



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

REGULAMENTO CORREIOSSAÚDE II

REGULAMENTO CORREIOSAÚDE II

Unidade Administrativa gestora do normativo	<ul style="list-style-type: none">• Diretoria de Planos de Saúde e Relacionamento com os Clientes (DIREL)• Gerência de Planos de Saúde (GEPLA)<ul style="list-style-type: none">• Coordenação de Desenvolvimento, Implantação e Acompanhamento de Produtos (CODAP)
Unidade Administrativa responsável pela conformidade	<ul style="list-style-type: none">• Gerência de Estratégia Organizacional (GEORG)• Coordenação de Desenvolvimento Organizacional (CODEN)
Numeração	REG/03
Versão	002
Data da Apreciação pela DIREX	CODEL Nº 116 , de 12 de dezembro 2019
Data de Publicação	31/12/2019
Advertência	<p>Este normativo é de uso exclusivo da Postal Saúde.</p> <p>A divulgação não autorizada estará sujeita às penalidades cabíveis por Lei.</p> <p>Toda e qualquer autorização para cópia, divulgação, apresentação ou qualquer outra finalidade deverá ser obtida junto à Postal Saúde.</p>

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 -	DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES	4
CAPÍTULO 2 -	DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS	4
CAPÍTULO 3 -	DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES, DA ADESÃO E CARÊNCIA	5
CAPÍTULO 4 -	DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PLANO CORREIOSSAÚDE II	7
CAPÍTULO 5 -	DO CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS	11
CAPÍTULO 6 -	DAS CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA A INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO CORREIOSSAÚDE II	12
CAPÍTULO 7 -	DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	15
CAPÍTULO 8 -	DOS SERVIÇOS COBERTOS PELO PLANO CORREIOSSAÚDE II	16
CAPÍTULO 9 -	DOS TRANSPLANTES	21
CAPÍTULO 10 -	DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	22
CAPÍTULO 11 -	DOS SERVIÇOS E DESPESAS EXCLUÍDOS DO PLANO CORREIOSSAÚDE II	23
CAPÍTULO 12 -	DOS ACIDENTES E DOENÇAS DE TRABALHO	25
CAPÍTULO 13 -	DOS TIPOS DE ACOMODAÇÃO	25
CAPÍTULO 14 -	DA COBERTURA PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR	26
CAPÍTULO 15 -	DAS EXCEPCIONALIDADES	27
CAPÍTULO 16 -	DAS ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO	28
CAPÍTULO 17 -	DO ACESSO DO LIVRE ESCOLHA	28
CAPÍTULO 18 -	DA GARANTIA DE ATENDIMENTO	28
CAPÍTULO 19 -	DA SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO INTEGRAL OU LIVRE ESCOLHA	33
CAPÍTULO 20 -	DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	35
CAPÍTULO 21 -	DO TRANSPORTE (Remoção)	36
CAPÍTULO 22 -	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	37
CAPÍTULO 23 -	DO CUSTEIO	40
CAPÍTULO 24 -	CONSIDERAÇÕES GERAIS	43
CAPÍTULO 25 -	DO CONTROLE DAS REVISÕES	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentação necessária para reembolso	12
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Faixas - Remuneração	41
Tabela 2 Percentual sobre a mensalidade do titular	42
Tabela 3 Valor limite de cobrança de mensalidade	42

CAPÍTULO 1 - DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

- 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, denominada Postal Saúde, classificada na modalidade autogestão com mantenedor, é uma associação civil, com sede no Setor Bancário Norte, Quadra 1, Bloco F, Edifício Palácio da Agricultura, 5º e 6º andares, Asa Norte, Brasília/DF - CEP 70.040-908.
- 1.2 A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – Correios, Mantenedora e Patrocinadora do Plano CorreiosSaúde II, Empresa Pública Federal, inscrita no CNPJ 34.028.316/0001-03, com sede no Setor Bancário Norte, Quadra 1, Bloco A, Asa Norte, Brasília/DF - CEP 70.002-900.
- 1.3 O plano tratado neste instrumento é denominado Plano CorreiosSaúde II e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº480.344/18-2, possuindo como características gerais:
 - I. Tipo de contratação: Coletivo Empresarial;
 - II. Segmentação assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
 - III. Abrangência geográfica e de atuação: Nacional;
 - IV. Padrão de acomodação: Enfermaria;
 - V. Formação do preço: Pós-estabelecido por rateio;
 - VI. Não serão consideradas Doenças e Lesões Preexistentes; e
 - VII. Serviços de Cobertura Adicionais descritos na tabela de cobertura do plano.
- 1.4 O presente Regulamento traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde com característica de Contrato de Adesão, que gera direitos e obrigações para ambas partes, nos moldes da legislação civil vigente.

CAPÍTULO 2 - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

- 2.1 O presente Regulamento tem por objeto apresentar as características sobre a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, visando assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), 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), bem como as Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) para cobertura adicional, vigentes à época do evento.
- 2.2 Somente serão cobertas as despesas que tenham sido realizadas com observância, cumulativamente, das seguintes condições:
 - I. A partir da data de início da inclusão do Beneficiário no Plano, nos termos deste Regulamento;
 - II. Com a utilização dos serviços previstos na tabela de cobertura, respeitados os mecanismos administrativos de regulação; e

- III. Com prestadores de serviços próprios da Postal Saúde e/ou por ela credenciados e/ou contratados, observada a regulamentação da ANS em vigor, exceto nos casos previstos neste Regulamento e legislação vigente.
- 2.2.1 Nos casos de utilização do Plano CorreiosSaúde II após a exclusão dos Beneficiários, os custos/despesas deverão ser integralmente assumidos pelo Beneficiário Titular

CAPÍTULO 3 - DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES, DA ADESÃO E CARÊNCIA

- 3.1 Poderão participar do Plano CorreiosSaúde II:
- 3.1.1 Na qualidade de Beneficiário Titular:
- I. Empregados dos Correios com contrato de trabalho por prazo indeterminado dos Correios;
 - II. Dirigentes empregados dos Correios, que já sejam beneficiários titulares no momento da designação;
 - III. Aposentados dos Correios desligados sem justa causa ou a pedido ou por invalidez;
 - IV. Aposentados nos Correios que permanecem na ativa;
 - V. Empregado dos Correios cedido a outro órgão público ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal;
 - VI. Empregado cedido aos Correios por órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, com ônus para o Correios;
 - VII. Assessor Especial e Cargos Comissionados; e
 - VIII. Anistiado nos termos da Lei nº 10.559/2002.
- 3.1.2 Na qualidade de Beneficiário Dependente:
- I. Cônjuge ou companheiro(a), com ou sem filhos em comum;
 - II. Filhos(as), incluídos(as) os adotivos(as), enteados(as), solteiros e com idade até 21 (vinte e um) anos;
 - III. Menor sob guarda, com idade até 21 (vinte e um) anos;
 - IV. Filhos(as), incluídos(as) os adotivos(as), enteados(as), solteiros e com idade superior a 21 (vinte e um) anos e inferior a 24 (vinte e quatro), desde que estejam cursando ensino superior; e
 - V. Filhos(as) inválidos(as), incluídos(as) os adotivos(as) e enteados(as), solteiros, com idade superior a 21 (vinte e um) anos, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação.
- 3.1.3 A inscrição do Beneficiário Dependente fica condicionada à participação do Titular.
- 3.1.4 Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes, será necessário o preenchimento do Termo de Adesão, no qual o Titular manifestará a concordância com os termos deste Regulamento e apresentará a documentação obrigatória.
- 3.1.5 A solicitação de inclusão de dependente deverá ser realizada pelo Beneficiário titular.
- 3.2 A adesão do Beneficiário Titular Ativo e seus dependentes ao Plano CorreiosSaúde II se dará junto aos Correios;
- 3.3 A adesão do Beneficiário Titular Aposentado e seus dependentes ao Plano CorreiosSaúde II ocorrerá junto à Postal Saúde.

- 3.4 É isento de carência o empregado que aderir ao Plano CorreiosSaúde II em até 30 (trinta) dias 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.
- 3.4.1 Serão dispensados do cumprimento de períodos de carência quando da adesão ao Plano CorreiosSaúde II:
- I. O Beneficiário dependente inscrito em até 30 (trinta) dias corridos da data em que se tornar elegível ao plano;
 - II. O Recém-nascido, filho natural ou filho adotivo de Beneficiário desde que a Proposta de Adesão seja apresentada no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do nascimento ou da adoção;
 - III. O menor de 12 (doze) anos adotado pelo Beneficiário ou sob guarda deste, pode ser inscrito no Plano CorreiosSaúde II em até 30 (trinta) dias corridos a contar da adoção ou guarda, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante; e
 - IV. O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no Plano CorreiosSaúde II em até 30 (trinta) dias corridos reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo Beneficiário pai, independente da segmentação contratada.
- 3.4.2 Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos Beneficiários regularmente inscritos após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98 e normas regulamentadoras da ANS:
- I. Atendimentos de urgências e/ou emergências: 24 (vinte e quatro) horas, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
 - II. Consultas médicas: 30 (trinta) dias;
 - III. Procedimentos de diagnose, tratamentos especializados, procedimentos especiais e terapias exclusivamente ambulatoriais: 60 (sessenta) dias;
 - IV. Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnose e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos: 180 (cento e oitenta) dias;
 - V. Partos a termo, excluídos os partos prematuros: 300 (trezentos) dias;
 - VI. Demais casos: 180 (cento e oitenta) dias; e
 - VII. Procedimentos odontológicos: 45 (quarenta e cinco) dias.
- 3.4.2.1 A contagem dos prazos de carência de cada Beneficiário se dará a partir do ingresso no plano.
- 3.4.2.2 O início da vigência da adesão do Beneficiário ao Plano CorreiosSaúde II se dará após a comprovação de elegibilidade e ingresso no plano.
- 3.4.2.3 Os prazos de carência previstos também serão observados na reativação de Beneficiários.
- 3.4.2.4 Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no item 3.3.2. inciso I, exemplificativamente, a data da certidão de casamento ou do registro da união estável para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido etc.
- 3.4.3 A inclusão de Beneficiário fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

