



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

MANUAL DO BENEFICIÁRIO PLANO CORREIOSSAÚDE

MANUAL DO BENEFICIÁRIO PLANO CORREIOSAÚDE

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)
Unidade Administrativa responsável pela análise normativa (interna) e padronização	<ul style="list-style-type: none">• Gerência de Estratégia Organizacional (GEORG)• Coordenação de Desenvolvimento Organizacional (CODEN)
Unidade Administrativa responsável pela conformidade	<ul style="list-style-type: none">• Gerência Jurídica (GEJUR)• Coordenação Consultiva e Regulatória (CONSU)
Numeração	MAN/007
Versão	001
Data da Apreciação pela DIREX	DIREX N° 235, de 27 de janeiro de 2021
Data de Publicação	17/02/2021
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

APRESENTAÇÃO	5
CANAIS DE ATENDIMENTO	6
CAPÍTULO 1 - DO OBJETIVO	7
CAPÍTULO 2 - DO PLANO CORREIOSAÚDE	7
CAPÍTULO 3 - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES	7
CAPÍTULO 4 - ATUALIZAÇÃO CADASTRAL	8
CAPÍTULO 5 - PERDA DE CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO	9
CAPÍTULO 6 - SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO	10
CAPÍTULO 7 - DAS COBERTURAS	10
CAPÍTULO 8 - TRANSPLANTES	17
CAPÍTULO 9 - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	18
CAPÍTULO 10 - SERVIÇOS EXCLUÍDOS DO PLANO CORREIOSAÚDE	19
CAPÍTULO 11 - TIPOS DE ACOMODAÇÃO	21
CAPÍTULO 12 - HOME CARE	22
CAPÍTULO 13 - EXCEPCIONALIDADES	23
CAPÍTULO 14 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO	23
CAPÍTULO 15 - SISTEMA DE ATENDIMENTO	24
CAPÍTULO 16 - TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO (TFD)	24
CAPÍTULO 17 - TRANSPORTE	29
CAPÍTULO 18 - ATENDIMENTO POR ENTIDADE OU PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADOS	29
CAPÍTULO 19 - SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO	30
CAPÍTULO 20 - TETO LIMITE DE DESCONTO	31
CAPÍTULO 21 - MARGEM CONSIGNÁVEL	32
CAPÍTULO 22 - RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÚBLICA - SUS	32
CAPÍTULO 23 - APLICABILIDADE	32
CAPÍTULO 24 - DAS RESPONSABILIDADES	33
CAPÍTULO 25 - DOS DOCUMENTOS ASSOCIADOS	33
CAPÍTULO 26 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
CAPÍTULO 27 - DO CONTROLE DAS REVISÕES	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de coparticipação do titular atendimentos médicos.....	30
Tabela 2 - Percentual de coparticipação do titular prótese odontológica e opção de apartamento.....	31

APRESENTAÇÃO

Prezado Beneficiário e família,

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

Nossos valores estão pautados no compromisso com os Beneficiários, na ética, na responsabilidade pelos resultados, na transparência dos negócios e na qualidade dos serviços prestados.

Com o objetivo de esclarecer dúvidas, facilitar a utilização e também divulgar direitos e deveres em relação às normas gerais do plano CorreiosSaúde, a Diretoria de Produtos e Relacionamento com o Beneficiário desenvolveu este Manual que explica as regras do plano de maneira simplificada.

As informações e procedimentos aqui apresentados estão de acordo com a Cláusula 11 do Dissídio Coletivo; com o Manual de Pessoal/Correios; com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e com o Estatuto Social da POSTAL SAÚDE.

Leia o Manual do Beneficiário atentamente e consulte-o sempre que houver necessidade. Caso ainda restem dúvidas, entre em contato com a POSTAL SAÚDE por meio do portal www.postalsaude.com.br ou disque POSTAL SAÚDE 0800 888 8116.

POSTAL SAÚDE, sua vida, nossa existência!

Diretoria Executiva

CANAIS DE ATENDIMENTO**Internet**

Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br.

