



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

Regulamento do Plano CorreiosSaúde II

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO CORREIOSSAÚDE II	3
CAPÍTULO 2 - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS	3
CAPÍTULO 3 - DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES, DA ADESÃO E CARÊNCIA.....	4
CAPÍTULO 4 - INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PLANO CORREIOSSAÚDE II ...	5
CAPÍTULO 5 - CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS.....	8
CAPÍTULO 6 - CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO CORREIOSSAÚDE II	9
CAPÍTULO 7 - PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	15
CAPÍTULO 8 - SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO	16
CAPÍTULO 9 - SERVIÇOS COBERTOS PELO PLANO CORREIOSSAÚDE II	16
CAPÍTULO 10 - TRANSPLANTES.....	22
CAPÍTULO 11 - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.....	23
CAPÍTULO 12 - SERVIÇOS EXCLUÍDOS DO PLANO CORREIOSSAÚDE II.....	24
CAPÍTULO 13 - ACIDENTES E DOENÇAS DO TRABALHO	26
CAPÍTULO 14 - TIPOS DE ACOMODAÇÃO	26
CAPÍTULO 15 - HOME CARE	27
CAPÍTULO 16 - EXCEPCIONALIDADES	27
CAPÍTULO 17 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO.....	27
CAPÍTULO 18 - SISTEMA DE ATENDIMENTO.....	28
CAPÍTULO 19 - TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO - TFD.....	28
CAPÍTULO 20 - TRANSPORTE.....	32
CAPÍTULO 21 - ATENDIMENTO POR ENTIDADE OU PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADO	32
CAPÍTULO 22 - SISTEMA DE CUSTEIO	33
CAPÍTULO 23 – CONSIDERAÇÕES GERAIS	35

CAPÍTULO 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO CORREIOSAÚDE II

- 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 - CEP 70040-908 Brasília/DF.
- 1.2. É Mantenedor Patrocinador do **Plano CorreiosSaúde II** os Correios, inscrito no CNPJ 034028316/0001-03, situado no Setor Bancário Norte, Quadra 1, Bloco A - CEP 70002-900, Brasília/DF. Além desse poderá se tornar patrocinadora deste plano a Pessoa Jurídica que celebrar Convênio de Adesão Específico com a Postal Saúde.
- 1.3. O plano tratado neste instrumento é denominado **Plano CorreiosSaúde II** e está registrado na ANS sob o nº 480.344/18-2, possuindo como Características Gerais:
 - a) Tipo de contratação: Coletivo Empresarial;
 - b) Segmentação assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
 - c) Abrangência geográfica e de atuação: Nacional;
 - d) Padrão de acomodação: Enfermaria;
 - e) Formação do preço: Pós-estabelecido; e
 - f) Serviços de Cobertura Adicionais descritos na tabela de cobertura do plano.
- 1.4. O presente regulamento traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, sendo contrato bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, com característica de Contrato de Adesão.

CAPÍTULO 2 - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

- 2.1. O presente Regulamento tem por objeto apresentar as características sobre a prestação continuada de serviços e 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, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e suas Diretrizes de Utilização (DUT) vigente à época do evento.
 - 2.1.1. Somente serão cobertas as despesas que tenham sido realizadas com observância, cumulativamente, das seguintes condições:

- a) A partir da data de início da inclusão do Beneficiário no Plano, nos termos deste Regulamento;
- b) Com a utilização dos serviços previstos na tabela de cobertura respeitados os respectivos períodos de carência e mecanismos administrativos de regulação;
- c) 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; e
- d) Nos casos de utilização posterior à exclusão dos Beneficiários, estes não serão custeadas pelo **Plano CorreiosSaúde II**, as despesas deverão ser assumidas pelo Beneficiário Titular.

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

3.1. Beneficiários Titulares

- a) Empregados com contrato de trabalho por prazo indeterminado dos Correios;
- b) Dirigentes dos Correios;
- c) Aposentados desligados sem justa causa ou a pedido ou por invalidez;
- d) Aposentados nos Correios que permanecem na ativa;
- e) Empregado dos Correios cedido a outro órgão público ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal;
- f) Empregado cedido aos Correios por órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, com ônus para o Correios;
- g) Assessor especial e cargos comissionados; e
- h) Anistiado nos termos da Lei nº 10.559/2002.

3.2. São todos os dependentes dos beneficiários titulares citados no subitem 3.1 que atendam aos critérios de elegibilidade definidos no item 6.1. e que estejam previamente cadastrados no Plano.

3.3. Para adesão ao **Plano CorreiosSaúde II**, será obrigatório o preenchimento do Termo de Adesão junto a Mantenedora.

3.3.1. 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, da data de início de mandato de dirigentes.

- 3.3.2. Para os demais casos, a carência do plano será:
- a) trezentos dias para partos a termo;
 - b) cento e oitenta dias para os demais casos; e
 - c) vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO 4 - INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PLANO CORREIOSSAÚDE II

4.1. Beneficiário Titular

4.1.1. A inclusão de beneficiários titulares no plano ocorrerá por determinação dos Correios, quando da transformação do Contrato de Experiência em Contrato por Prazo Indeterminado.

4.1.1.1. 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 e 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 e aqueles que se aposentaram em atividade e os anistiados, poderão solicitar sua inclusão, bem como de seu cônjuge, companheiro ou convivente do mesmo sexo, no plano, desde que preencham os seguintes requisitos:

a) a aposentadoria tenha ocorrido a partir de 01/01/1986, equiparando-se àqueles que, embora aposentados antes daquela data, tenham se desligado voluntariamente dos quadros de pessoal dos Correios e, imediatamente, recontratados, desde que atendam aos pré-requisitos estabelecidos neste regulamento;

b) tenha prestado, no mínimo, 10 (dez) anos de serviços aos Correios, contínuos ou descontínuos, sendo que o último período deverá ser, obrigatoriamente, de efetivo exercício nos Correios e não podendo ser inferior a 5 (cinco) anos;

c) o último vínculo de trabalho com os Correios tenha sido regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT;

d) tenha sido desligado sem justa causa, ou a pedido, e que, após o desligamento/afastamento, não tenha contribuído para o INSS;

e) se Anistiado Político, ex-empregado dos Correios que não tenha retornado aos quadros da Empresa e respectivo cônjuge, companheiro e convivente do mesmo sexo, como beneficiário do plano, esteja de acordo com os termos do artigo 5º da Lei 10.559 de 13 de novembro de 2002, cujo processo tenha sido julgado pela Segunda Câmara da Comissão de Anistia do Ministério da Justiça, que concedeu reparação econômica de caráter indenizatório em prestação mensal, permanente e continuada; e