CAPÍTULO 4 - DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PLANO CORREIOSAÚDE II

- 4.1 Beneficiário Titular:
- 4.1.1 O Cartão de Identificação dos Beneficiários (CIB) somente poderá ser emitido ao titular e a seus dependentes após o cadastramento e a assinatura do Contrato de Trabalho por prazo indeterminado e do respectivo Termo de Adesão, bem como após o cadastramento dos Beneficiários dependentes, quando for o caso.
- 4.2 Inclusão de Aposentados, Aposentados por invalidez e Anistiados:
- 4.2.1 Os ex-empregados aposentados, aposentados por invalidez, aqueles que se aposentaram em atividade e os anistiados poderão solicitar sua inclusão no plano, bem como de seu(s) filho(s) e cônjuge ou companheiro, desde que preencham os seguintes requisitos:
- I. 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 neste regulamento;
 - II. 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;
 - III. O último vínculo de trabalho com os Correios tenha sido regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);
 - IV. O ex-empregado dos Correios que for Anistiado Político e que não tiver retornado ao quadro da Empresa, cuja situação esteja de acordo com os termos do art. 5º da Lei 10.559 de 13 de fevereiro de 2002 e com processo julgado pela Segunda Câmara de Anistia do Ministério da Justiça, bem como com concessão de reparação econômica de caráter indenizatório em prestação mensal, permanente e continuada;
- 4.2.2 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(s) filho(s), cônjuge ou companheiro(a), não sendo permitida a inclusão de outros dependentes.
- 4.2.3 O titular aposentado que se desligou ou o titular aposentado por invalidez que se afastaram dos Correios a partir de 01/01/2004 poderão permanecer com os dependentes que já estavam cadastrados enquanto se encontravam na ativa, respeitadas as regras gerais do Plano, mediante a assinatura do Termo de Permanência no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de seu desligamento.
- 4.2.4 Ao aposentado que contribuir para o plano em prazo inferior aos 10 (dez) anos, conforme citado no item II do subitem 4.2.1, será assegurado o direito de manutenção como beneficiário, na razão de um ano para cada ano de contribuição, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o seu pagamento integral.
- 4.2.4.1. Entende-se por contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.
- 4.2.5. A garantia de manutenção será estendida ao grupo familiar do beneficiário aposentado, ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar, desde que formalize sua opção em até 30 (trinta) dias do término do contrato de trabalho.

- 4.2.5.1. Será garantida a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado aposentado, no período de manutenção da condição de beneficiário.
- 4.2.6. O direito assegurado nos termos dos subitens 4.2.4 e 4.2.5 se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:
- I. pelo decurso do prazo previsto no subitem 4.2.4 (um ano de manutenção para cada ano de contribuição);
 - II. pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego; ou
 - III. pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelos Correios a seus empregados ativos e ex-empregados.
- 4.2.6.1. Considera-se novo emprego para fins do disposto no inciso II deste dispositivo o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
- 4.2.7. Para todos os casos de inclusão de aposentados, aposentado por invalidez ou anistiado, é obrigatório que o último vínculo empregatício seja com os Correios.
- 4.2.8. Os documentos necessários à inclusão de aposentados, aposentados por invalidez e anistiados devem ser apresentados em cópia autenticada ou em cópia acompanhada do original, em locais indicados pelos Correios ou pela Postal Saúde, na jurisdição a que pertence o Beneficiário, conforme detalhamento a seguir:
- I. Para os aposentados e aposentados por invalidez já desligados do Quadro de Pessoal dos Correios:
 - a) Carta de Concessão de Aposentadoria expedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
 - b) Documento de identidade;
 - c) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
 - d) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou outro documento oficial que comprove o tempo de vínculo empregatício com os Correios;
 - e) Documentos previstos neste regulamento, quando desejar incluir filho(a), cônjuge ou companheiro(a);
 - f) Assinatura de Termo de Adesão, concordando com as regras estabelecidas neste regulamento, sobre o benefício do plano de saúde, oferecido pelos Correios;
 - g) Comprovantes de rendimentos; e
 - h) Comprovante de residência (conta de luz, água, telefone etc.).
 - II. Para ex-empregado anistiado político bem como seu(s) filho(s), cônjuge ou companheiro(a), com o preenchimento do formulário de Termo de Adesão e apresentação dos documentos em cópia autenticada ou cópia acompanhada do original:
 - a) Portaria do Ministério da Justiça declarando a anistia política, com reparação econômica de caráter indenizatório, em prestação mensal, permanente e continuada, bem como cópia da respectiva publicação feita no Diário Oficial da União (D.O.U);
 - b) Documento comprobatório do valor do benefício e do período definido para recebimento da indenização;
 - c) Documento de identidade;
 - d) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
 - e) Documentos previstos neste regulamento, para a inclusão de filho(s), cônjuge ou companheiro(a);

- f) Título de eleitor;
 - g) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), para comprovar que não existe vínculo empregatício com outro empregador;
 - h) Comprovante de recebimento de indenização definida pelo Ministério da Justiça;
 - i) Formulário Termo de Adesão, devidamente preenchido; e
 - j) Comprovante de residência (conta de luz, água, telefone etc.).
- 4.2.9. São considerados, cumulativamente, como parte integrante da composição do rendimento dos aposentados, aposentados por invalidez e anistiados, inclusive para efeito de compartilhamento, a soma dos valores seguintes:
- I. Bruto da suplementação paga pelo Instituto de Previdência Complementar Postalís;
 - II. Do benefício pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ao aposentado e ao aposentado por invalidez, inclusive a suplementação da União, se houver; e
 - III. Da reparação econômica em prestação mensal paga ao anistiado.
- 4.2.10. Não será admitida, em nenhuma hipótese, a inclusão de Beneficiários que não preencham os requisitos de elegibilidade e/ou com pendência de documentação.
- 4.3. Direito de permanência de ex-empregado demitido sem justa causa.
- 4.3.1. Ao beneficiário que contribuir para o plano, no caso de rescisão do contrato de trabalho (demissão) sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral e opte pela sua manutenção em até 30 (trinta) dias da comunicação inequívoca do empregador.
- 4.3.2. A garantia de manutenção será estendida ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar, desde que formalize sua opção em até 30 (trinta) dias da rescisão do contrato.
- 4.3.3. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item anterior será de um terço do tempo de permanência no plano com contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
- 4.3.4. Entende-se por contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.
- 4.3.5. Será garantida a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado, no período de manutenção da condição de beneficiário.
- 4.3.6. O direito assegurado nos termos do subitem 4.3 se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:
- I. Pelo decurso do prazo previsto no subitem 4.3.3 (um terço do tempo de permanência no plano com contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses);
 - II. Pela admissão do beneficiário demitido sem justa causa em novo emprego; ou
 - III. Pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

- 4.3.6.1. Considera-se novo emprego para fins do disposto no inciso II deste dispositivo, o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
- 4.4. Do direito de manutenção dos dependentes em caso de morte do titular
- 4.4.1. Será garantida a permanência no plano aos dependentes em caso de morte do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998.
- 4.4.1.1. Durante os primeiros 180 (cento e oitenta) dias, a contar do óbito, o benefício será oferecido de forma gratuita aos beneficiários dependentes.
- 4.4.1.2. Não farão jus ao direito de permanência, os beneficiários dependentes que estiverem enquadrados nas regras de perda da condição de beneficiário, elencadas neste regulamento.
- 4.4.2. A família/dependente terá a obrigação de comunicar o falecimento do titular e de entregar uma cópia da respectiva Certidão de Óbito à Postal Saúde. A utilização indevida do benefício acarretará a adoção de medidas legais cabíveis e a cobrança integral pelas utilizações indevidas.
- 4.4.3. Após o óbito do beneficiário titular, os dependentes que pretenderem permanecer no plano deverão manifestar essa intenção por meio de assinatura de "Termo de Permanência", em até 30 (trinta) dias a contar da data do óbito, comunicado à Operadora, passando a assumir o pagamento integral do plano (mensalidade e coparticipação), podendo permanecer elegível de acordo com os prazos dispostos no art. 8º da Resolução Normativa nº. 279/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 4.5. Inclusão de Beneficiário Dependente
- 4.5.1. A inclusão de Beneficiários Dependentes necessita de requerimento do Beneficiário Titular e a utilização do Plano CorreiosSaúde II somente poderá ocorrer após a data da homologação dessa inclusão, observando-se:
- I. Atendimento a todos os itens relativos às condições de elegibilidade previstos neste Regulamento;
 - II. 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; e
 - III. 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.
- 4.5.2. A apresentação do CPF e documento de identidade 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 esta exigência poderá ser estendida a todas as idades conforme determinação legal.
- 4.5.3. Se o Beneficiário Dependente, na data que completar 21 (vinte e um) anos, já estiver cursando nível superior, deverá apresentar documentação exigida neste regulamento uma semana antes da data de seu aniversário para dar continuidade à utilização da assistência médica/odontológica.
- 4.5.4. Para os dependentes, filhos solteiros e enteados solteiros, maiores de 21 (vinte e um) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos cursando terceiro grau, a validade do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) será semestral.
- 4.5.5. No semestre em que o dependente completar 24 (vinte e quatro) anos, 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 (vinte e quatro) anos antes do fim do semestre letivo.

- 4.5.6. Caso o curso superior findar antes da data em que o dependente completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, a carteira de identificação deverá ser emitida com validade até o fim do semestre letivo.