Ao visitar o portal da POSTAL SAÚDE, www.postalsaude.com.br, o Beneficiário tem acesso a diversos serviços online que facilitam a utilização do seu plano de saúde, tais como: acesso à Rede Credenciada em âmbito nacional, solicitação de alteração cadastral, 2ª via do Cartão de Identificação do Beneficiário, extrato de despesas médicas, demonstrativo de IR, alteração de senha e muito mais.

Central de Atendimento POSTAL SAÚDE

0800 888 8116

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos da POSTAL SAÚDE

0800 888 8117

Horário de funcionamento

A POSTAL SAÚDE é seu canal de atendimento 24 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

Sede da POSTAL SAÚDE

SBN, Quadra 1, Bloco F,

Edifício Palácio da Agricultura, 5º e 6º andares CEP 70040-908 – Brasília-DF

(61) 3425-6700

CAPÍTULO 1 - DO OBJETIVO

- 1.1 Estabelecer os princípios e regras relativos as coberturas do Plano de Saúde, denominado CorreiosSaúde, oferecido como benefício aos dependentes pai e/ou mãe dos empregados dos Correios com tratamentos em andamento e não finalizados, desde que atendam às condições previstas neste Manual e na legislação em vigor.

CAPÍTULO 2 - DO PLANO CORREIOSSAÚDE

- 2.1. A Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica contempla, no território nacional, atendimentos ambulatoriais, hospitalares inclusive com obstetrícia e odontológicos, na Rede Credenciada e/ou por meio do Sistema Livre Escolha, para os beneficiários dependentes pai e/ou mãe dos empregados dos Correios contempla internação hospitalar até a alta; tratamentos continuados em regime ambulatorial (hemodiálise, diálise, terapia imunobiológica, quimioterapia, quimioterápicos orais, radioterapia) e terapias domiciliares continuadas (oxigenoterapia, fonoaudiologia domiciliar, internação domiciliar e fisioterapia domiciliar), nos termos dispostos na Sentença Normativa proferida pela Seção Especializada em Dissídios Coletivos do Tribunal Superior do Trabalho, constante do Processo N° TST-DCG-100066258.2019.5.00.0000.
- 2.2. O Plano de Saúde CorreiosSaúde é operacionalizado pela Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios – POSTAL SAÚDE, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.913-3, na modalidade de autogestão coletivo empresarial.
- 2.3. As Unidades de Representação Regionais e os Núcleos de Atendimento Regionais e todas as áreas intervenientes do processo de atendimento da Postal Saúde, deverão conhecer este Manual, e a legislação em vigor.

CAPÍTULO 3 - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

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

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

Abrangência geográfica: área geográfica de abrangência¹.

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

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

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

Diretrizes de Utilização (DUT): estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados

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

Inexistência de prestador: é caracterizada pela ausência de prestadores credenciados ou não credenciados, no município de demanda, conforme previsto na Resolução Normativa nº vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Livre Escolha: é a utilização de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, realizados por intermédio de rede particular não credenciada à Postal Saúde, por opção e conveniência do Beneficiário, que arcará com o pagamento das despesas e poderá ser reembolsado conforme regras pré-estabelecidas pela Operadora

Tratamento Fora de Domicílio (TFD): é todo o atendimento médico e/ou odontológico (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.

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

CAPÍTULO 4 - ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

- 4.1 Havendo alteração de dados de qualquer beneficiário, cumpre ao titular informar tempestivamente nos locais indicados pela Postal Saúde, objetivando a manutenção do cadastro rigorosamente atualizado.
- 4.2 A omissão do beneficiário titular em relação à atualização do cadastro, poderá acarretar:
 - a) defasagem no valor da coparticipação;
 - b) débito a ser ressarcido aos Correios;
 - c) suspensão da assistência médica/odontológica;
 - d) responsabilidade administrativa, se empregado ativo, ou
 - e) responsabilidade civil, se aposentado/anistiado, e
 - f) ressarcimento integral da despesa referente ao uso indevido do Plano CorreiosSaúde.

