critério da **POSTAL SAÚDE**, para avaliação e concessão da autorização prévia, poderão ser solicitados exames adicionais, detalhamento de relatórios e/ou comparecimento para auditoria/perícia presencial.

12.4 As regras referentes ao acesso e atendimento pelo mecanismo de porta de entrada estão disponíveis no site da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br).

12.5 Será necessária auditoria/perícia prévia sobre os procedimentos quando:

a) Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não sejam expostos a algum procedimento além do cientificamente indicado e seguro para o beneficiário, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e com a cobertura oferecida pelo **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL;**
b) Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelo **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário; e
c) Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelo **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**.

12.6 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por profissional não pertencente à rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**, entretanto devem ser realizados na rede credenciado do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

12.7 Os pedidos médicos terão a validade de 30 (trinta) dias corridos e os pedidos de tratamentos seriados 180 (cento e oitenta) dias corridos.

12.8 Em caso de divergência na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **POSTAL SAÚDE** e por um terceiro (desempatador) escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE**.

12.9 O parecer do profissional desempatador será acatado para fins de cobertura.

12.10 A autorização prévia somente será fornecida pela **POSTAL SAÚDE** após avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e/ou no relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.

12.11 A **POSTAL SAÚDE** garantirá o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na legislação vigente que trate sobre o tema, levando em consideração a data a partir da qual o beneficiário realizou a entrega da documentação completa exigida para análise.

12.12 A contagem dos prazos estabelecidos nas cláusulas deste capítulo iniciar-se-á a partir da data do envio à **POSTAL SAÚDE** da documentação completa exigida para a análise.

12.13 Das coparticipações:

12.13.1 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário quando utiliza os serviços cobertos pelo plano, a qual poderá ser definida em termos fixos ou em percentuais.

12.13.2 Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário (mensalidade), serão cobradas coparticipações, nos moldes definidos abaixo:

Tabela 1 - percentuais de coparticipação

Grupo	Coparticipação
Medicamentos quimioterápicos	Isento
Demais procedimentos	15%

12.13.3 A tabela de classificação dos procedimentos está disponível no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br).

12.13.4 Os valores devidos pelos beneficiários a título de coparticipação serão cobrados mensalmente, junto com a cobrança das mensalidades, por meio de título de cobrança bancário ou outro instrumento que vier a substituí-lo, na data de vencimento acordada quando da adesão do beneficiário ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**.

12.13.5 Os valores de coparticipação serão cobrados mensalmente à medida em que as contas médicas forem sendo apresentadas, sem que haja limite de valor de cobrança em determinada competência.

12.13.6 Todos os beneficiários do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** estarão submetidos às regras de cobrança de coparticipação, conforme dispositivos da presente cláusula.

12.13.7 Os valores de coparticipação deverão ser pagos pelo beneficiário titular em relação a si, aos seus dependentes e aos seus agregados.

12.13.8 No caso dos agregados, os valores de coparticipação poderão ser pagos diretamente por eles, desde que assumam as responsabilidades financeiras dos contratos.

CAPÍTULO 13 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

13.1 O **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', quando o valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) é calculado antes da utilização das coberturas contratadas, conforme preconiza a legislação vigente da ANS.

13.2 Todos os beneficiários vinculados ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** deverão contribuir para ele, considerando a faixa etária de cada beneficiário, conforme o plano de custeio constante no Capítulo 14 deste Regulamento.

13.3 Os valores de mensalidade deverão ser pagos pelo beneficiário titular em relação a si, aos seus dependentes e aos seus agregados.

13.4 No caso dos agregados, os valores de mensalidade poderão ser pagos diretamente por eles, desde que assumam as responsabilidades financeiras dos contratos.

13.5 As mensalidades serão cobradas mensalmente, independentemente da utilização ou não dos serviços do plano de saúde naquela competência, por meio de título de cobrança

bancário ou outro instrumento que vier a substituí-lo, na data de vencimento acordada quando da adesão do beneficiário ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

13.6 A falta de recebimento do boleto bancário até a data do vencimento não prejudicará a exigibilidade do pagamento das mensalidades. O boleto poderá ser obtido pela internet, no endereço www.postalsaude.com.br, em área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios, e/ou pela central de atendimento da **POSTAL SAÚDE** (0800 888 8116).