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

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

4.2.1.2. 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 da jurisdição a que pertence, conforme detalhamento a seguir:

a) para os aposentados e aposentados por invalidez já desligados do Quadro de Pessoal dos Correios:

I - carta de Concessão de Aposentadoria expedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social;

II - documento de identidade;

III - Cadastro de Pessoa Física – CPF;

IV - Carteira de Trabalho e Previdência Social ou outro documento oficial que comprove o tempo de vínculo empregatício com os Correios;

V - Certidão de Casamento ou documentos previstos neste regulamento, quando desejar incluir cônjuge, companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo;

VI - assinatura de Termo de Adesão, concordando com as regras estabelecidas neste regulamento, sobre o benefício do plano de saúde, oferecido pelos Correios;

VII - comprovantes de rendimentos;

VIII - comprovante de residência (conta de luz, água, telefone etc.).

b) para ex-empregado anistiado político bem como seu cônjuge ou companheiro (a) ou convivente do mesmo sexo, com o preenchimento do formulário de Termo de Adesão e apresentação dos documentos em cópia autenticada ou cópia acompanhada do original:

I - Portaria do Ministério da Justiça, declarando a anistia política, com reparação econômica de caráter indenizatório, em prestação mensal, permanente e continuada, bem como cópia da respectiva publicação feita no D.O.U;

II - Documento comprobatório do valor do benefício e do período definido para recebimento da indenização;

III - Documento de identidade;

IV - Cadastro de Pessoa Física (CPF);

V - Certidão de Casamento (quando desejar incluir cônjuge) ou documentos previstos neste regulamento, para a inclusão de companheiro (a) ou convivente do mesmo sexo;

VI - Título de eleitor;

VII - Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, para comprovar que não existe vínculo empregatício com outro empregador;

VIII - Comprovante de recebimento de indenização definida pelo Ministério da Justiça;

IX - Formulário Termo de Adesão, devidamente preenchido; e

X - Comprovante de residência (conta de luz, água, telefone etc.).

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

a) bruto da suplementação paga pelo Postalis;

b) do benefício pago pelo INSS ao aposentado e ao aposentado por invalidez; e

c) da reparação econômica em prestação mensal paga ao anistiado.

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

4.3. Inclusão de Beneficiário Dependente

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

a) atendimento às condições de elegibilidade para inclusão de beneficiário e atendimento aos seus itens;

b) caso ocorram despesas médicas, hospitalares ou odontológicas anteriores à inclusão do dependente no Plano, estas serão custeadas pelo beneficiário titular, não cabendo ao **Plano CorreiosSaúde II**, nenhum ônus adicional; e

c) o Plano somente arcará com despesas de atendimento médico-hospitalar e odontológico dos beneficiários (titulares e dependentes) no período compreendido entre as datas de inclusão (cadastramento) e de exclusão no cadastro.

4.3.1.1. A apresentação do CPF e RG são obrigatórias para todos os beneficiários com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e preferencial para os dependentes

- menores de 18 (dezoito) anos de idade. Entretanto, a qualquer momento poderá ser estendida esta exigência, conforme determinação legal.
- 4.3.1.2. Se o beneficiário dependente, na data que completar 21 anos, já estiver cursando nível superior, deverá levar documentação exigida neste regulamento uma semana antes da data de seu aniversário para dar continuidade à utilização da assistência médica/odontológica.
- 4.3.1.3. Para os dependentes, filhos solteiros e enteados solteiros, maiores de 21 anos e menores de 24 anos cursando ensino superior, a validade do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) deve ser semestral.
- 4.3.1.3.1. Deverá ser dada especial atenção para o semestre em que o dependente completar 24 anos. Nesta ocasião, o Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) deverá ser emitido com validade até a data de aniversário do dependente, se este completar a idade exigida (24 anos) antes do fim do semestre letivo.
- 4.3.1.3.2. Caso o curso superior finde antes da data em que o dependente completar 24 anos de idade, a carteira de identificação deverá ser emitida com validade até o fim do semestre letivo.
- 4.4. Inclusão de Dependente de Aposentado, Aposentado por Invalidez ou Anistiado
- 4.4.1. O titular aposentado que se desligou, ou o titular aposentado por invalidez que se afastou dos Correios antes de 2004, poderá aderir ao Plano, porém, somente terá direito à inclusão/alteração de cônjuge/companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo.
- 4.4.1.1. Aos beneficiários definidos neste item, não será permitida a inclusão de outros dependentes.
- 4.4.2. O titular aposentado que se desligou, ou o titular aposentado por invalidez que se afastou dos Correios a partir de 2004, poderá permanecer com os dependentes que já estavam cadastrados enquanto se encontrava na ativa, respeitadas as regras gerais do Plano, mediante a assinatura do Termo de Permanência no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de seu desligamento.
- 4.4.2.1. A partir da data do desligamento/afastamento não poderá ser incluído novo dependente, exceto à inclusão/alteração de cônjuge/companheiro(a) ou convivente do mesmo sexo.

CAPÍTULO 5 - CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

- 5.1. Correios, ou a quem a empresa delegar, exercerá permanente controle no cadastro de beneficiários, de forma que poderá, a qualquer momento, reavaliar o cadastro de beneficiários e suprimir aqueles que não atendam aos pré-requisitos estabelecidos neste regulamento.
- 5.2. A empresa somente arcará com despesas de atendimento médico-hospitalar e odontológico para dependentes e titulares no período compreendido entre as datas de inclusão (cadastramento) e de exclusão no cadastro. 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:
- a) Empregados ativos ou aposentados e/ou anistiados como dependentes de outro beneficiário titular;
 - b) dependente para mais de um beneficiário titular. Quando o casal (cônjuge, companheiro (a) ou convivente do mesmo sexo) for empregado dos Correios deverá optar com qual titular ficará cadastrado o dependente; e
 - c) novo dependente de titular aposentado/anistiado, exceto no caso de inclusão ou alteração de cônjuge, companheira (o) ou convivente do mesmo sexo, desde que atendidas as condições estabelecidas neste regulamento.
- 5.4. Atualização Cadastral
- 5.4.1. Havendo alteração de dados de qualquer beneficiário, cumpre ao 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:
- a) Suspensão da assistência médica hospitalar e odontológica;
 - b) Ressarcimento integral em caso de utilização indevida; e
 - c) Responsabilidade civil e administrativa.