CAPÍTULO 5 - DO CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

- 5.1 Os Correios, ou a quem a empresa delegar, exercerá permanente controle no cadastro de Beneficiários, podendo, a qualquer momento, reavaliá-lo e suprimir aqueles que não atendam aos pré-requisitos estabelecidos neste regulamento.
- 5.2 Somente serão cobertas as despesas de atendimento médico-hospitalar e odontológico para dependentes e titulares no período compreendido entre as datas de inclusão (cadastramento) e de exclusão no cadastro. Tal inclusão depende de requerimento do titular e a utilização somente poderá ocorrer após a data da sua homologação.
- 5.3 Não poderão ser cadastrados dependentes nas seguintes hipóteses:
- I. Empregados ativos ou aposentados e/ou anistiados como dependentes de outro Beneficiário Titular;
 - II. Beneficiário Dependente cadastrado para mais de um Beneficiário Titular, nos casos em que dois empregados dos Correios forem casados entre si ou companheiros com união estável, quando deverão optar com qual titular será cadastrado o beneficiário dependente;
 - III. Novo dependente de titular aposentado/anistiado, exceto no caso de inclusão ou alteração de cônjuge ou companheiro(a) e inclusão de filhos, desde que atendidas as condições estabelecidas neste regulamento; e
 - IV. De forma simultânea cônjuge ou companheiro(a), caso em que o beneficiário titular deverá optar por apenas um Beneficiário Dependente nessa categoria.
- 5.3.1. É vedada a inclusão de empregado com contrato de trabalho suspenso como dependente de outro beneficiário titular.
- 5.4 Atualização Cadastral:
- 5.4.1 Havendo alteração de dados de qualquer Beneficiário, cumpre ao Beneficiário Titular informar tempestivamente, objetivando a manutenção do cadastro rigorosamente atualizado.
- 5.4.2 A omissão do Beneficiário Titular em relação à atualização do cadastro, poderá acarretar:
- I. Suspensão da assistência médica hospitalar e odontológica;
 - II. Ressarcimento integral em caso de utilização indevida; e
 - III. Responsabilidade civil e administrativa.

CAPÍTULO 6 - DAS CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA A INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO CORREIOSAÚDE II

6.1 A inclusão de Beneficiário Dependente no Plano deverá seguir as condições descritas:

Quadro 1 - Documentação necessária para reembolso

TIPO DE DEPENDENTE	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
1 - Cônjuge	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Certidão de Casamento; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e V. Cópia da Carteira de Identidade (RG).
2 - Companheiro (a)	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Escritura Pública Declaratória; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e V. Cópia da Carteira de Identidade (RG).
3 - Filho(a) solteiro (a) Menor de 21 anos	I. Termo de Adesão II. Cópia da Certidão de Nascimento; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); V. Cópia da Carteira de Identidade (RG); e VI. Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar sentença judicial, quando for o caso.
4 - Filho(a) solteiro (a) Maior de 21 anos e inválido	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Certidão de Nascimento; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); V. Cópia da Carteira de Identidade (RG); VI. Interdição Civil Judicial; e VII. Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar sentença judicial, quando for o caso.
5- Enteadado(a) solteiro(a) menor de 21 anos	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Certidão de Nascimento; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); V. Cópia da Carteira de Identidade (RG); e VI. Cópia da Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória.

TIPO DE DEPENDENTE	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
6- Enteadado(a) solteiro(a) maior de 21 anos e inválido	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Certidão de Nascimento; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); V. Cópia da Carteira de Identidade (RG); VI. Interdição Civil Declaratória; e VII. Cópia da Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória.
7- Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º grau	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Certidão de Nascimento; III. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); V. Cópia da Carteira de Identidade (RG); VI. Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e VII. Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar sentença judicial, quando for o caso.
8- Enteadado(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º grau	I. Cópia da Certidão de nascimento; II. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); III. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); IV. Cópia da Carteira de Identidade (RG); V. Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e VI. Cópia da Declaração de União Estável em cartório ou cópia da certidão de casamento.
9- Menor sob guarda – Menor de 21 anos	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Certidão de Nascimento; III. Cópia do Cartão de Nacional de Saúde (CNS); IV. Cópia da Carteira de Identidade (RG); V. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e VI. Documento de guarda provisória ou definitiva.
10- Aposentados por idade, contribuição e invalidez	I. Termo de Adesão; II. Cópia da Carta de Concessão de Aposentadoria expedida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); III. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); IV. Cópia da Carteira de Identidade (RG); V. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou outro documento oficial que comprove vínculo com os Correios; VI. Cópia da Certidão de Nascimento (quando

TIPO DE DEPENDENTE	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
	desejar incluir filho (a) e/ou Cópia da Certidão de Casamento (quando desejar incluir cônjuge) ou documentos previstos para a inclusão de companheiro (a); VII. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); VIII. Comprovante de Residência; IX. Comprovante de Rendimentos;
Anistiado nos Termos da Lei nº 10.559/2002	I. Cópia da Portaria do Ministério da Justiça, declarando a anistia política, com reparação econômica de caráter indenizatório, em prestação mensal, permanente e continuada, bem como cópia da respectiva publicação feita no D.O.U; II. Cópia do documento comprobatório informado o valor do benefício e do período definido para recebimento da indenização; III. Comprovante de recebimento de indenização definida pelo Ministério da Justiça; X. Cópia da Certidão de Nascimento (quando desejar incluir filho (a) e/ou Cópia da Certidão de Casamento (quando desejar incluir cônjuge) ou documentos previstos para a inclusão de companheiro (a); IV. Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); V. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); VI. Cópia da Carteira de Identidade (RG); VII. Cópia do Título de Eleitor; VIII. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), para comprovar que não existe vínculo empregatício com outro empregador; e IX. Comprovante de Residência.

Fonte: GEREL

- 6.2 São considerados inválidos os Beneficiários Dependentes absolutamente incapazes, de acordo com o Código Civil.
- 6.3 Para a inscrição de dependente maior de 21 (vinte e um) anos inválido, o Beneficiário Titular deverá apresentar documento de interdição cível judicial.
- 6.4 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 curso de graduação 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.
- 6.5 Considera-se união estável aquela que atende aos termos da legislação em vigor.
- 6.6 Os dependentes de empregados admitidos a partir do dia 01/01/2007 deverão atender à condição de não estarem vinculados a qualquer modalidade de plano de saúde ou de assistência médica oferecida por seu empregador.
- 6.7 Para o atendimento ao item que solicita comprovante de rendimentos dos dependentes nas 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, pelo menos, uma das seguintes condições:
- I. Assalariado: último contracheque;
 - II. Aposentados e pensionistas: último comprovante de recebimento de Aposentadoria e/ou pensão;
 - III. Demais situações: apresentação da DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos) para os seguintes rendimentos:
 - a) rendimentos do trabalho não assalariado;
 - b) rendimento de aluguéis;
 - c) honorários profissionais;
 - d) rendimento de autônomo; e
 - e) rendimento de empresário.
- 6.8 Para efeitos do disposto no subitem 6.7, II, há de se considerar todos os benefícios previdenciários na composição da renda a ser comprovada, se houver, não devendo ser considerados os benefícios governamentais.
- 6.9 A regra definida no item 6.7 é aplicável para os dependentes: filho(a) - maior de 21 (vinte e um) anos e inválidos e enteado(a) - maior de 21 (vinte e um) anos e inválidos e deverá ser adotada quando ocorrer atualização cadastral (recadastramento).
- 6.10 Não será aceito o cadastramento de dependentes filho(a) solteiro(a), enteado(a) solteiro(a) e menor sob guarda que tenham sido emancipados nos moldes da legislação civil vigente.
- 6.11 Não obstante a legislação civil preveja maioridade a partir de 18 (dezoito) anos, por discricionariedade dos Correios, o benefício poderá ser mantido para Beneficiários Dependentes menores de 21 (vinte e um) anos que não tiverem perdido a elegibilidade ou que não estiverem insertos nas situações descritas no subitem 6.10 deste regulamento.
- 6.12 É reservado aos Correios e à Postal Saúde o direito de, a qualquer tempo, investigar a veracidade das declarações e documentos apresentados, arcando o(a) Beneficiário Titular com sanções regulamentares e legais decorrentes de qualquer conteúdo inverídico ou de adulterações.

CAPÍTULO 7 - DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 7.1 Desligamento de Beneficiário:
- 7.1.1 A perda da condição de Beneficiário ocorrerá nas situações a seguir:
- I. em caso de suspensão ou extinção do contrato de trabalho do Beneficiário Titular;
 - II. por solicitação expressa do Beneficiário Titular;
 - III. o não pagamento de mensalidade e/ou coparticipação, pelo período de 3 (três) meses seguidos ou 5 (cinco) meses alternados, dentro do prazo de 12 (doze) meses;
 - IV. quando o Beneficiário Titular e/ou dependente deixarem de atender aos requisitos de elegibilidade estabelecidos neste Regulamento;
 - V. quando os dados cadastrais do Beneficiário estiverem desatualizados, até a data da efetiva regularização;
 - VI. para o(s) dependente (s), depois de transcorrido o prazo citado nos subitens 4.2.4 e 4.3.3 acima.

- VII. quando houver decurso dos prazos previstos neste regulamento para manifestação do interesse da manutenção mediante Termo de Permanência.
 - VIII. Quando houver cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados; e
 - IX. por fraude ou tentativa de fraude por parte do Beneficiário.
- 7.1.1.1. A perda da condição de Beneficiário do plano pela suspensão do contrato de trabalho estabelecida no inciso "I" do subitem 7.1.1, acima, não se aplica aos aposentados na ativa que se afastaram do trabalho por mais de 15 (quinze) dias, para tratamento da própria saúde.
- 7.1.2. Os Correios informarão, de imediato, à Postal Saúde sobre empregados desligados do quadro de pessoal ou aqueles que estão com o contrato de trabalho suspenso a pedido, bem como alterações nas situações de RH que implicam na perda do direito à assistência médica e odontológica.