CAPÍTULO 5 - PERDA DE CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO**5.1 Desligamento de Beneficiário**

- 5.1.1 A perda da condição de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:
- No caso de suspensão ou extinção do contrato de trabalho do beneficiário titular;
 - a perda da condição de beneficiário do plano pela suspensão do contrato de trabalho estabelecida na alínea "a" do subitem 5.1.1 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;
 - quando deixar de atender aos requisitos estabelecidos nesta norma, no caso de beneficiário dependente;
 - por solicitação expressa do beneficiário titular, exceto no caso de filho(a);
 - por falta de pagamento da coparticipação, por 3 (três) meses seguidos ou 5 (cinco) meses alternados, dentro do prazo de 12 (doze) meses;
 - quando o beneficiário titular e/ou dependente deixar de atender aos requisitos de elegibilidade estabelecidos neste Manual;
 - quando os dados cadastrais do beneficiário estiverem desatualizados, até a data da efetiva regularização;
 - para o(s) dependente (s), depois de transcorrido o prazo citado no item 5.2.2 deste Capítulo.
- 5.1.2 A perda da condição de beneficiário será em caráter definitivo quando motivada pela extinção do contrato de trabalho ou nos casos citados neste Capítulo e em caráter temporário durante o período de suspensão do contrato de trabalho, observadas situações específicas previstas no Capítulo 12 deste Manual.

5.2 Falecimento do Beneficiário Titular

- 5.2.1 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.
- 5.2.2 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 5.1.1.

- 5.2.3 Transcorrido o período definido no subitem 5.2.2 o(s) dependente(s) perderá(ão) a condição de beneficiário(s).

5.3 Desligamento de Beneficiário do Plano

- 5.3.1 A Área de Administração de Recursos Humanos dos Correios informará, de imediato, à Postal Saúde sobre empregados desligados do quadro de pessoal do Instituto.

CAPÍTULO 6 - SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

- 6.1. Suspensão de contrato de trabalho por motivo de prisão do beneficiário titular: os dependentes permanecem com direito ao CorreiosSaúde e as despesas terão a coparticipação a ser descontada por meio de cobrança bancária.
- 6.2. 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 médicas terão a coparticipação a ser descontada por meio de cobrança bancária.
- 6.3. Suspensão de contrato de trabalho por motivo de licença saúde/afastamento INSS: o beneficiário titular e seus dependentes permanecem com direito ao CorreiosSaúde e as despesas terão a coparticipação calculada 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 7 - DAS COBERTURAS

- 7.1 O Plano tem cobertura de procedimentos com base em tabela única de cobertura estabelecida pelos Correios, 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 na Central do Beneficiário no site da Postal Saúde e também estão descritas no manual de regulação da ANS.
- 7.2 A mesma cobertura é oferecida tanto para os beneficiários dependentes dos Correios quanto para os beneficiários do Postalis.

7.3 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.

7.4 Condições de Atendimento do Plano

7.4.1 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 Manual e nos normativos da Postal Saúde.

7.4.2 Para os procedimentos que requeiram avaliação e autorização, deverão ser aplicados os parâmetros estabelecidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde – Procedimentos Extra Rol definidos para o Plano.

7.5 Coberturas de Consultas, Tratamentos, Exames e Diagnósticos

7.5.1 Tratamento Ambulatorial.

7.5.2 Consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

7.5.3 Tratamento com nutricionista.

7.5.4 Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD.

7.5.5 Avaliação e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com as regras estabelecidas neste Manual e baseadas nas diretrizes da ANS.

7.5.6 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

7.5.7 Reeducação postural global e hidroterapia.

7.5.8 Hemoterapia ambulatorial.

7.5.9 Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde – Procedimentos Extra Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

7.5.10 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 aos parâmetros estabelecidos nas Diretrizes de Regulação.

7.6 Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde – Procedimentos Extra-rol.

7.6.1 Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias quando especificados na lista de cobertura do Plano.