CAPÍTULO 6 - CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO CORREIOSSAÚDE II

- 6.1. A inclusão de beneficiário dependente no Plano deverá seguir as condições descritas:

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
1 - Cônjuge	Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica, oferecida por seu empregador.	<ul style="list-style-type: none"> a) Cópia do RG do cônjuge; b) cópia do CPF do cônjuge; c) certidão de Casamento; d) declaração do empregador do dependente, atestando que o cônjuge não está vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de assistência médica, hospitalar e odontológica, patrocinada pela pessoa empregadora, acompanhada de cópia da página da CTPS do cônjuge relativa à identificação, qualificação e registro de empregado, ou documento equivalente em se tratando de funcionário (a) público(a); ou

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		e) declaração do beneficiário titular, atestando que o cônjuge dependente não exerce atividade laboral com vínculo empregatício.
2 - Companheira (o) e Convivente do mesmo sexo	<ul style="list-style-type: none"> • União estável. • Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica oferecida por seu empregador. 	a) Cópia do RG do dependente; b). cópia do CPF do dependente. c) Um dos seguintes documentos: I) última Declaração do Imposto de Renda do empregado em que conste o nome do(a) companheiro(a) a ser cadastrado(a) como dependente; ou ainda a última Declaração do Imposto de Renda do(a) companheiro(a) em que conste o nome do(a) empregado(a) como dependente; II) documento comprobatório de união estável. d) Um dos seguintes documentos: I) declaração do empregador do companheiro(a) dependente, atestando que este não está vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de assistência médica hospitalar odontológica patrocinada pela pessoa empregadora, acompanhada de cópia da página da CTPS do beneficiário dependente relativa à identificação, qualificação, e registro de empregado, ou documento equivalente em se tratando de funcionário (a) público (a); ou II) declaração do beneficiário titular, atestando que o(a) companheiro(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício. e) – Se possuir filho em comum apresentar, também: I) certidão de Nascimento do(a) filho(a). II) prova de mesmo domicílio emitida há mais de 365 dias. f) – Se não possuir filho em comum apresentar, também:

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		<p>Três dos seguintes documentos, desde que emitidos há mais de 365 dias:</p> <p>I) certidão de Casamento no religioso;</p> <p>II) anotação de dependência feita pelo INSS na Carteira de Trabalho e Previdência Social;</p> <p>III) prova de mesmo domicílio;</p> <p>IV) prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;</p> <p>V) procuração ou fiança reciprocamente outorgada;</p> <p>VI) conta bancária conjunta;</p> <p>VII) registro de associação de qualquer natureza, onde conste a(o) companheira(o) como dependente do empregado;</p> <p>VIII) apólice de seguro da qual conste o(a) empregado(a) como instituidor(a) do seguro em nome da(o) companheira(o); e</p> <p>V) escritura de compra e venda de imóvel pelo(a) empregado(a) em nome do(a) companheiro(a).</p>
3 - Filho(a) solteiro (a).	Menor de 21 anos.	<p>a) Cópia da Certidão de Nascimento ou do RG; e</p> <p>b) cópia do CPF para maior de 18 anos;</p> <p>c) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.</p>
	Maior de 21 anos inválido, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação.	<p>a) Cópia do RG;</p> <p>b) cópia do CPF;</p> <p>c) atestado Médico Pericial ou Carta de Aposentadoria por invalidez;</p> <p>d) comprovante de Rendimentos, com renda máxima do dependente de até 1,2 salários mínimos, ou</p>

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		Declaração de que o dependente não possui rendimentos; e e) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda.
	Maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o ensino superior.	a) Cópia do RG; b) cópia do CPF; c) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; d) declaração de Matrícula no início de cada semestre; e e) comprovante de frequência do semestre anterior. Esta declaração deverá apontar a data do término do período letivo e a periodicidade (anual ou semestral) do curso, bem como o período que está cursando.
4 - Entead(a) solteiro (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 21 anos. • Genitor(a) cadastrado(a) como beneficiário(a) dependente no Plano. 	a) cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; b) cópia do CPF para maior de 18 anos; c) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; d) declaração do beneficiário titular, atestando que o(a) enteado(a) não exerce atividade laboral com vínculo empregatício; e e) prova de mesmo domicílio do titular.
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior de 21 anos inválido, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação. • Genitor(a) cadastrado(a) como beneficiário(a) dependente no Plano. 	a) Cópia do RG; b) cópia do CPF; c) atestado Médico Pericial ou Carta de Aposentadoria por invalidez;

TIPO DE DEPENDENTE	CONDIÇÃO PARA INCLUSÃO	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
		d) comprovante de Rendimentos, com renda máxima do dependente de até 1,2 salários mínimos, ou Declaração de que o dependente não possui rendimentos; e) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; e f) prova de mesmo domicílio do titular.
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o ensino superior. • Genitor(a) cadastrado(a) como beneficiário(a) dependente no Plano. 	a) Cópia do RG; b) cópia do CPF; c) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; d) declaração de Matrícula no início de cada semestre; e) comprovante de frequência do semestre anterior. Esta declaração deverá apontar a data do término do período letivo e a periodicidade (anual ou semestral) do curso, bem como o período que está cursando;
5. Menor sob guarda	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 21 anos. 	a) Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; b) cópia do CPF para maior de 18 anos; c) comprovação de dependência econômica: Declaração de Imposto de Renda (do próprio empregado ou do cônjuge) ou Declaração firmada pelo empregado, no caso dos isentos da Declaração de Imposto de Renda; e d) documento de guarda provisória ou definitiva.

6.2. Estão incluídos como inválidos os beneficiários dependentes absolutamente incapazes, de acordo com o Código Civil.

- 6.3. No caso de dependente maior de 21 anos inválido, o atestado médico pericial do INSS deverá caracterizar a invalidez com incapacidade definitiva e permanente para o trabalho, não sendo suscetível de reabilitação e está enquadrada no item 6.2.
- 6.4. Deficiência física não caracteriza invalidez e sim as patologias que invalidam o paciente para o resto da vida.
- 6.5. A comprovação de mesmo domicílio poderá ser realizada por qualquer documento (inclusive envelope de carta), em que fique certificado que o(a) empregado(a) reside no mesmo local do dependente, nos casos de companheiro(a)/enteado(a) e convivente do mesmo sexo.
- 6.6. O filho solteiro, dependente de empregado(a) em atividade, desligado do plano por ter completado 21 anos de idade, que ingressar no ensino superior após a perda da condição de beneficiário do Plano e estiver frequentando aula regularmente (com a devida comprovação), poderá ser reincluído desde que não tenha completado 24 anos.
- 6.7. Considera-se união estável aquela que atende aos termos da legislação em vigor.
- 6.8. A condição de inclusão “Não estar vinculado a qualquer modalidade de plano de saúde ou de Assistência Médica oferecida por seu empregador” é para dependentes de empregados admitidos a partir do dia 01/01/2007.
- 6.9. Para o atendimento ao item que solicita comprovante de rendimentos dos dependentes nas seguintes categorias: filho (a) - maior de 21 anos e inválido e enteado (a) - maior de 21 anos e inválido, deverá ser cumprida, pelo menos, uma das seguintes condições:
 - a) assalariado: último contracheque;
 - b) aposentados e pensionistas: último comprovante de recebimento de aposentadoria e/ou pensão;
 - c) demais situações: apresentação da DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos) para os seguintes rendimentos:
 - I - rendimentos do trabalho não assalariado;
 - II - rendimento de aluguéis;
 - III - honorários profissionais;
 - IV - rendimento de autônomo; e
 - V - rendimento de empresário.
- 6.10. Há de se considerar todos os benefícios previdenciários na composição da renda a ser comprovada, não devendo ser considerados os benefícios governamentais.