CAPÍTULO 8 - DOS SERVIÇOS COBERTOS PELO PLANO CORREIOSSAÚDE II

- 8.1 A Postal Saúde cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Postal Saúde, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, no que se aplicam ao plano contratado e deverão preencher os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização Técnica (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT) e com os Serviços de Cobertura Adicionais amparados pelas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) para cobertura adicional, vigentes à época do evento.
- 8.2 A Postal Saúde garantirá a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- 8.3 O Plano 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.
- 8.4 Cobertura Ambulatorial:
- 8.4.1 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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, abrangendo:
- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
 - II. Consultas/sessões com nutricionista, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, exclusivamente quando preenchido os critérios e quantidades descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor à época do evento;
 - III. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

- IV. Consultas/sessões com fonoaudiólogo, psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, exclusivamente quando preenchido os critérios e quantidades descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor à época do evento;
- V. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- VI. Reeducação postural global e hidroterapia;
- VII. Hemoterapia ambulatorial;
- VIII. Consultas/sessões de psicoterapia, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, exclusivamente quando preenchido os critérios e quantidades descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- IX. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, solicitados e justificados;
- X. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, somente terão cobertura assegurada quando assim previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- XI. Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo:
 - a) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação; e
 - 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 tecnicamente justificado e previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como os Serviços de Cobertura Adicionais amparados pelas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) para cobertura adicional, vigentes à época do evento.
- XII. 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, conforme prescrição do médico assistente, 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;
 - a) 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;
- XIII. 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 da ANS, em vigor à época 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 nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- XIV. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- XV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento
- 8.5. Da cobertura Hospitalar com Obstetrícia:
- 8.5.1. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvada a cobertura obrigatória para os procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, dispostos no item XVII do subitem 8.4.1 acima. Serão acrescidos ainda os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, abrangendo:
- I. Internações hospitalares de todas as modalidades, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, solicitadas pelo médico assistente;
 - II. Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
 - III. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
 - IV. Cobertura de taxas hospitalares e materiais utilizados em procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como os amparados pelas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC) para cobertura adicional, vigentes à época do evento;
 - V. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
 - VI. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, bem como ao acompanhante do Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ou pessoas com deficiência, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente;
 - VII. Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, obedecendo as diretrizes técnicas de cobertura e legislação vigente à época do evento;
 - VIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, obedecendo as diretrizes de cobertura e legislação vigente à época do evento;
 - IX. 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.
- X. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo Plano CorreiosSaúde II, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- a) 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 sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
- XI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII. 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);
- XIII. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, assegurada a cobertura de procedimento cirúrgico para a sua remoção ou retirada, desde que haja indicação médica;
- XIV. 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;
- XV. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente;
- XVI. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XVII. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) Procedimentos radioterápicos, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física; e
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes.

8.6. Cobertura a Saúde Mental:

8.6.1. O Plano oferece cobertura para tratamento médico psiquiátrico de saúde mental em regime ambulatorial de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, para os transtornos mentais e comportamentais assim como a cobertura de serviços de apoio diagnóstico (exames) e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente:

- I. 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;
- II. haverá cobertura de psicoterapia somente se prestado por psicólogo ou psiquiatra;
- III. 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.

8.6.2. O Plano oferece cobertura 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 na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 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:

- I. 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;
- II. o Beneficiário poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia, conforme diretrizes da ANS.

8.6.3. Haverá incidência de coparticipação nas internações psiquiátricas, devendo ser observado:

- a) somente haverá coparticipação quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, no período de 12 (doze) meses, nos moldes da norma vigente; e
- b) a coparticipação será crescente e limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a Postal Saúde e o prestador de serviços de saúde, conforme tabela local da Operadora.

8.6.4. Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

8.6.5. Cobertura ao Apoio Psicológico

8.6.5.1. Excepcionalmente será coberto tratamento de apoio psicológico para paciente nos seguintes casos, não ultrapassado o total de 52 (cinquenta e dois) atendimentos, por ano de contrato:

- I. alcoolismo e outra dependência química; Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde,
- II. cirurgias mutiladoras;
- III. diabetes Juvenil;
- IV. distrofia muscular progressiva;
- V. doença de Crohn, Retocolite ulcerativa crônica;
- VI. doença pulmonar obstrutiva crônica;
- VII. doença renal crônica;
- VIII. esclerose múltipla;
- IX. esquizofrenias;
- X. neoplasias malignas;
- XI. pacientes transplantados;
- XII. portador de HIV;
- XIII. retinose pigmentar;
- XIV. doença de Parkinson;
- XV. seqüela de acidente vascular cerebral;
- XVI. vitiligo;
- XVII. hepatite B ou C;
- XVIII. o inscrito no benefício Auxílio para Filho Dependente de Cuidados Especiais;
- XIX. o paciente com autorização para realização de cirurgia de obesidade mórbida; e
- XX. artrite Reumatóide;
- XXI. lúpus; e
- XXII. colagenoses.

8.6.5.2. Quando se tratar de sessão psicoterápica, o profissional responsável (psicólogo e/ou psiquiatra) deverá apresentar relatório com o diagnóstico, conduta adotada/prognóstico e planejamento do atendimento que deverá ser submetido à Central de Regulação da Postal Saúde que analisará e deliberará sobre o encaminhamento;

8.6.5.3. 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 9 - DOS TRANSPLANTES

- 9.1 Pedidos de transplante de rim, de córnea e de outros órgãos deverão ser encaminhados à Postal Saúde para análise de pertinência técnica.
- 9.2 Os transplantes de rim, de córnea e de outros órgãos, previamente autorizados, terão a seguinte cobertura:

- I. despesas assistenciais médicas (exames realizados antes do transplante e a ele relacionados), hospedagem e passagens com doadores vivos, independentemente de serem beneficiários do Plano CorreiosSaúde II, para a realização do transplante;
 - II. medicamentos, taxas, materiais e procedimentos utilizados durante a internação do receptor e do doador;
 - III. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
 - IV. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
- 9.3.1. 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 (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única nacional de espera e de seleção;
- 9.4. 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 (CNCDO), integrantes do Sistema Nacional de Transplante (SNT);
- 9.5. Não serão cobertas despesas de doadores que não sejam para os Beneficiários cadastrados.
- 9.6. Não será coberto o fornecimento de medicação de manutenção aos pacientes submetidos a transplantes.
- 9.7. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de urgência e emergência

CAPÍTULO 10 - DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- 10.1 Os procedimentos indicados na tabela de cobertura podem necessitar de autorização prévia;
- 10.2 O Plano oferecerá aos Beneficiários a cobertura dos procedimentos de urgência odontológica, de acordo com o rol de procedimentos ANS, listados a seguir:
- I. consulta inicial, com orientação de higiene bucal, evidenciação de placa bacteriana e aplicação de flúor;
 - II. curativo em caso de hemorragia bucal (consiste na aplicação de hemostático e sutura na região do alvéolo dentário);
 - III. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpotomia/necrose (consiste na abertura da câmara pulpar e remoção da polpa);
 - IV. imobilização dentária temporária (consiste em imobilização de elementos dentais com alto grau de mobilidade);
 - V. recimentação de peça protética;
 - VI. tratamento de alveolites (curetagem e limpeza do alvéolo dentário);
 - VII. colagem de fragmentos (consiste na recolocação de fragmentos de dente através de material adesivo);
 - VIII. incisão e drenagem de abscessos extra ou intra-oral;
 - IX. reimplante de dente avulsionado (consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e sua consequente imobilização/contenção);

- X. selamento com cimento provisório, em casos de dentes com cavidades, fraturas ou perda de restaurações;
 - XI. adequação ao meio bucal (consiste em selamento com cimento provisório, em casos de dentes com cavidades, fraturas ou perda de restaurações);
 - XII. sutura de feridas em região buco-maxilo-facial
- 10.3 O plano oferecerá aos Beneficiários a 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, observando-se o seguinte:
- I. 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;
 - II. 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; e
 - III. os honorários do cirurgião dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

CAPÍTULO 11 - DOS SERVIÇOS E DESPESAS EXCLUÍDOS DO PLANO CORREIOSAÚDE II

- 11.1. Os São excluídos da cobertura da assistência médico-hospitalar:
- I. procedimentos clínicos, cirúrgicos ou odontológicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim e/ou cirurgia plástica; excetos nas situações definidas pela ANS;
 - II. exames e tratamentos relativos à medicina ortomolecular;
 - III. mamoplastia redutora estética;
 - IV. cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
 - V. procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização "in vitro", e/ou reprodução assistida, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;
 - VI. recanalização tubária e tratamento para infertilidade/esterilidade;
 - VII. exame de paternidade;
 - VIII. controle de natalidade contrário à ética médica;
 - IX. tratamento de apoio psicológico, exceto nos casos previstos no item 9 deste regulamento e nos casos definidos pela ANS;
 - X. consulta ou atendimento domiciliar, exceto no caso de Home Care autorizado pelo médico da Postal Saúde;
 - XI. aparelhos ortopédicos e órteses em geral (ex.: aparelho para surdez, óculos, lentes de contato, odontológico e outros);

- XII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou ao ato odontológico;
- XIII. fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não) prescritos para tratamento domiciliar exceto aqueles utilizados nos hospitais/clínicas credenciados durante atendimentos de pronto-socorro, internações, Home Care e aqueles constantes de Programa implementado pelo Plano;
- XIV. fornecimento de vacinas de qualquer natureza, exceto nas campanhas desenvolvidas pela Postal Saúde;
- XV. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;
- XVI. 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 segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- XVII. quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação médica e odontológica;
- XVIII. tratamentos clínicos e cirúrgicos para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento;
- XIX. diárias hospitalares e despesas com acompanhante, exceto nos casos constantes neste regulamento;
- XX. exames e procedimentos não previstos nas tabelas utilizadas pelo Plano, exceto os casos excepcionais previamente analisados e autorizados pela Postal Saúde;
- XXI. exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- XXII. dermolipectomia ou qualquer outra cirurgia para tratamento estético;
- XXIII. cirurgias reparadoras consequentes do uso de antirretrovirais;
- XXIV. enfermagem particular, em residência ou não, mesmo em caráter de emergência ou em caso que requeira cuidados especiais;
- XXV. internação hospitalar para fins de repouso, de reabilitação em geral ou de assistência em caráter social (asilo, internato e outros), e estada em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- XXVI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- XXVII. despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras e outras;
- XXVIII. tratamentos de varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia) e/ou aplicação a laser;
- XXIX. confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como: colchões, cadeiras e outros;
- XXX. remoção domicílio-hospital e vice-versa, salvo exceção conforme capítulo 21;
- XXXI. todas as despesas decorrentes de doação de órgão para paciente que não seja Beneficiário do Plano CorreiosSaúde II.
- XXXII. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XXXIII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico;
- XXXIV. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