7.6.2 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo:

7.6.3 Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar; e

7.6.4 Exames especializados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, desde que solicitados pelo médico assistente e liberados pelo médico da Postal Saúde, quando for o caso.

7.6.5 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.

7.6.5.1.1 Define-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

7.6.6 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.

7.6.7 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;

7.6.8 Nutrição parenteral ou enteral.

7.6.9 Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente época do evento.

7.6.10 Radiologia intervencionista.

7.7 Cobertura de Procedimentos Hospitalares

- 7.7.1 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.
- 7.7.2 Internação em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em Enfermarias, Apartamentos, 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 CorreiosSaúde, 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.
- 7.7.3 Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas neste documento, assim como vasectomia e laqueadura tubária, observadas às condições estabelecidas neste Manual.
- 7.7.4 Cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, sequelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e malformações congênitas, com autorização prévia de dois médicos da Postal Saúde.
- 7.7.5 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.

7.7.6 Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelos CorreiosSaúde, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

7.7.7 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.

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

7.7.9 Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos e descritas nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde – Procedimentos Extra Rol.

7.7.10 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.

7.8 Cobertura a Saúde Mental

7.8.1 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) A psicoterapia de crise será coberta para o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e

autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, nos serviços capacitados para esse tipo de assistência;

- b) haverá cobertura de psicoterapia somente se prestado por psicólogo ou psiquiatra;
- c) a liberação do atendimento relativo aos procedimentos inerentes ao apoio psicológico estará condicionada à apresentação de relatório do médico assistente, justificando o diagnóstico e a conduta adotada, comprovando estar o caso relacionado às condições previstas para Psicoterapia de crise.

7.8.2 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) os primeiros 30 (trinta) dias de internação, a cada ano, se dará sem qualquer compartilhamento nas despesas, por parte do beneficiário. Após este período, o compartilhamento nas despesas será calculado dentro dos percentuais e limites estabelecidos como regra geral;
- b) 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;
- c) o beneficiário, além da cobertura nas alíneas “a” e “b” precedentes, poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia, conforme diretrizes da ANS.

7.8.3 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).

7.9 Cobertura ao Apoio Psicológico

7.9.1 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.

7.9.2 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.

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

7.9.4 Ao término do tratamento o profissional assistente deverá apresentar relatório sobre a evolução do tratamento e, no caso de necessidade de continuação, justificativa para avaliação e autorização pela Central de Regulação da Postal Saúde. A prorrogação não poderá ultrapassar ao prazo máximo de 6 (seis) meses, não ultrapassando o total de

52 atendimentos.

CAPÍTULO 8 - TRANSPLANTES

- 8.1. Pedidos de transplante de rim, de córnea e de outros órgãos deverão ser encaminhados à Unidade de atendimento da Postal Saúde da localidade do empregado, com toda a documentação do Sistema Único de Saúde - SUS, para análise e parecer.
- 8.2. 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 CorreiosSaúde, 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;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
- 8.3. 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.
- 8.4. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.
- 8.5. Caso a Postal Saúde não disponha de entidades credenciadas especializadas na realização de transplantes, o procedimento deverá ser realizado em outra Regional que disponha desse recurso (nestes casos deverão ser seguidas as normas do Tratamento Fora do Domicílio - TFD).
- 8.6. Não serão cobertas despesas de doadores (empregados do Postalis ou dependentes do Plano) que não sejam para os beneficiários cadastrados.
- 8.7. Não será coberto o fornecimento de medicação de manutenção aos pacientes submetidos a transplantes.

CAPÍTULO 9 - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- 9.1. Os procedimentos indicados na Guia de Tratamento Odontológico necessitam de autorização prévia e devem ser submetidos à perícia inicial e final, conforme regras descritas neste Manual.
- 9.2. 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.
- 9.3. 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) 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.

9.4. Livre Escolha do Atendimento Odontológico

- 9.4.1. Permite ao Beneficiário o reembolso de despesas com tratamento odontológico descritos na tabela odontológica, feito em instituições não credenciadas (dentistas ou clínicas particulares), conforme regras estabelecidas no Manual do Credenciado da Postal Saúde e Regulação da ANS e tabela de parâmetros de liberação.