- 6.11. A regra definida no item 6.9 é para os dependentes: filho(a) - maior de 21 anos e inválidos e enteado (a) - maior de 21 anos e inválidos, deverá ser adotada quando ocorrer atualização cadastral (recadastramento).
- 6.12. Não será aceito o cadastramento de dependentes filho(a) solteiro(a), enteado(a) solteiro(a) e menor sob guarda que tenham sido emancipados conforme código civil.
- 6.13. O Código Civil define que a maioridade se dá a partir de 18 anos. Entretanto, os Correios mantêm o benefício para os dependentes menores de 21 anos, desde que estes não estejam nas situações descritas no item 6.12.
- 6.14. É reservado aos Correios o direito de, a qualquer tempo, investigar a veracidade das declarações e documentos apresentados, arcando o(a) titular com sanções legais decorrentes de qualquer conteúdo inverídico ou de adulterações.
- 6.15. É assegurada a inclusão:
- a) Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.
 - b) É garantido a inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após a adoção.

CAPÍTULO 7 - PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

7.1. Desligamento de Beneficiário

- 7.1.1. A perda da condição de beneficiário caberá tão somente aos Correios nas situações a seguir:
- a) em caso de suspensão ou extinção do contrato de trabalho do beneficiário titular;
 - b) a perda da condição de beneficiário do plano pela suspensão do contrato de trabalho estabelecida na alínea “a” do subitem 7.1.1, não se aplica aos aposentados na ativa que se afastaram do trabalho por mais de 15 dias, para tratamento da própria saúde, conforme subitem 8.2;
 - c) por solicitação expressa do beneficiário titular;
 - d) por falta de pagamento de mensalidade e coparticipação, por 3 (três) meses seguidos ou 5 (cinco) meses alternados, dentro do prazo de 12 (doze) meses;
 - e) quando o beneficiário titular e/ou dependente deixar de atender aos requisitos de elegibilidade estabelecidos;
 - f) quando os dados cadastrais do beneficiário estiverem desatualizados, até a data da efetiva regularização; e
 - g) para o(s) dependente (s), depois de transcorrido o prazo citado no item 7.2.2.

- 7.1.1.1. A perda da condição de beneficiário será em caráter definitivo quando motivada pela extinção do contrato de trabalho ou nos casos citados neste regulamento e em caráter temporário durante o período de suspensão do contrato de trabalho, observadas situações específicas previstas no item 8 deste regulamento.
- 7.2. Falecimento do Beneficiário Titular
- 7.2.1. A família/dependente terá a obrigação de comunicar o falecimento do titular e de entregar uma cópia da respectiva Certidão de Óbito a Área de Cadastro dos Correios da jurisdição a que pertence. A utilização indevida do benefício acarretará na adoção de medidas legais cabíveis.
- 7.2.2. Na ocorrência de falecimento do beneficiário titular, o dependente perderá a condição de beneficiário, depois de transcorridos 180 (cento e oitenta) dias contínuos, a contar da data do óbito. Durante o período em questão, o benefício será oferecido de forma gratuita aos beneficiários dependentes que estiverem com seus dados cadastrais atualizados e que não estejam enquadrados nas situações elencadas no subitem 7.1.1.
- 7.2.2.1. Transcorrido o período definido no subitem 7.2.2, o(s) dependente(s) perderá(ão) a condição de beneficiário(s).
- 7.3. As Áreas de Administração de Recursos Humanos dos 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.

CAPÍTULO 8 - SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

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

CAPÍTULO 9 - SERVIÇOS COBERTOS PELO PLANO CORREIOSSAÚDE II

- 9.1. O Plano tem cobertura de procedimentos com base em tabela única de cobertura estabelecida, a qual oferece cobertura superior ao rol definido pela ANS e acompanha todas as atualizações determinadas pela citada Agência Reguladora. A tabela de procedimentos cobertos pelo plano encontra-se disponível para consulta no portal da operadora.
- 9.2. 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.
- 9.3. Condições de Atendimento do Plano
 - 9.3.1. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento desde que aconteçam em território brasileiro, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência da região de saúde estabelecida pela ANS, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada do Plano e as regras estabelecidas neste regulamento.
 - 9.3.2. Para os procedimentos que requeiram avaliação e autorização, deverão ser aplicados os parâmetros estabelecidos pela operadora.
- 9.4. Coberturas de Consultas, Tratamentos, Exames e Diagnósticos
 - 9.4.1. Tratamento Ambulatorial
 - 9.4.2. Consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
 - 9.4.3. Tratamento com nutricionista.
 - 9.4.4. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
 - 9.4.5. Avaliação e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com a Tabela de Cobertura e diretrizes da ANS.
 - 9.4.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
 - 9.4.7. Reeducação postural global e hidroterapia.
 - 9.4.8. Hemoterapia ambulatorial.
 - 9.4.9. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.
 - 9.4.10. Procedimentos de reabilitação física e fisioterapia motora e respiratória, que podem ser realizados tanto por fisiatra quanto por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, obedecendo as regras na Tabela de Cobertura e diretrizes da ANS.
 - 9.4.11. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias quando especificados na lista de cobertura do Plano.

- 9.4.12. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo:
- a) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - b) exames especializados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou Conselho Federal de Odontologia, desde que solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista e liberados pelo médico da Postal Saúde, quando for o caso.
- 9.4.13. Quimioterapia oncológica ambulatorial, os chamados antineoplásicos, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.
- 9.4.13.1. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- 9.4.14. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.
- 9.4.15. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- 9.4.16. Nutrição parenteral ou enteral.
- 9.4.17. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 9.4.18. Radiologia intervencionista.
- 9.5. Cobertura de Procedimentos Hospitalares
- 9.5.1. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados nas modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.
- 9.5.2. Internação em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em Enfermarias, Isolamentos, Centros de Terapia Intensiva e UTI, incluindo honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, desde que cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II**, compreendendo também:

- a) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, realizados unicamente em ambiente hospitalar;
- b) fornecimento de anestésicos, gases, medicamento, materiais de consumo e transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- c) taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, colchões especiais e demais itens necessários;
- d) remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro;
- e) um acompanhante por paciente.