CAPÍTULO 12 - DOS ACIDENTES E DOENÇAS DE TRABALHO

- 12.1 Não estão compreendidas nas exclusões previstas no item 11 os tratamentos, bem como os materiais, órteses e próteses relativos à sequela física e/ou funcional, quando resultante de acidente e doença do trabalho devidamente comprovado por Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) registrada no INSS, por meio da qual fique comprovado o nexo técnico epidemiológico.
- 12.1.1 Os Correios deverão compor o processo relativo ao acidente ou doença do trabalho com o parecer técnico do Médico/Odontólogo especialista, e avaliação do Médico/Odontólogo dos Correios, encaminhando-o para deliberação e autorização.
- 12.2 Enquanto durar o afastamento em razão de acidente de trabalho (código 91 do INSS), o(a) empregado(a) ativo(a) terá direito à assistência médico-hospitalar e odontológica, sendo o atendimento totalmente gratuito na rede conveniada, no que se relaciona ao respectivo tratamento.
- 12.2.1. Os valores relativos ao atendimento na rede conveniada para os casos não relacionados ao tratamento do acidente de trabalho serão compartilhados dentro dos percentuais estabelecidos nesta cláusula.

CAPÍTULO 13 - DOS TIPOS DE ACOMODAÇÃO

- 13.1 O plano adotará, para acomodação hospitalar de seus Beneficiários, o padrão "Acomodação Coletiva" (enfermaria com dois ou mais leitos), tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.
- 13.2 Poderá ser utilizada a acomodação individual nos seguintes casos:
- I. Opção do Beneficiário:
 - a) Internação em apartamento: Caso o Beneficiário Titular opte por acomodação em apartamento, será de sua inteira responsabilidade, junto ao credenciado, toda e qualquer despesa excedente à acomodação coletiva, que ocorra em função dessa opção.
 - II. Por indicação médica - a Empresa autorizará 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);
 - c) Pacientes com sequelas neurológicas que apresentem deficiência de fala e locomoção comprovadamente restrito ao leito.
- 13.3 Nos casos de indicação médica, será necessária a apresentação de laudo do médico assistente, relatando as condições do paciente e a justificativa de que a única alternativa de internação é a acomodação Individual com a análise técnica da Postal Saúde.
- 13.4 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Postal Saúde na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

- 13.5 Em caso de necessidade de internação em isolamento, será garantido o pagamento de taxa de isolamento, não cabendo, entretanto, a cobertura de internação em apartamento.
- 13.6 Os empregados afastados por acidente de trabalho pelo INSS e os aposentados por invalidez não poderão fazer a opção por apartamento nas internações referentes às patologias decorrentes de acidente de trabalho.

CAPÍTULO 14 - DA COBERTURA PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

- 14.1 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).
- 14.1.1. O atendimento domiciliar é composto por internação (Home Care), fisioterapia e oxigenoterapia.
- 14.2 A Internação Domiciliar corresponde às atividades executadas por empresa de Home Care credenciada, de forma substitutiva ou complementar ao cuidado prestado em ambiente hospitalar ou em instituição de longa permanência. Visa a otimização de recursos e a recuperação da saúde dos beneficiários em ambiente domiciliar.
- 14.2.1 O serviço de Home Care poderá ser utilizado para atender aos pacientes que embora necessitando de acompanhamento médico, não precisam, necessariamente permanecer internados, mas cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;
- 14.2.2 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 dos Correios (DUC);
- 14.2.3 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:
- I. Relatório do Médico Assistente, com a devida indicação de tratamento;
 - II. Tabelas de avaliação em Internação Domiciliar;
 - III. Relatório multidisciplinar emitido pela equipe de atendimento; e
 - IV. Relatório emitido pelo profissional auditor da Postal Saúde.
- 14.3 A cobertura para Internação Domiciliar é oferecida desde que haja indicação do Médico Assistente do Beneficiário e seja autorizada previamente pela Postal Saúde.
- 14.4 Haverá cobertura de materiais, medicamentos e equipamentos, de acordo com a indicação clínica, desde que utilizados em regime de internação domiciliar.
- 14.5 Não serão consideradas preferências ou indicações de materiais, medicamentos e equipamentos indicados/escolhidos pela família e/ou cuidador.
- 14.6 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.
- 14.7 Os critérios previstos para a alta ou suspensão do Beneficiário da Internação Domiciliar são aqueles previstos nas Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC).
- 14.8 O Plano CorreiosSaúde II não custeará despesas com "cuidador".

- 14.8.1 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.
- 14.9 O Home Care deverá ser prestado por entidades especializadas credenciadas pela Postal Saúde e será coparticipado nos moldes deste Regulamento.
- 14.10 Fisioterapia Domiciliar:
- 14.10.1. 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).
- 14.10.2. As sessões de Fisioterapia Domiciliar, se indicadas pelo Médico Assistente, poderão ser complementadas por sessões de fisioterapia respiratória.
- 14.10.3. 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:
- I. Permaneçam com restrição ao leito; ou
 - II. Necessitam de continuidade de tratamento fisioterápico motor e/ou respiratório.
- 14.10.4. Nas situações de desospitalização, quando esta estiver condicionada à continuidade do tratamento fisioterápico em domicílio, será 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.
- 14.10.5 As sessões de fisioterapia domiciliar 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
- 14.11 Oxigenoterapia Domiciliar:
- 14.11.1 A Postal Saúde garantirá a cobertura para Oxigenoterapia Domiciliar, conforme indicação do Médico Assistente do Beneficiário, desde que atendidos aos critérios estabelecidos na Diretrizes de Utilização dos Correios (DUC).
- 14.11.2 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 15 - DAS EXCEPCIONALIDADES

- 15.1 Os casos não previstos neste regulamento, bem como as excepcionalidades que envolverem procedimentos de alta complexidade, deverão receber o seguinte tratamento:
- I. Eletivos - Os casos que não envolverem risco de morte deverão ser encaminhados para a 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
 - II. Riscos de Morte - Os casos que envolverem risco de morte, deverão ser analisados pela Postal Saúde, com parecer conclusivo de médicos ou dentistas da Postal Saúde.

- 15.2 É vedado ao perito auditor credenciado, ou àqueles que atuam nas Unidades de Atendimento da Postal, realizar perícias/auditorias próprias ou de parentes ou de colegas da mesma clínica/consultório onde trabalha.

CAPÍTULO 16 - DAS ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO

- 16.1 Será assegurada, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, a assistência médico-hospitalar ao recém-nascido em casos de internações obstétricas com cobertura pela Postal Saúde, sendo eles:
- I. filho natural ou adotivo de Beneficiário Titular; e
 - II. filho natural de dependente previamente cadastrado no Plano CorreiosSaúde II.
- 16.2 Após esse período somente permanecerá com o direito à assistência médica os filhos dos Beneficiário Titular cadastrados como beneficiários no Plano CorreiosSaúde II.
- 16.3 Todos os atendimentos obedecerão às regras de compartilhamento descritas neste regulamento;
- 16.4 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.
- 16.5 Não caberá cobertura excepcional depois de transcorridos 30 dias, sendo que, na finalização do referido período, as despesas deverão ser assumidas pelo Beneficiário Titular.

CAPÍTULO 17 - DO ACESSO DO LIVRE ESCOLHA

- 17.1 Livre Escolha:
- 17.1.1 O atendimento do Beneficiário por livre escolha será reembolsado de acordo com a tabela de preços da Postal Saúde e sua rede credenciada, sendo concedido quando verificadas as seguintes situações:
- I. De atendimento eletivo, em que houver recusa do Beneficiário na realização do serviço/procedimento em prestador integrante da rede credenciada, o reembolso será de acordo com os valores praticados pela Postal Saúde, descontadas as devidas coparticipações; e
 - II. De urgência/emergência, quando o serviço não for realizado em prestador credenciado, por opção do Beneficiário, descontadas as devidas coparticipações.
- 17.1.2 O reembolso das despesas realizadas será efetuado até o limite do valor constante na tabela de preços negociada pela Unidade Federativa onde foi realizado o atendimento, limitado ao valor do recibo ou nota fiscal.