CAPÍTULO 10 - SERVIÇOS EXCLUÍDOS DO PLANO CORREIOSAÚDE

- 10.1 São excluídos da cobertura da assistência médico-hospitalar:
 - 10.1.1. 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;
 - 10.1.2. tratamento fonoaudiológico, exceto nas situações definidas pela ANS;
 - 10.1.3. exames e tratamentos relativos à medicina ortomolecular;
 - 10.1.4. mamoplastia redutora estética;
 - 10.1.5. cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
 - 10.1.6. procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização "in vitro", e/ou reprodução assistida, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;
 - 10.1.7. recanalização tubária e tratamento para infertilidade/esterilidade;
 - 10.1.8. exame de paternidade;
 - 10.1.9. controle de natalidade contrário à ética médica;
 - 10.1.10 tratamento de apoio psicológico, exceto nos casos previstos no item 13 deste Manual e

nos casos definidos pela ANS;

- 10.1.11 consulta ou atendimento domiciliar, exceto no caso de Home Care autorizado pelo médico da Postal Saúde;
- 10.1.12 aparelhos ortopédicos e órteses em geral (ex.: aparelho para surdez, óculos, lentes de contato, odontológico e outros), salvo situações constantes no Acordo Coletivo de Trabalho Vigente;
- 10.1.13 fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou ao ato odontológico;
- 10.1.14 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;
- 10.1.15 fornecimento de vacinas de qualquer natureza, exceto nas campanhas desenvolvidas pela Postal Saúde;
- 10.1.16 internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;
- 10.1.17 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);
- 10.1.18 quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação médica;
- 10.1.19 tratamentos clínicos e cirúrgicos para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento;
- 10.1.20 diárias hospitalares e despesas com acompanhante, exceto nos casos constantes neste Manual;
- 10.1.21 exames e procedimentos não previstos nas tabelas utilizadas pelo Plano, exceto os casos excepcionais previamente analisados e autorizados pela Postal Saúde;
- 10.1.22 exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
- 10.1.23 dermolipectomia ou qualquer outra cirurgia para tratamento estético;
- 10.1.24 cirurgias reparadoras conseqüentes do uso de antiretrovirais;
- 10.1.25 enfermagem particular, em residência ou não, mesmo em caráter de emergência ou em caso que requeira cuidados especiais;
- 10.1.26 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;

- 10.1.27 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;
- 10.1.28 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;
- 10.1.29 despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras e outras;
- 10.1.30 tratamentos de varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia) e/ou aplicação a laser;
- 10.1.31 confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como: colchões, cadeiras e outros;
- 10.1.32 remoção domicílio-hospital e vice-versa, salvo exceção conforme Capítulo 18;
- 10.1.33 todas as despesas decorrentes de doação de órgão para paciente que não seja beneficiário do CorreiosSaúde.

CAPÍTULO 11 - TIPOS DE ACOMODAÇÃO

- 11.1. 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.
- 11.2. Acomodação Individual – poderá ser utilizado a acomodação individual nos seguintes casos:

11.3. Opção do Beneficiário

- 11.3.1. Internação Clínica em apartamento simples: o beneficiário titular poderá optar por acomodação individual, para si ou para seu dependente, mediante a assinatura do Termo de Opção e compartilhamento conforme disposto neste Manual;
- 11.3.2. Internação Clínica em acomodação superior: Caso o beneficiário titular opte por acomodação superior ao apartamento simples, será de sua inteira responsabilidade, junto ao credenciado, toda e qualquer despesa excedente à acomodação coletiva, que ocorra em função dessa opção.

11.3.3. Internação Cirúrgica: caso o beneficiário titular, em internações cirúrgicas, opte por acomodação diferente daquela oferecida pelo Plano (enfermaria com dois ou mais leitos), o mesmo deverá negociar e pagar diretamente ao credenciado a diferença entre o valor do credenciamento e o valor particular cobrado pelo credenciado, sem interferência ou anuência do Correios ou da Postal Saúde.