9.5.3. Cobertura das ações de planejamento familiar, tais como vasectomia e laqueadura tubária, observadas às condições estabelecidas na legislação vigente.

9.5.4. Cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, sequelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e malformações congênitas, com autorização prévia da Postal Saúde.

9.5.5. Cobertura do parto acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, das assistências ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a) nas internações obstétricas haverá a cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la;

b) o parto normal também poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

9.5.6. 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.

9.5.6.1. Os procedimentos necessários ao segmento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

9.5.7. Próteses mamárias e testiculares (indicadas para os casos de mastectomia e orquiectomia radicais), a peniana (indicada em traumatismos ou doenças específicas, a critério médico), a de globo ocular e as de complementação cirúrgica (tipo lente intra-ocular para o procedimento de facectomia e prótese total de quadril para o procedimento de artroplastia correspondente).

- 9.5.8. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.
- 9.5.9. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.
- 9.6. Cobertura a Saúde Mental
- 9.6.1. Em regime ambulatorial o Plano oferece cobertura para tratamento médico psiquiátrico de saúde mental em regime ambulatorial de acordo com o CID 10, para os transtornos mentais e comportamentais assim como a cobertura de serviços de apoio diagnóstico (exames) e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente:
- a) será coberta psicoterapia de crise para o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência;
 - b) haverá cobertura de psicoterapia somente se prestado por psicólogo ou psiquiatra;
 - c) a liberação do atendimento relativo aos procedimentos inerentes ao apoio psicológico estará condicionada à apresentação de relatório do médico assistente, justificando o diagnóstico e a conduta adotada, comprovando estar o caso relacionado às condições previstas para Psicoterapia de crise.
- 9.6.2. Em Regime de Internação para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F30 e F31, F50, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, com prazo ilimitado para internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, e também para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (emergência ou urgência), assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência:
- a) caso haja necessidade de prorrogação do prazo, a solicitação do médico assistente devidamente justificada deverá ser submetida e autorizada previamente pelo médico da Postal Saúde;
 - b) o beneficiário poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia, conforme diretrizes da ANS.
- 9.6.3. A Postal Saúde deve dispor de programas de atenção e cuidados intensivos, visando substituir a internação convencional e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar coberta pelo Plano. O médico assistente deverá definir o período de atendimento, meio período (manhã ou tarde) ou o período integral (12 horas).

9.6.4. Cobertura ao Apoio Psicológico

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

- a) alcoolismo e outra dependência química;
- b) cirurgias mutiladoras;
- c) diabetes Juvenil;
- d) distrofia muscular progressiva;
- e) doença de Crohn, Retocolite ulcerativa crônica;
- f) doença pulmonar obstrutiva crônica;
- g) doença renal crônica;
- h) esclerose múltipla;
- i) esquizofrenias;
- j) neoplasias malignas;
- k) pacientes transplantados;
- l) portador de HIV;
- m) retinose pigmentar;
- n) doença de Parkinson;
- o) seqüela de acidente vascular cerebral;
- p) vitiligo;
- q) hepatite B ou C;
- r) o inscrito no benefício Auxílio para Filho Dependente de Cuidados Especiais;
- s) o paciente com autorização para realização de cirurgia de obesidade mórbida;
- t) o empregado que, no exercício de suas atividades, for vítima de assalto, e
- u) artrite Reumatóide; Lupus; Colagenoses.

9.6.5. 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.

- 9.6.6. As visitas (sessões psicoterápicas) aos consultórios ou clínicas decorrentes de tratamentos de apoio psicológico não devem ultrapassar o número de 1 (uma) por semana no período de 12 (doze) meses consecutivos, totalizando o número de 52 consultas.
- 9.6.7. 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 52 atendimentos.

CAPÍTULO 10 - TRANSPLANTES

- 10.1. Pedidos de transplante de rim, de córnea e de outros órgãos deverão ser encaminhados à Postal Saúde da localidade do empregado, com toda a documentação do Sistema Único de Saúde - SUS, para análise e parecer.
- 10.2. Os transplantes de rim, de córnea e de outros órgãos, previamente autorizados, terão a seguinte cobertura:
- a) despesas assistenciais médicas (exames realizados antes do transplante e a ele relacionados), hospedagem e passagens com doadores vivos, independente de serem beneficiários do **Plano CorreiosSaúde II**, para a realização do transplante;
 - b) medicamentos, taxas, materiais e procedimentos utilizados durante a internação do receptor e do doador;
 - c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
- 10.3. Os beneficiários (titulares e dependentes) candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única nacional de espera e de seleção.
- 10.3.1. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.
- 10.4. Não serão cobertas despesas de doadores (empregados dos Correios ou dependentes do Plano) que não sejam para os beneficiários (empregados e dependentes dos Correios) cadastrados.
- 10.5. Não será coberto o fornecimento de medicação de manutenção aos pacientes submetidos a transplantes.

CAPÍTULO 11 - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- 11.1. Os procedimentos indicados na tabela de cobertura podem necessitar de autorização prévia.
- 11.2. Atendimento de urgência odontológica – o Plano oferecerá aos beneficiários a cobertura dos seguintes procedimentos de urgência odontológica, de acordo com o rol de procedimentos ANS, listados a seguir:
- a) curativo em caso de hemorragia bucal (consiste na aplicação de hemostático e sutura na região do alvéolo dentário);
 - b) curativo em caso de odontalgia aguda/pulpotomia/necrose (consiste na abertura da câmara pulpar e remoção da polpa);
 - c) imobilização dentária temporária (consiste em imobilização de elementos dentais com alto grau de mobilidade);
 - d) recimentação de peça protética;
 - e) tratamento de alveolites (curetagem e limpeza do alvéolo dentário);
 - f) colagem de fragmentos (consiste na recolocação de fragmentos de dente através de material adesivo);
 - g) incisão e drenagem de abscessos extra ou intra-oral;
 - h) reimplante de dente avulsionado (consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e sua conseqüente imobilização/contenção);
 - i) selamento com cimento provisório, em casos de dentes com cavidades, fraturas ou perda de restaurações;
 - j) adequação ao meio bucal (consiste em selamento com cimento provisório, em casos de dentes com cavidades, fraturas ou perda de restaurações);
 - k) sutura de feridas em região buco-maxilo-facial.
- 11.3. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar:
- a) o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção e
 - b) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurar as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumir as

responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados que se submeterá a avaliação técnica da Postal Saúde.