13.7 Os valores das mensalidades serão fixados, apenas, em função da faixa etária do beneficiário e serão atualizados:

a) A cada 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência do presente Regulamento, mediante comunicação dirigida à ANS, de acordo com as normas regulamentares vigentes à época; e
b) Com a alteração de idade do beneficiário que importe mudança de faixa etária.

13.8 Quando da alteração da idade do beneficiário, com deslocamento para a faixa etária superior, o valor da mensalidade será alterado, automaticamente, para o da próxima faixa etária.

13.9 O reajuste dos valores das mensalidades decorrentes da mudança de faixa etária não se confundirá com o reajuste financeiro anual do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

13.10 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observarão o disposto abaixo, conforme legislação vigente da ANS:

a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária; e
b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

13.11 Não será aplicado reajuste por mudança de faixa etária ao beneficiário com 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais, permanecendo para estes apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO 14 - CUSTEIO

14.1 O custeio do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** será aprovado anualmente pelo Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que venha a substituí-lo, com base em estudo atuarial.

14.2 Para fazer parte do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, cada beneficiário (titular, dependente e agregado) deverá contribuir, mensalmente, com o valor integral especificado na tabela de preços a seguir, conforme a sua faixa etária:

Tabela 2 - valores de mensalidades

Faixa etária	Mensalidade
00-18	R$ 141,14
19-23	R$ 158,08
24-28	R$ 177,05
29-33	R$ 203,60
34-38	R$ 234,15

39-43	R$ 278,64
44-48	R$ 348,29
49-53	R$ 435,37
54-58	R$ 564,57
59 anos ou mais	R$ 635,15

14.3 A tabela de mensalidades acima vigorará entre o período de maio de 2026 a maio de 2027.

14.4 O atraso no pagamento das obrigações financeiras (mensalidade e coparticipação) implicará na cobrança de juros de mora de no máximo 1% (um por cento) ao mês e 0,033 (zero vírgula zero trinta e três) ao dia e em multa de no máximo 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

CAPÍTULO 15 - REAJUSTE

15.1 De modo a assegurar-se o equilíbrio econômico-financeiro do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, anualmente, será efetuada avaliação atuarial, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas e do custeio do plano.

15.2 Na avaliação atuarial será observada a relação entre as receitas e despesas do plano, de forma a assegurar o seu equilíbrio econômico-atuarial.

15.3 A avaliação atuarial poderá levar em consideração desequilíbrios técnicos, considerando os seguintes fatores:

a) Aumento da sinistralidade do plano;
b) Aumento dos custos médicos no mercado de saúde suplementar;
c) Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do Rol de Procedimentos pela ANS; e/ou
d) Alteração sensível na estrutura da carteira de beneficiários do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL.**

15.4 Em caso de aplicação de reajuste técnico-atuarial, este será divulgado no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) no mês programado para o reajuste financeiro.

15.5 Independentemente da data de adesão do beneficiário ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, o reajuste técnico-atuarial acontecerá no mês de **junho** de cada ano – entendendo-se essa como a data-base.

15.6 A avaliação atuarial, poderá, ainda, indicar a necessidade de reajuste nos percentuais e/ou valores de coparticipação previstos neste Regulamento.

15.7 Qualquer reajuste aplicado ao **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL** deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

CAPÍTULO 16 – DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente; assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado estará sujeita a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observando-se a legislação em vigor.

16.2 A **POSTAL SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste Regulamento.

16.3 Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que vier a substituí-lo.

16.4 Em caso de beneficiários cancelados nos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Plano Piloto Master, Postal Nordeste Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Ambulatorial, Postal Norte Ambulatorial, Postal Sul Ambulatorial, Postal Centro-Oeste Master, Postal Nordeste Master, Postal Norte Master, Postal Sudeste Master, Postal Sul Master e inscritos no **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, os débitos adquiridos naqueles produtos permanecerão objeto de cobrança até sua total quitação.

16.5 Em caso de extinção do **POSTAL SUDESTE AMBULATORIAL**, depois de liquidados os seus compromissos, o Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que vier a substituí-lo, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.