CAPÍTULO 18 - DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

- 18.1 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede própria ou credenciada do município demandado, a Postal Saúde disponibilizará a Garantia de

- Atendimento, nos limites de cobertura, regras e prazos definidos em normativo próprio da ANS.
- 18.2 Para Garantia do Atendimento, a Postal Saúde poderá disponibilizar o atendimento através das modalidades:
- I. Rede Credenciada;
 - II. Contratação Direta;
 - III. Tratamento Fora de Domicílio (TFD); e
 - IV. Reembolso Integral.
- 18.3 As modalidades de atendimento previstas para garantia de atendimento devem ser previamente validadas e autorizadas pela Postal Saúde por meio dos seus canais de atendimento disponíveis.
- 18.4 A remuneração dos serviços prestados, indicados neste regulamento, será feita de acordo com os valores previamente acordados entre a Postal Saúde e a entidade ou profissional não credenciado envolvido, optando-se pela alternativa menos onerosa.
- 18.5 Todas as despesas decorrentes dos serviços prestados por profissional ou entidade não credenciada, que forem cobertas pela Postal Saúde, terão a coparticipação do titular, de acordo com o estabelecido neste regulamento.
- 18.6 Rede Credenciada:
- 18.6.1 Quando não houver alternativa de atendimento na Rede Credenciada, visando a garantia de atendimento ao beneficiário, a Postal Saúde autorizará a prestação da assistência por intermédio da contratação de serviços específicos.
- 18.6.1.1 A Equipe de Atendimento da Postal Saúde deverá efetuar a comparação entre os custos com os deslocamentos mais a utilização da Rede Credenciada da outra localidade e aqueles relativos à contratação de serviços específicos na rede não credenciada da localidade, optando-se pela alternativa menos onerosa.
- 18.7 Contratação Direta:
- 18.7.1 A Postal Saúde verificará os Prestadores não credenciados na localidade de origem da demanda com profissionais e/ou estabelecimentos de saúde devidamente habilitados com disponibilidade de atendimento nos prazos previstos pela ANS.
- 18.7.2 Nos casos em que o atendimento do beneficiário for realizado por entidade ou prestador não credenciados em regime de urgência ou emergência devido à insuficiência ou inexistência de rede credenciada, a Postal Saúde regularizará a autorização mediante a documentação comprobatória, seguindo os critérios de cobertura do plano.
- 18.8 Tratamento Fora de Domicílio:
- 18.8.1 Considera-se como TFD todo o atendimento referente à cobertura prevista no plano, prestado aos Beneficiários fora da jurisdição de seu domicílio, observadas as regiões de saúde estabelecidas pela ANS.
- 18.8.2 A realização do Tratamento Fora Domicílio (TFD) estará condicionada à cobertura prevista neste regulamento.
- 18.8.3 Em casos de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do Beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitando os prazos de atendimento previsto pela ANS.
- 18.8.4 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.

- 18.8.5 O Beneficiário somente poderá dirigir-se ao local para tratamento após a autorização prévia da Postal Saúde.
- 18.8.6 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 no paciente.
- 18.8.7 É prerrogativa dos médicos que emitirão parecer 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.
- 18.8.8 As despesas decorrentes da realização dos serviços serão pagas pela Postal Saúde e compartilhadas, conforme normas de coparticipação.
- 18.8.9 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 decorrentes da locomoção e hospedagem do Beneficiário e do acompanhante são de responsabilidade do Beneficiário e as despesas médicas ocorrerão como no Sistema de Livre-Escolha.
- 18.8.10 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.
- 18.8.11 No caso de internação em que seja recomendável do ponto de vista médico, que o acompanhante permaneça com o paciente, este deverá ser acomodado no próprio hospital onde o paciente está internado, cabendo neste caso a cobertura das despesas com café da manhã, almoço e jantar que deverá ser oferecido pelo hospital.
- 18.8.12 No caso de internação em que o paciente tenha optado por acomodação distinta da ofertada (enfermaria), não deverá haver reserva de hotel para o acompanhante, a fim de evitar ônus adicional para o Plano.
- 18.9 Beneficiário em Trânsito por conta própria:
- 18.9.1 É admitido o atendimento do Beneficiário em trânsito em qualquer localidade de âmbito nacional. É considerado como "trânsito", qualquer motivo que leve o beneficiário a se encontrar em outra localidade.
- 18.9.2 O Beneficiário, que necessitar utilizar a rede credenciada, poderá fazê-lo mediante a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário e de documento de identidade. Neste caso, a rede credenciada solicitará autorização para o atendimento à Postal Saúde.
- 18.9.3 A Postal Saúde 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, taxi, alimentação, outras despesas e transporte de retorno, considerando que a iniciativa do deslocamento para outra localidade foi do próprio beneficiário.
- 18.9.4 Quando se tratar de internações cirúrgicas, eletivas ou não, a utilização do Plano estará condicionada à prévia autorização da Postal Saúde.
- 18.9.5 O Beneficiário que for vítima de acidente, deverá receber por parte da Postal Saúde todo o atendimento dispensável aos beneficiários do Plano CorreiosSaúde II, observando as normas de utilização/liberação previstas neste regulamento e nos normativos vigentes.
- 18.9.6 Ocorrendo o previsto no item 18.9.5, a Postal Saúde não arcará 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.
- 18.9.7 Na ocorrência de óbito do Beneficiário em trânsito, 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.

- 18.9.7.1 Neste caso, as despesas de hospedagens e locomoção com os acompanhantes do Beneficiário vítima de acidente, não são de responsabilidade da Postal Saúde.
- 18.10 Trânsito por Iniciativa dos Correios:
- 18.10.1 Nas situações em que o trânsito se deu por convocação ou encaminhamento dos Correios, serão asseguradas a remoção e custeio de passagens e hospedagens do paciente e do seu acompanhante, quando necessário.
- 18.10.2 Na ocorrência de óbito do Beneficiário em trânsito por iniciativa dos Correios, todas as providências e despesas com o traslado, inclusive uma de transporte e preparação do corpo ocorrerão por conta da Postal Saúde a partir 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
- 18.11 Beneficiário residente em outro Estado:
- 18.11.1 O Beneficiário terá direito de utilização da rede credenciada ou das Clínicas Médicas em outra Unidade da Federação diferente da que reside, de acordo com as normas previstas neste regulamento.
- 18.11.2 Ocorrendo internação do Beneficiário, não cabe à Postal Saúde a responsabilidade pela remoção do paciente para a localidade de origem.
- 18.12 Beneficiário que necessita de atendimento em outra localidade
- 18.12.1 A Postal Saúde deverá garantir o agendamento do atendimento, conforme o prazo da ANS e realizar o levantamento das despesas a serem coparticipadas (transporte, alimentação e hospedagem).
- 18.12.2 A Postal Saúde garantirá a cobertura das despesas de somente de 01 (um) acompanhante por Beneficiário, quando necessário, devidamente autorizado, e na forma da legislação vigente à época do evento.
- 18.12.3 A escolha do acompanhante caberá ao próprio Beneficiário ou, no seu impedimento, à sua família ou responsável legal.
- 18.12.4 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.
- 18.12.5 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.
- 18.12.6 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.
- 18.12.7 As despesas assistenciais e administrativas (transporte, alimentação e hospedagem) decorrentes da realização do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão custeadas pela Postal Saúde e compartilhadas, exceto as despesas oriundas de transporte, respeitando os critérios previsto pela ANS.
- I. Entende-se por transporte o deslocamento do Beneficiário (terrestre, hidroviário, ferroviário ou aéreo) até um prestador de serviços apto a realizar o atendimento, assim como o seu retorno ao município de origem.
- 18.12.8 Em casos em que o Beneficiário, devidamente autorizado pela operadora, realizar o pagamento de despesas com hospedagem e alimentação, a Postal Saúde realizará o

reembolso das despesas e compartilhará os valores de acordo com as regras estabelecidas neste regulamento.

- 18.12.9 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 específico de solicitação, na Unidade de Representação Regional (URR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade.
- 18.12.10 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.
- 18.12.11 A compra das passagens aéreas dependerá da disponibilidade das companhias na localidade do demandante.
- 18.12.12 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).
- 18.12.13 A prorrogação do TFD somente será concedida após a avaliação criteriosa da:
- I. indisponibilidade de transporte para retorno do Beneficiário ao município demandado, quando for esse o motivo da solicitação; e/ou
 - II. solicitação, prescrita pelo Médico Assistente, de permanência para retorno ou reavaliação do atendimento.
- 18.12.14 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.
- 18.12.15 Não serão admitidas solicitações de prorrogação da permanência do Beneficiário sem prévio aviso e sem justificativa médica.
- 18.12.16 A solicitação de prorrogação deverá ser enviada à Unidade de Representação Regional (URR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade de destino e/ou a de origem.
- 18.13 Cobertura dos atendimentos em outras localidades:
- 18.13.1 Ocorrendo a necessidade de locomoção do paciente para consultas, exames, procedimentos e internações, clínicas ou cirúrgicas, em outras localidades, ainda que na mesma Unidade da Federação onde o Beneficiário reside, com ou sem acompanhante e devidamente autorizado, o Plano arcará com as despesas, conforme discriminado abaixo:
- I. Das passagens para o Beneficiário paciente e seu acompanhante desde que autorizado pela Postal Saúde, quando o transporte for por ônibus com emissão de bilhete de passagem;
 - II. Transporte, conforme indicado pelo médico assistente homologado por médico da Postal Saúde ou por este indicado;
 - III. Despesas médico-hospitalar e odontológicas relativas ao tratamento do paciente, seja na rede credenciada ou livre escolha, eletivo ou urgência.
 - IV. Um vale-refeição para o almoço e um para o jantar para o paciente e seu acompanhante, quando for o caso;
 - V. Traslado hotel x hospital e vice-versa, desde que haja autorização específica da Postal Saúde;
 - VI. Despesas médico-hospitalar e odontológicas relativas ao tratamento do paciente, seja na rede credenciada ou livre escolha, eletivo ou urgência.
- 18.14 Da hospedagem, traslado e alimentação:

- 18.14.1 O traslado oferecido pelo Plano CorreiosSaúde II deverá ser realizado por meio de táxi, conforme detalhado abaixo:
- I. Traslado do local de desembarque (Aeroporto/Rodoviária/Porto) ao Hotel e vice-versa, condicionado aos casos em que houver hospedagem associada; e/ou
 - II. Traslado 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.
- 18.14.2 O tipo de hospedagem coberta pelo Plano CorreiosSaúde II para o Beneficiário e seu acompanhante, quando for o caso, é a hospedagem simples, com café da manhã, nas condições conforme detalhado abaixo:
- I. Se o tratamento for superior a 01 (um) dia com pernoite; e/ou
 - II. Se houver indisponibilidade de transporte para o retorno do Beneficiário ao município de origem; e/ou
 - III. 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.
- 18.14.3. A alimentação do Beneficiário e de seu acompanhante coberta pelo Plano CorreiosSaúde II, quando for o caso, é oferecida nas condições a seguir detalhadas:
- I. 01 (um) vale-refeição para o almoço e 01 (um) para o jantar para o Beneficiário e seu acompanhante, quando for o caso;
 - II. 01 (um) vale-refeição para o almoço, quando a permanência do Beneficiário em TFD for até às 16 (dezesseis) horas; ou,
 - III. 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 (dezesseis) horas.
- 18.14.4. O valor do vale-refeição será conforme aquele estabelecido pela Mantenedora/Patrocinadora à época dos eventos.
- 18.15 Do Reembolso Integral:
- 18.15.1 O reembolso de forma integral poderá ser concedido quando verificadas as seguintes situações:
- I. De atendimento eletivo em que a Postal Saúde não consiga a disponibilização do serviço dentro das condições e dos prazos estabelecidos pela ANS, comprovadamente, descontadas as devidas coparticipações; e
 - II. De urgência/emergência em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço ou o procedimento no município em que o Beneficiário o demandar, descontadas as devidas coparticipações.
- 18.15.2 O reembolso integral deve ser previamente analisado e autorizado pela Postal Saúde e caracterizado como garantia de atendimento.