11.4. Livre Escolha do Atendimento Odontológico

11.4.1. Permite ao Beneficiário o reembolso de despesas com tratamento odontológico descritos na tabela odontológica, feito em instituições não credenciadas (dentistas ou clínicas particulares), conforme tabela praticada pela Postal Saúde.

CAPÍTULO 12 - SERVIÇOS EXCLUÍDOS DO PLANO CORREIOSSAÚDE II

12.1. São excluídos da cobertura da assistência médico-hospitalar:

- a) 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;
- b) tratamento fonoaudiológico, exceto nas situações definidas pela ANS;
- c) exames e tratamentos relativos à medicina ortomolecular;
- d) mamoplastia redutora estética;
- e) cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
- f) procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização “in vitro”, e/ou reprodução assistida, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;
- g) recanalização tubária e tratamento para infertilidade/esterilidade;
- h) exame de paternidade;
- i) controle de natalidade contrário à ética médica;
- j) tratamento de apoio psicológico, exceto nos casos previstos no item 9 deste regulamento e nos casos definidos pela ANS;
- k) consulta ou atendimento domiciliar, exceto no caso de Home Care autorizado pelo médico da Postal Saúde;
- l) aparelhos ortopédicos e órteses em geral (ex.: aparelho para surdez, óculos, lentes de contato, odontológico e outros);
- m) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou ao ato odontológico;
- n) fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não) prescritos para tratamento domiciliar exceto aqueles utilizados nos hospitais/clínicas credenciados durante atendimentos de pronto-socorro, internações, Home Care e aqueles constantes de Programa implementado pelo Plano;

- o) fornecimento de vacinas de qualquer natureza, exceto nas campanhas desenvolvidas pela Postal Saúde;
- p) internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, ou ainda cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica segundo o CFM (Conselho Federal de Medicina) e Código Brasileiro de Ética segundo o CFO (Conselho Federal de Odontologia (CFO));
- r) quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação médica e odontológica;
- s) tratamentos clínicos e cirúrgicos para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento;
- t) diárias hospitalares e despesas com acompanhante, exceto nos casos constantes neste regulamento;
- u) exames e procedimentos não previstos nas tabelas utilizadas pelo Plano, exceto os casos excepcionais previamente analisados e autorizados pela Postal Saúde;
- v) exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- w) dermolipectomia ou qualquer outra cirurgia para tratamento estético;
- x) cirurgias reparadoras conseqüentes do uso de antiretrovirais;
- y) enfermagem particular, em residência ou não, mesmo em caráter de emergência ou em caso que requeira cuidados especiais;
- z) 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;
- aa) exames, consultas e tratamentos com vistas à realização de periódicos/mudança de função ou cargo/demissional relativos às necessidades de outras empresas, salvo para titulares dos Correios cedidos e que o custo de sua realização possa ser repassado ao cessionário;
- bb) exames médicos admissionais (laboratoriais, radiológicos e outros), de empregados da empresa ou de seus dependentes, que foram aprovados em Concurso Público de outras empresas ou órgãos públicos;
- cc) despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras e outras;
- dd) tratamentos de varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia) e/ou aplicação a laser;

ee) confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como: colchões, cadeiras e outros;

ff) remoção domicílio-hospital e vice-versa, salvo exceção conforme item 20;

gg) todas as despesas decorrentes de doação de órgão para paciente que não seja beneficiário do **Plano CorreiosSaúde II**.

CAPÍTULO 13 - ACIDENTES E DOENÇAS DO TRABALHO

13.1. Excetuam-se da exclusão prevista no item 12 os tratamentos, bem como os materiais, órteses e próteses relativos à seqüela física e/ou funcional, quando resultante de acidente e doença do trabalho devidamente comprovado por CAT registrada no INSS, por meio da qual fique comprovado o nexó técnico epidemiológico.

13.1.1. Os Correios deverão compor o processo com o parecer técnico do Médico/Odontólogo especialista, e avaliação do Médico/Odontólogo dos Correios, encaminhando-o para deliberação e autorização.

CAPÍTULO 14 - TIPOS DE ACOMODAÇÃO

14.1. Acomodação Coletiva/Enfermaria - o Plano adota, para acomodação hospitalar de seus beneficiários, o padrão "Acomodação Coletiva" (enfermaria com dois ou mais leitos), tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

14.2. Acomodação Individual – poderá ser utilizado a acomodação individual nos seguintes casos:

a) Opção do Beneficiário

I – 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.

b) 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:

I - Politraumatizados, com lesões graves de órgãos internos;

II - Queimaduras de segundo e terceiros graus acima de 5 (cinco) unidades topográficas – UT;

III - Pacientes com sequelas neurológicas que apresentem deficiência de fala e locomoção comprovadamente restrito ao leito.

14.3. 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.

- 14.4. Os casos de internação em isolamento não significam cobertura em apartamento e sim cobertura do pagamento da taxa de isolamento.
- 14.5. 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 15 - HOME CARE

- 15.1. Caracteriza-se como Home Care a assistência médica domiciliar do paciente.
- 15.2. O Home Care deverá ser prestado por entidades especializadas credenciadas pela Postal Saúde.
 - 15.2.1. 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;
 - 15.2.2. 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.

CAPÍTULO 16 - EXCEPCIONALIDADES

- 16.1. Os casos não previstos neste regulamento, bem como as excepcionalidades que envolvam procedimentos de alta complexidade, deverão receber o seguinte tratamento:
 - a) Eletivos - Os casos que não envolvam risco de morte, deverão ser encaminhados, para Postal Saúde por meio de dossiê contendo: a descrição e o valor do procedimento, a técnica a ser empregada, a informação se o procedimento é reconhecido tecnicamente pela sociedade correspondente, o local em que será realizado, os valores negociados com o prestador do serviço médico e odontológico correspondente e o parecer conclusivo de médicos ou dentistas da Postal Saúde.
 - b) Riscos de Morte - Os casos que envolvam risco de morte, deverão ser analisados pela Postal Saúde, com parecer conclusivo de médicos ou dentistas da Postal Saúde.
- 16.2. É vedado ao perito auditor credenciado, ou aqueles que atuam no Unidade de Atendimento da Postal, realizar perícias/auditorias próprias ou de parentes ou de colegas da mesma clínica/consultório onde trabalha.