11.4. Por indicação médica

11.4.1. 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.

11.4.2. 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.

11.4.3. Quando autorizada a internação em apartamento, por indicação médica, o titular arcará com a coparticipação das despesas, considerando-se o padrão enfermaria.

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

CAPÍTULO 12 - HOME CARE

12.1. Caracteriza-se como Home Care a assistência médica domiciliar do paciente.

12.2. O Home Care deverá ser prestado por entidades especializadas credenciadas pela Postal Saúde.

12.3. 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;

12.4. 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 neste Manual e nas Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde – Procedimentos Extra Rol.

CAPÍTULO 13 - EXCEPCIONALIDADES

- 13.1. Os casos não previstos neste Capítulo, 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.
- 13.2. Outras exceções previstas no Acordo Coletivo de Trabalho vigente ou acordadas na Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP).
- 13.3. 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 14 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO

- 14.1. Nas internações obstétricas com cobertura pela Empresa, é assegurada durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, assistência médico-hospitalar ao recém-nascido:
- a) filho natural ou adotivo de beneficiário titular.
- 14.2. Todos os atendimentos obedecerão às regras de compartilhamento descritas neste Manual;
- 14.3. 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.
- 14.4. 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 15 - SISTEMA DE ATENDIMENTO

- 15.1. Os serviços médicos e odontológicos a serem oferecidos pela Postal Saúde aos beneficiários possuem cobertura em todo o território nacional nas Unidades de Atendimento e na rede credenciada de prestadores de serviços de saúde.
- 15.2. Os empregados que prestarem serviços nas Centrais dos Correios, e que estiverem lotados na Administração Central, deverão receber atendimento nas localidades onde estiverem lotados.

15.3 Livre Escolha

- 15.3.1. Consiste na utilização de serviços cobertos pelo CorreiosSaúde, 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 neste Manual.

CAPÍTULO 16 - TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO (TFD)

- 16.1. 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.
- 16.2. 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.
- 16.3. Não será admitido o encaminhamento de beneficiário para tratamento em outra localidade, bem como a cobertura de despesas de locomoção, alimentação e hospedagem de titulares e dependentes quando a Rede Credenciada local dispuser de profissionais credenciados na especialidade pretendida.
- 16.4. O Beneficiário somente poderá dirigir-se ao local para tratamento após a autorização prévia da Postal Saúde.

- 16.5. Não poderá ser aceito como fundamentação para encaminhamento de beneficiário para tratamento eletivo em outra localidade a alegação de que os profissionais credenciados não inspiram segurança ou confiança no paciente.
- 16.6. 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.
- 16.7. A Postal Saúde dará cobertura somente a um acompanhante por paciente.
- 16.8. A escolha de acompanhante caberá ao próprio beneficiário ou, no seu impedimento, à sua família ou responsável legal.
- 16.9. Se o acompanhante for empregado dos Correios, seu afastamento será autorizado e, nesse caso, o 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.
- 16.10. 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.
- 16.11. As despesas decorrentes da realização dos serviços serão pagas pela Postal Saúde e compartilhadas pelo empregado, conforme normas de coparticipação.
- 16.12. 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.
- 16.13. Quando do encaminhamento de pacientes à outra Unidade Regional, a Unidade Regional de origem da Postal Saúde deverá, com a devida antecedência, informar à Unidade da Postal Saúde de destino os dados relativos ao deslocamento, bem como os dados relativos ao tratamento médico solicitado.
- 16.14. As Unidades de Saúde da Postal envolvidas são responsáveis acompanhamento do paciente, adotando as providências para marcação de consultas, exames ou internação, bem como cobertura das despesas relativas ao TFD para si e o seu acompanhante quando devidamente autorizado pela Postal Saúde.
- 16.15. 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.