16.6 O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, com início em maio de 2026**.**

16.7 Fica eleito o foro Brasília-DF para dirimir quaisquer demandas sobre o presente Regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

DOS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Lei 9.656/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 06/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 08/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 13/1998;
- Instrução Normativa nº 28/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 395/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 424/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 490/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 558/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 561/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 563/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 567/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 593/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 13/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 25/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD).

DOS DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Social da **POSTAL SAÚDE**.

ANEXO I
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO

Tabela 3 - documentação necessária para inscrição

Tipo de beneficiário	Documentação exigida
Titular	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e d) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Dependentes	
Cônjuge	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Casamento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e e) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Companheiro	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Filho até a idade de 21 anos incompletos	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Certidão de Nascimento; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG); e ▪ Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado até a idade de 21 anos incompletos	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Filho maior de 21 anos e até 24 anos incompletos - universitário	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e g) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado maior de 21 anos e até 24 anos incompletos - universitário	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e g) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.

Filho ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Interdição Civil Judicial; g) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso; e h) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório, no caso de enteado (a).
Criança ou adolescente sob guarda ou tutela	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão de Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e f) Documento de guarda provisória ou definitiva.
Agregados	
Filho	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e e) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e e) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Pai/mãe	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e e) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Irmão	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do RG/CPF do titular; d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e f) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Tio	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular.
Sobrinho	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do RG/CPF do titular; d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); f) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado.

Neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia da Certidão de Nascimento; e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); f) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado.
Enteado-neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória do genitor (a) do enteado (a) com o Filho(a) do(a) titular ou declaração com assinatura reconhecida em cartório; e g) Cópia do RG do Filho (a) do(a) titular.
Bisneto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Cópia da Certidão de Nascimento; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado; e h) Cópia do RG/CPF do Filho do titular.
Trineto	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Se for utilizado cópia da Identidade do (a) Bisneto (a) do (a) titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do (a) Bisneto (a); g) Cópia da Identidade do (a) Filho (a) do (a) titular, genitor (a) do Neto (a); e h) Cópia da identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do bisneto (a).
Sobrinho-neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia do RG/CPF do titular; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do (a) agregado (a); e h) Cópia do RG/CPF dos avós do agregado (a).
Avô/Avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a)titular ou do cônjuge/companheiro do titular; e f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular ou do cônjuge/ companheiro do titular.

Bisavô/Bisavó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular; e g) RG/CPF do avô/avó do titular.
Trisavô/Trisavó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular; g) Cópia do RG/CPF do avô/avó do titular; e h) Cópia do RG/CPF do bisavô/bisavó do titular.
Tio-avô/Tia-avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG do (a) titular; f) Cópia do RG do genitor do titular que conste os nomes do avô ou da avó; e g) Cópia do RG do avô ou da avó do titular.
Primo	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia do RG/CPF do (a) titular; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do (a) titular; e h) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado (a).
Genro/nora	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do filho (a); e f) Cópia do Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório do filho.
Padrasto/madrasta	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Cunhado	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do marido/esposa do titular; e

	f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Sogro	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do marido/esposa do titular; e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Sogro-avô/Sogra-avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia da Certidão de Nascimento do cônjuge; f) Cópia da Certidão de nascimento do sogro ou sogra; e g) Cópia do RG do sogro avô.

ANEXO II
DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA PARA FINS DE REEMBOLSO

Tabela 4 - documentação comprobatória

Procedimento ou serviço	Documentação exigida
Consultas Médicas	▪ Recibo ou nota fiscal; e ▪ Comprovante de pagamento.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT/ Tratamentos seriados	▪ Recibo ou nota fiscal; ▪ Comprovante de pagamento; e ▪ Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	▪ Recibo ou nota fiscal; ▪ Comprovante de pagamento; ▪ Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso; e ▪ Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.

§1º. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

I. Nome completo do beneficiário;
II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
III. Especialidade, se profissional médico;
IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de atendimento e valor unitário e total; e
V. Data de quitação do serviço.

§2º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

I. Nome completo do beneficiário;
II. Razão social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
III. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
IV. Especialidade, se profissional médico; e
V. Data de quitação do serviço.

Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaúde.com.br