CAPÍTULO 17 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO

- 17.1. Nas internações obstétricas com cobertura pela Postal Saúde, é assegurada durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, assistência médico-hospitalar ao recém-nascido:

- a) filho natural ou adotivo de beneficiário titular;
 - b) filho natural de dependente previamente cadastrado no **Plano CorreiosSaúde II**.
- 17.1.1. Após esse período somente permanecerá com o direito a assistência médica os filhos dos beneficiários titulares cadastrados como beneficiários no **Plano CorreiosSaúde II**.
- 17.1.2. Todos os atendimentos obedecerão às regras de compartilhamento descritas neste regulamento;
- 17.1.3. Caberá a 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.
- 17.1.3.1. 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 18 - SISTEMA DE ATENDIMENTO

- 18.1. Os serviços médicos e odontológicos a serem oferecidos pela Postal Saúde aos beneficiários possuem cobertura em todo o território nacional na rede credenciada de prestadores de serviços de saúde.
- 18.2. Livre Escolha
- 18.2.1. Consiste na utilização de serviços cobertos pelo **Plano CorreiosSaúde II**, realizados por intermédio da rede particular, não credenciada, no qual o beneficiário arcará com o pagamento das despesas, sendo ressarcido posteriormente, mediante apresentação de Recibo (se prestador de serviços pessoa física) ou Nota Fiscal (se prestador de serviços pessoa jurídica), conforme regras definidas pela Postal Saúde.

CAPÍTULO 19 - TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO - TFD

- 19.1. Considera-se como TFD todo o atendimento – assistência médica e odontológica (consultas, exames, tratamento e internações clínicas ou cirúrgicas, eletivas ou não) - prestado aos beneficiários fora da jurisdição de seu domicílio e/ou lotação, observadas as regiões de saúde estabelecidas pela ANS.
- 19.1.1. Na falta de especialidade ou tratamento na localidade de lotação, ou domicílio do beneficiário, o Plano permite que o paciente seja encaminhado para tratamento em outra localidade, desde que fique comprovada a impossibilidade de utilização de entidade ou profissional não credenciado na região de saúde.
- 19.1.2. 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.

- 19.1.3. O Beneficiário somente poderá dirigir-se ao local para tratamento após a autorização prévia da Postal Saúde.
- 19.1.4. 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.
- 19.1.5. 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.
- 19.1.5.1. A Postal Saúde dará cobertura somente a um acompanhante por paciente.
- 19.1.5.2. A escolha de acompanhante caberá ao próprio beneficiário ou, no seu impedimento, à sua família ou responsável legal.
- 19.1.5.3. Se o acompanhante for empregado dos Correios, seu afastamento será autorizado e nesse caso, seu ponto será abonado pela chefia imediata pelo período correspondente ao afastamento, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, podendo ser prorrogado no máximo por mais um período de igual duração, após a avaliação do médico designado pela Postal Saúde, não podendo ser ultrapassado o limite de 30 dias úteis.
- 19.1.6. 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.
- 19.1.6.1. As despesas decorrentes da realização dos serviços serão pagas pela Postal Saúde e compartilhadas pelo empregado, conforme normas de coparticipação.
- 19.1.7. 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.
- 19.1.8. A Postal Saúde é responsável pelo recebimento e encaminhamento do paciente, adotando providências para marcação de consultas, exames ou internação, bem como locomoção e acomodação do acompanhante.
- 19.1.9. No caso de internação em que seja recomendável, do ponto de vista médico, que o acompanhante permaneça com o paciente, este deverá ser acomodado no próprio hospital onde o paciente foi internado, cabendo, neste caso, o pagamento das despesas com café da manhã, almoço e jantar oferecidos pelo hospital.
- 19.1.10. No caso de internação em que o paciente tenha optado por acomodação do tipo “apartamento simples”, não deverá haver reserva de hotel para o acompanhante, a fim de evitar ônus adicional para o Plano.
- 19.1.11. É proibido o encaminhamento de paciente diretamente para entidade credenciada, sem o prévio aviso e planejamento, exceto em situações de

extrema gravidade e urgência ou de risco de vida, devendo a Postal Saúde ser informada a respeito tão logo seja possível.

19.1.12. Ocorrendo o previsto no item anterior, a Postal Saúde providenciará imediatamente o processo de TFD.

19.1.13. Todo beneficiário autorizado a fazer tratamento custeado pelo Plano em outra localidade deverá, obrigatoriamente, retornar com o relatório médico dos procedimentos realizados e indicação do médico assistente para que outro médico da localidade de origem para que ele tenha condições de prosseguir com o acompanhamento/tratamento.

19.2. Beneficiário em Trânsito por conta própria

19.2.1. É admitido o atendimento do beneficiário em trânsito em qualquer localidade de âmbito nacional, independente da lotação do empregado. É considerado como “trânsito”, qualquer motivo que leve o beneficiário a se encontrar em outra localidade, exceto o previsto no item 19.3 – Trânsito por Iniciativa dos Correios.

19.2.2. 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.

19.2.3. 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, sem nenhuma participação dos Correios ou da Postal Saúde

19.2.4. Quando se tratar de internações cirúrgicas eletivas ou não, a utilização do Plano estará condicionada à prévia autorização da Postal Saúde.

19.2.5. O beneficiário que vir a ser vítima de acidente, deverá receber por parte da Postal Saúde, todo o atendimento dispensável aos beneficiários do **Plano CorreiosSaúde II**, observando as normas previstas de utilização/liberação.

19.2.6. Ocorrendo o previsto no item 19.2.5 os Correios e a Postal Saúde não arcarão como 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.

19.2.7. Na ocorrência de óbito do beneficiário em trânsito, exceto o trânsito por iniciativa dos Correios, todas as providências e despesas do traslado e preparação do corpo ocorrerão por conta dos familiares, cabendo a Postal Saúde arcar apenas com os gastos das despesas médicas ou odontológicas.

19.2.7.1. Neste caso, as despesas de hospedagens e locomoção com os acompanhantes do beneficiário vítima de acidente, ainda que sejam também beneficiários do **Plano CorreiosSaúde II**, não são de responsabilidade dos Correios ou da Postal Saúde.