CAPÍTULO 19 - DA SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO INTEGRAL OU LIVRE ESCOLHA

- 19.1 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.
- 19.2 O pedido de reembolso deverá ser apresentado em formulário próprio, disponibilizado no portal da Postal Saúde, acompanhado de todos os documentos, devidamente assinados pelo Beneficiário Titular ou responsável legal.

- 19.3 O recibo ou documento fiscal deverão conter os seguintes dados, de acordo com o serviço realizado:
- 19.3.1 Para consultas médicas:
- I. Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
 - II. Endereço completo;
 - III. Número do CRM (somente nos recibos);
 - IV. CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
 - V. Nome do paciente atendido;
 - VI. Discriminação do serviço prestado (deverá constar: Consulta Médica na especialidade atendida);
 - VII. Valor pago; e
 - VIII. Data do atendimento.
- 19.3.2 Para odontologia:
- I. Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
 - II. Endereço completo;
 - III. Número do CRO (somente nos recibos);
 - IV. CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
 - V. Nome do paciente atendido;
 - VI. Relatório detalhado do dentista ou odontograma;
 - VII. Valor pago por cada procedimento;
 - VIII. Data do atendimento; e
 - IX. 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.
- 19.3.3 Para exames SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico):
- I. Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
 - II. Endereço completo;
 - III. Número do CRM (somente nos recibos);
 - IV. CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
 - V. Nome do paciente atendido;
 - VI. Discriminação do serviço prestado
 - VII. Pedido médico ou relatório;
 - VIII. Valor pago por cada procedimento realizado; e
 - IX. Data do atendimento.
- 19.3.4 Para internação:
- I. Identificação do profissional ou entidade: nome, assinatura (somente nos recibos);
 - II. Endereço completo;
 - III. Número do CRM (somente nos recibos);
 - IV. CNPJ (somente em notas fiscais) ou CPF (somente nos recibos);
 - V. Nome do paciente atendido;
 - VI. Descrição do atendimento prestado;

- VII. 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;
 - VIII. Relatório Médico Contendo o diagnóstico, tratamento realizado, data da internação e alta, se for o caso, a condição de urgência e/ou emergência;
 - IX. 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, esclarecendo-se que sem essas informações os pedidos não serão acatados;
 - X. Valor pago por cada procedimento realizado; e
 - XI. Data do atendimento.
- 19.3.5 Para psicoterapia/fisioterapia/fonoaudiologia e demais tratamentos seriados:
- I. Identificação do profissional ou entidade (nome, assinatura, endereço completo, nº do CRM, CNPJ ou CPF), assinatura do Beneficiário;
 - II. Nome do titular do Plano;
 - III. Paciente atendido;
 - IV. Quantidade e data das sessões realizadas (informadas pelo profissional que realizou atendimento);
 - V. Valor pago por cada sessão e valor total;
 - VI. Pedido médico contendo a indicação clínica justificando a realização do procedimento; e
 - VII. Relatório contendo prognóstico do tratamento quando solicitado pela Postal Saúde.
- 19.4 Não será aceita documentação incompleta.
- 19.5 O pedido de reembolso deverá ser entregue presencialmente ou por correspondência na Unidade de Representação Regional (URR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade.
- 19.6 Não são passíveis de reembolso pedidos com documentação incompleta, documentos ilegíveis, dupla grafia, rasuras ou emendas sem ressalva do emitente.
- 19.7 As notas fiscais ou recibos somente serão válidos, para efeito de reembolso pela Postal Saúde, até o prazo de 01 (um) ano contado da data da emissão.
- 19.8 O reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento da documentação completa pela Postal Saúde.
- 19.9 O reembolso será feito diretamente ao Beneficiário Titular condicionado a apresentação dos documentos mencionados no presente instrumento.
- 19.10 A Tabela de referência para reembolso livre escolha da Postal Saúde está registrada em cartório, estando também disponível na sede da Postal Saúde e no site www.postalsaude.com.br.
- 19.11 Os esclarecimentos a respeito da Tabela de reembolso podem ser obtidos por meio dos canais de comunicação disponibilizados pela operadora.

CAPÍTULO 20 - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 20.1 Para os efeitos deste Regulamento, considera-se:

- I. Atendimento de urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional; e
 - II. Atendimento de emergência é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 20.2 Entende-se por acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico.
- 20.3 Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:
- I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário;
 - II. Depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
 - III. Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
 - IV. No que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:
 - a) caso a Beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
 - b) caso a Beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
 - b.1) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;
 - b.2) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
 - b.3) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da Beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
 - b.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 a Beneficiária.

CAPÍTULO 21 - DO TRANSPORTE (Remoção)

- 21.1 Entende-se por "remoção" o transporte terrestre ou aéreo do paciente em veículo apropriado, ambulância simples, UTI Móvel, UTI aérea etc. Para a realização dos procedimentos previstos no subitem 21.3, alíneas "I", "II" e "III" é obrigatória a autorização prévia da Postal Saúde.
- 21.2 A solicitação de remoção deve vir acompanhada de relatório médico justificando a necessidade, tipo de ambulância, devendo ser analisado pelo médico da Postal Saúde para possível autorização.
- 21.3 Situações em que a remoção terá Cobertura Financeira da Postal Saúde:

- I. quando se tratar de paciente internado em hospital ou clínica que não disponha de recursos materiais e/ou humanos necessários para o tratamento adequado do paciente, e este tenha que ser transferido para outra entidade hospitalar;
 - II. quando se tratar de paciente internado, que necessite de exame ou tratamento sem condições de ser feito na entidade em que se encontra, obrigando-o a ser transportado para outra entidade a fim de realizá-lo e, em seguida, retornar à entidade de origem; e
 - III. quando se tratar de paciente a ser transferido de uma localidade para outra, unicamente nos casos descritos nesta norma, e sendo a necessidade de transferência ratificada por médico da Postal Saúde, que indicará o meio de transporte especial, por via aérea ou terrestre, ainda que na jurisdição da própria Região.
- 21.4 Da remoção – Atendimento de Urgência e Emergência
- 21.4.1 Será garantida a remoção para unidade de atendimento da rede do Plano após realizados os atendimentos de urgência e emergência médico-hospitalares, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade de saúde para continuidade do atendimento ao Beneficiário.
- 21.4.2 Haverá remoção para uma unidade da rede pública do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.
- 21.4.3 Na remoção para uma unidade da rede pública do SUS serão observadas as seguintes regras:
- I. Quando não puder ser realizada a remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Postal Saúde, desse ônus;
 - II. Caberá à Postal Saúde o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
 - III. Na remoção, a Postal Saúde deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS; e
 - IV. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a Postal Saúde estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO 22 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 22.1 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.
- 22.2 As coberturas previstas do Plano CorreiosSaúde II estão submetidas aos seguintes mecanismos assistenciais de regulação:
- I. A Postal Saúde disponibilizará ao Beneficiário o Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) Eletrônico, por e-mail, no portal e aplicativo da operadora, contendo seus dados cadastrais, prazo de validade e número do cartão, cuja apresentação será obrigatória, juntamente com documento oficial de identificação com foto, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo Plano.
 - II. Auditoria Prévia: consiste no 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.

- III. Autorização Prévia: consiste na autorização previamente concedida pela Postal Saúde ao Prestador de serviços ou para os Beneficiários para realização de procedimentos;
 - IV. Porta de Entrada: consiste na 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;
 - V. Auditoria Documental Médica ou Odontológica: consiste no 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;
 - VI. Auditoria Presencial Médica ou Odontológica: consiste no exame que 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;
 - VII. 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;
 - VIII. Junta Médica ou Odontológica Presencial ou Documental: consiste no 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.
- 22.3 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.
 - 22.4 Os pedidos médicos terão a validade de 30 (trinta) dias e os pedidos de tratamentos seriados 180 (cento e oitenta) dias.
 - 22.5 A consulta médica terá retorno sem pagamento quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados na primeira consulta, caso em que o ato terá continuidade para sua finalização, com o tempo determinado pelo médico, não gerando cobrança de honorário, conforme preconiza a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM nº 1.958, de 15 de dezembro de 2010).
 - 22.6 O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.
 - 22.7 Os procedimentos realizados em situação de urgência ou emergência não necessitam de autorização prévia.
 - 22.8 Não será utilizado mecanismos assistenciais de regulação em consultas.