19.3. Trânsito por Iniciativa dos Correios

- 19.3.1. Nas situações em que o trânsito se deu por convocação ou encaminhamento dos Correios, serão assegurados a remoção e custeio de passagens e hospedagens do paciente e do seu acompanhante, quando necessário.
- 19.3.2. Na ocorrência de óbito do Beneficiário em trânsito por iniciativa dos Correios, todas as providências e despesas com o traslado, inclusive urna de transporte e preparação do corpo ocorrerão por conta da Postal Saúde da localidade onde se encontra o Beneficiário, entretanto, os Correios e a Postal Saúde não arcarão com os gastos da urna funerária e outras despesas afins.
- 19.4. Beneficiário residente em outro Estado
- 19.4.1. O beneficiário residente em outra Unidade da Federação terá direito de utilização da rede credenciada, ou das Clínicas Médicas, de acordo com as normas previstas neste regulamento.
- 19.4.2. Ocorrendo internação do beneficiário, não cabe aos Correios e nem a Postal Saúde, a responsabilidade pela remoção do paciente para a localidade de origem do titular, uma vez que o paciente é cadastrado como residente no destino.
- 19.5. Beneficiário Residente em Localidade próxima
- 19.5.1. Os beneficiários que residem em localidade cujo deslocamento fica mais próximo de uma localidade pertencente à outra Superintendência Estadual poderão ser direcionados à rede credenciada dessa Superintendência desde que, na avaliação da Postal Saúde, seja menos oneroso para o Plano do que a opção de deslocar o beneficiário para dentro de sua própria Superintendência.
- 19.5.1.1. Excetua-se dessa situação, os casos em que o deslocamento deva ser feito por via aérea, uma vez que essa alternativa exige autorização prévia da Postal Saúde.
- 19.6. Cobertura dos Atendimentos em Outras localidades
- 19.6.1. Ocorrendo a necessidade de locomoção do paciente para consultas, exames, procedimentos e internações, clínicas ou cirurgias, em outras localidades, ainda que na mesma Unidade da Federação onde reside, com ou sem acompanhante e devidamente autorizado, o Plano arcará com as despesas, conforme discriminado abaixo:
- a) Ressarcimento do valor das passagens para si e seu acompanhante desde que autorizado pelo Postal Saúde, quando o transporte for por ônibus com emissão de bilhete de passagem;
 - b) Transporte, conforme indicado pelo médico assistente homologado por médico da Postal Saúde ou por este indicado;
 - c) Hospedagem simples com café, inclusive para o acompanhante devidamente autorizado pela Postal Saúde;
 - d) Um vale-refeição para o almoço e um para o jantar para o paciente e seu acompanhante, quando for o caso;

- e) Traslado hotel x hospital e vice-versa, desde que haja autorização específica da Postal Saúde;
- f) Despesas médico-hospitalar e odontológicas relativas ao tratamento do paciente, seja na rede credenciada ou livre escolha, eletivo ou urgência.

CAPÍTULO 20 - TRANSPORTE

20.1. É 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 20.1.2, alíneas “a”, “b”, “c” e “d”, é obrigatória a autorização prévia da Postal Saúde.

20.1.1. 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.

20.1.2. Situações em que a remoção terá Cobertura Financeira da Postal Saúde:

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

CAPÍTULO 21 - ATENDIMENTO POR ENTIDADE OU PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADO

21.1. Quando não houver alternativa de atendimento na Rede Credenciada, a prestação da assistência por intermédio da contratação de serviços específicos poderá ser autorizada pela Postal Saúde.

21.1.1. 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.

21.2. Nos casos de emergência compete ao médico da Postal Saúde, autorizar a imediata prestação dos serviços por entidade não credenciada.

21.3. 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.

- 21.4. 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.

CAPÍTULO 22 - SISTEMA DE CUSTEIO

- 22.1. O custeio do **Plano CorreiosSaúde II** se dará mediante cobrança de mensalidade e coparticipação.

22.1.1. A proporcionalidade da responsabilidade do pagamento das despesas, a título de coparticipação, será fixada em, no máximo, 30% (trinta por cento) a cargo do total de beneficiários e 70% (setenta por cento) de responsabilidade do Mantenedor Patrocinador.

22.1.2. Não haverá coparticipação para os casos de internação.

22.1.2.1. O teto máximo para efeito de compartilhamento da coparticipação será de 2 (duas) vezes o valor da remuneração para os(as) empregados(as) ativos; para os(as) aposentados(as) desligados(as), até 3 (três) vezes o valor da soma do benefício recebido do INSS e suplementação concedida pelo POSTALIS. Para ambos, o desconto mensal será limitado a até 5% da remuneração líquida do titular, fora a margem consignável (Lei nº 10.820/2003, regulamentada pelo Decreto nº 4.840/2003), em sucessivas parcelas até a sua liquidação.

22.1.3. A Tabela de cobrança mensal, a título de mensalidade, de forma per capita, nos valores percentuais conforme faixa remuneratória/rendimento, abaixo demonstrados:

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

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

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

22.1.3.2. Tabela de limites de cobrança mensal, sobre o valor da mensalidade do titular, utilizando para tal a idade do beneficiário titular e tendo como base legal

a RN nº 63/2003 da ANS que estabelece os limites de variação de preço por faixa etária, abaixo apresentada:

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

22.2. Remuneração e remuneração líquida

22.2.1. 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.

22.2.2. Entende-se por remuneração líquida do titular, o valor recebido após dedução dos encargos sociais de INSS e IRPF, para efeito do item 22.1.2.1.

22.2.3. 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.

22.2.4. No sistema de coparticipação aplicam-se também as despesas com transporte, alimentação e/ou hospedagem de paciente/acompanhante, bem como qualquer despesa relacionada com a utilização da assistência médico-hospitalar e odontológica, ainda que relativa a serviços realizados por profissional e/ou entidade não credenciados, aplicando-se os percentuais de coparticipação.

22.2.5. A coparticipação é calculada sobre o somatório das despesas faturadas no mês, considerando o teto limite de desconto.

22.2.6. Não haverá coparticipação nos casos destacados nos itens seguintes

22.2.6.1. 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.

22.2.6.2. 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; e

b) atendido o disposto no inciso anterior, a autorização prévia deverá ser emitida caso possua nexos causal com o tipo de atendimento “acidente do trabalho”, de modo a evitar a cobrança indevida da coparticipação.

22.2.6.3. 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 23 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

23.1. Em cumprimento à decisão proferida pela Seção Especializada em Dissídios Coletivos do TST – Processo nº DC-1000295-05.2017.5.00.0000 que tratou da revisão do custeio do Plano de Saúde (Cláusula 28 do ACT 2017/2018), os beneficiários, **excetuando-se pai e mãe**, do Plano CorreiosSaúde, registrado sob o nº SCPA 2, serão migrados para o **Plano CorreiosSaúde II**, registrado sob o nº 480.344/18-2, sem carência, observando as regras de permanência previstas neste regulamento.

23.2. A Postal Saúde publicará Manual do Beneficiário com informações complementares a este regulamento.