- 22.9 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.
- 22.10 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 de a 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.
- 22.11 O Prestador deverá observar os documentos necessários para a autorização de procedimentos pela Postal Saúde, descritas na Tabela de Cobertura do Plano CorreiosSaúde II.
- 22.12 Em caso de divergência médica/odontológica, na concessão da autorização prévia, poderá ser realizada auditoria documental/presencial, segunda opinião ou junta médica/odontológica.
- 22.13 Nos casos de instauração de junta médica/odontológica, o Beneficiário será informado pela Postal Saúde.
- 22.14 A composição da junta médica/odontológica é definida pela ANS e remunerada pela Postal Saúde.
- 22.15 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.
- 22.16 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.
- 22.17 A Postal Saúde poderá referenciar os Prestadores integrantes da sua rede credenciada.
- 22.18 São observados critérios técnicos para liberação de procedimentos constantes na Tabela de Cobertura do Plano CorreiosSaúde II, tais como faixa etária, sexo, período intervalar, número de dias de internação, regime e tipo de atendimento, incidências se procedimento é bilateral ou se é único.
- 22.19 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 regulamento.
- 22.20 Da coparticipação
- 22.20.1. A coparticipação para o Plano Correios Saúde observará a seguinte sistemática:
- I) Haverá coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre todos os procedimentos de consulta, exames, tratamentos seriados (psicoterapia, terapias ocupacionais, fisioterapias, fonoaudiologia e outros), procedimentos cirúrgicos sem internação, Internação Domiciliar (Home Care) e tratamentos oncológicos ambulatoriais (seções de quimioterapia e radioterapia), diálise e hemodiálise em ambulatório;
 - II) Não haverá coparticipação para internação hospitalar (exames, taxas, diárias, honorários, materiais e medicamentos).
- 22.20.2. O teto máximo para efeito de desconto da parcela devida a título de coparticipação será de:

- I) Para os(as) empregados(as) até 2 (duas) vezes o valor da remuneração do(da) empregado(a); e
- II) Para os(as) aposentados(as) desligados(as) até 3 (três) vezes o valor da soma do benefício recebido do INSS, incluindo adicional da União, se houver, e suplementação concedida pelo POSTALIS.

22.20.3. Enquanto durar o afastamento em razão de acidente de trabalho (código 91 do INSS), o(a) empregado(a) terá direito à assistência médico-hospitalar e odontológica, sendo o atendimento totalmente gratuito na rede credenciada, no que se relaciona ao respectivo tratamento.

22.20.3.1. Os valores relativos ao atendimento na rede credenciada para os casos não relacionados ao tratamento do acidente de trabalho serão compartilhados dentro dos percentuais estabelecidos nesta cláusula.

22.20.4. Os(as) empregados(as) afastados(as) por Auxílio-Doença (código 31 do INSS) terão direito à assistência médico-hospitalar e odontológica, sendo que os valores relativos ao atendimento na rede credenciada serão compartilhados dentro dos percentuais estabelecidos no subitem 22.20.1 acima.

22.21 Da rede própria e credenciada

22.21.1 A utilização de serviços dar-se-á pela rede própria da Postal Saúde ou por seus prestadores credenciados.

22.21.2 A Postal Saúde efetuará, em nome e por conta e ordem do Beneficiário, os pagamentos decorrentes dos atendimentos prestados pela rede credenciada.

22.21.3 As informações sobre a rede própria e credenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares serão disponibilizadas pela internet, no endereço www.postalsaude.com.br e pela Central Postal Saúde (0800-888-8116), todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

22.21.4 A Postal Saúde poderá promover, a qualquer tempo, alterações na rede própria ou credenciada de prestadores de serviços, respeitada a legislação dos planos privados de assistência à saúde, em vigor.

22.21.5 Para a substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, a Postal Saúde fará 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.

22.21.6 No caso da substituição do estabelecimento hospitalar por vontade da Postal Saúde ou do prestador, durante o período de internação do Beneficiário, estará garantida a assistência até a alta hospitalar, a critério médico, na forma estabelecida no respectivo contrato com o prestador de serviços.

22.21.7 No caso de substituição de rede hospitalar por infração às normas sanitárias e fiscais em vigor, durante o período de internação do Beneficiário, a Postal Saúde se responsabilizará pela transferência do Beneficiário para outro estabelecimento hospitalar credenciado mais próximo, que ofereça condições para continuidade da internação.

22.21.8 No caso de redução da rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

CAPÍTULO 23 - DO CUSTEIO

23.1. O custeio do Plano CorreiosSaúde II se dará mediante cobrança de mensalidade e coparticipação.

23.1.2. As despesas relativas à mensalidade e coparticipação dos beneficiários do CorreiosSaúde II será rateada entre beneficiários e Patrocinadora /Mantenedora, nos seguintes percentuais:

- I) 50% (cinquenta por cento) a cargo do total de Beneficiários; e
- II) 50% (cinquenta por cento) de responsabilidade da Patrocinadora/ Mantenedora.

23.1.3. A coparticipação será individualmente calculada por meio do percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor dos procedimentos de consulta, exames, tratamentos seriados (psicoterapia, terapias ocupacionais, fisioterapias, fonoaudiologia e outros), procedimentos cirúrgicos sem internação, Internação Domiciliar (Home Care) e tratamentos oncológicos ambulatoriais (seções de quimioterapia e radioterapia), diálise e hemodiálise em ambulatório; E, sobre as internações psiquiátricas, observar o disposto no item 8.6.3 deste regulamento.

23.1.3.1. Não haverá coparticipação em internação hospitalar.

23.1.3.2. O teto máximo para efeito de desconto da parcela devida a título de coparticipação será de:

- I) Para os(as) beneficiários(as) ativos(as), até 2 (duas) vezes o valor da remuneração.
- II) Para os(as) beneficiários(as) aposentados(as) desligados(as) até 3 (três) vezes o valor da soma do benefício recebido do INSS, incluindo adicional da União, se houver, e suplementação concedida pelo POSTALIS.
- III) Fica limitado o desconto mensal de coparticipação de até 5% (cinco por cento) 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.

23.1.4. A cobrança mensal a título de mensalidade, de forma per capita, será realizada por meio de valores percentuais, conforme faixa remuneratória/ rendimento do Beneficiário Titular, conforme TABELA abaixo:

Tabela 1 Faixas - Remuneração

Faixas - Remuneração	Percentual Mensalidade por titular
Até R\$ 2.500,00	4,78%
Entre R\$ 2.500,01 e R\$ 3.500,00	5,55%
Entre R\$ 3.500,01 e R\$ 5.000,00	6,12%
Entre R\$ 5.000,01 e R\$ 10.000,00	6,69%
Entre R\$ 10.000,01 e R\$ 15.000,00	7,27%
Entre 15.000,01 e R\$ 20.000,00	7,84%
Acima de R\$ 20.000,01	8,42%

Fonte: Medida Cautelar na Suspensão de Liminar nº 1.264

23.1.4.1A mensalidade dos dependentes do Beneficiário Titular será calculada de forma per capita, por meio dos valores percentuais abaixo demonstrados:

Tabela 2 Percentual sobre a mensalidade do titular

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

Fonte: CERTIDÃO DE JULGAMENTO PROCESSO Nº TST-DCG-1000662-58.2019.5.00.0000

23.1.4.2 O limite de cobrança mensal, a título de mensalidade, será calculado com base na idade do Beneficiário Titular e terá como base legal o disposto na Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS, que estabelece os limites de variação de preço por faixa etária, conforme TABELA:

Tabela 3 Valor limite de cobrança de mensalidade

Idade	Valor limite de cobrança de mensalidade
00-18	R\$ 182,74
19-23	R\$ 230,25
24-28	R\$ 290,66
29-33	R\$ 361,82
34-38	R\$ 405,69
39-43	R\$ 442,23
44-48	R\$ 487,96
49-53	R\$ 565,93
54-58	R\$ 756,93
59 - +	R\$ 1.094,59

Fonte: Medida Cautelar na Suspensão de Liminar nº 1.264

- 23.1.5. 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.
- 23.1.6. 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.
- 23.1.7. A coparticipação será calculada sobre o somatório das despesas faturadas no mês para o Beneficiário Titular e dependentes (se houver), considerando o teto limite de desconto previsto no inciso III do subitem 23.1.3.2 acima.
- 23.1.8. Não haverá coparticipação nos casos destacados abaixo:
- 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 da Correios;
- b) atendido o disposto no inciso anterior, a autorização prévia deverá ser emitida caso possua nexos causal com o tipo de atendimento "acidente de trabalho", de modo a evitar a cobrança indevida da coparticipação; e
- c) Os atendimentos do Beneficiário Titular afastado em razão de acidente de trabalho/doença profissional, que não forem relativos ao citado acidente ou doença, serão compartilhados (coparticipados) normalmente, na forma regulamentar.

III. Aposentadoria por invalidez motivada por doença profissional/acidente de trabalho - quando as despesas estiverem relacionadas diretamente a lesões ou sequelas originadas exclusivamente dessa doença profissional/acidente de trabalho, observando-se o seguinte:

- a) deverá comprovar essa situação por intermédio da apresentação da CAT e nexos causal devidamente assinada ou de relatório do médico do trabalho dos Correios;
- b) caso o titular (aposentado que foi afastado por doença profissional ou acidente de trabalho) não apresente o Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT e nexos causal, será aplicado o percentual de coparticipação estabelecido, não tendo direito ao ressarcimento posterior.

CAPÍTULO 24 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

24.1. Para as disposições presentes neste regulamento que conflitem com o Acordo Coletivo de Trabalho dever-se-á considerar o disposto no ACT.

DOS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Lei 9.656/1998;
- Resolução Normativa 85/2004 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Instrução Normativa 23/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa 200/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 25/2012;
- Resolução Normativa 389/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e
- Acordo Coletivo de Trabalho – ACT

DOS DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Social
- Manual do Beneficiário

CAPÍTULO 25 - DO CONTROLE DAS REVISÕES

REVISÃO Nº	VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA REVISÃO	RESPONSÁVEL
01	001	02/04/2018	CODEL 01/86 - Criação e aprovação de novo plano e parovação de ser regulamento - VOTO PRESI 001/2018 Vigência a partir 04/04/2018	Andrezza Lima
01	002	31/12/2019	CODEL 02/116 - Revisão do Regulamento do Plano CorreiosSaúde II - VOTODIREL 015/2019. Vigência a partir 01/01/2020	Liliane Dutra



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaude.com.br