- 16.16. 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.
- 16.17. É proibido o encaminhamento de paciente diretamente para entidade credenciada de outra Unidade Regional, 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.
- 16.18. Ocorrendo o previsto no item anterior, a Postal Saúde providenciará imediatamente o processo de TFD.
- 16.19. Todo beneficiário autorizado a fazer tratamento custeado pelo Plano em outra localidade deverá, obrigatoriamente, retornar com uma cópia do prontuário, 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.
- 16.20. As informações deverão ser tratadas de forma sigilosa pela Postal Saúde da Regional de origem e de destino, a qual ficará responsável pela inserção dos dados clínicos no sistema informatizado e também procederá ao arquivo do prontuário do paciente;
- 16.21. Quando forem solicitadas novas autorizações de deslocamento do paciente enquadrado neste item, deverá ser encaminhado cópia das informações do tratamento, trazidas, como solicitação de acompanhamento ou período de retorno do Paciente, sem as quais não será autorizado o novo deslocamento.

16.22. **Beneficiário em Trânsito por conta própria**

- 16.22.1. É admitido o atendimento do beneficiário em trânsito em qualquer localidade de âmbito nacional, independente da lotação do empregado na Administração Central ou nas Diretorias Regionais. É considerado como “trânsito”, qualquer motivo que leve o beneficiário a se encontrar em outra localidade, exceto o previsto no item 23.3 – Trânsito por Iniciativa da Empresa.
- 16.22.2. 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.
- 16.22.3. A Postal Saúde onde se encontra o beneficiário pagará apenas as despesas relativas

ao tratamento da patologia, de acordo com as autorizações emitidas. Não será paga nem na origem e nem no destino, para o beneficiário, despesas com hospedagem táxi, alimentação, outras despesas e transporte de retorno, considerando que a iniciativa do deslocamento para outra localidade foi do próprio beneficiário, sem nenhuma participação dos Correios ou da Postal Saúde.

- 16.22.4. Quando se tratar de internações cirúrgicas eletivas ou não, a utilização do Plano estará condicionada à prévia autorização da Postal Saúde.
- 16.22.5. O beneficiário que vir a ser vítima de acidente na jurisdição de outra Regional, deverá receber por parte da Postal Saúde, todo o atendimento dispensável aos beneficiários do plano CorreiosSaúde, observando as normas previstas de utilização/liberação.
- 16.22.6. Ocorrendo o previsto no item 23.2.5 os Correios e a Postal Saúde não arcarão com os gastos de remoção por solicitação do familiar para o Estado de origem do beneficiário ou do titular, salvo na hipótese de não haver condições de tratamento na localidade ou na própria Regional.
- 16.22.7. 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 os Correios arcar apenas com os gastos das despesas médicas ou odontológicas.
- 16.22.8. Neste caso, as despesas de hospedagens e locomoção com os acompanhantes do beneficiário vítima de acidente, ainda que sejam também beneficiários do CorreiosSaúde, não são de responsabilidade dos Correios ou da Postal Saúde.

16.23. **Trânsito por Iniciativa da Postal Saúde**

- 16.23.1. Nas situações em que o trânsito se deu por convocação ou encaminhamento da Postal Saúde, serão assegurados a remoção e custeio de passagens e hospedagens do paciente e do seu acompanhante, quando necessário.
- 16.23.2. Na ocorrência de óbito do Beneficiário em trânsito por iniciativa da Postal Saúde 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, a Postal Saúde não arcará com os gastos da urna funerária e outras despesas afins.

16.24. **Beneficiário residente em outro Estado**

- 16.24.1. 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

Manual;

16.24.2. 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.

16.25. **Beneficiário Residente em Localidade próxima de Outra Regional**

16.25.1. Os beneficiários que residem em localidade cujo deslocamento fica mais próximo de uma localidade pertencente à outra Regional poderão ser direcionados à rede credenciada dessa Regional 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 diretoria.

16.25.2. Excetuam-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.

16.26. **Cobertura dos Atendimentos em Outras localidades**

16.26.1. 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; e
- f) Despesas médico-hospitalar e odontológicas relativas ao tratamento do paciente, seja na rede credenciada ou livre escolha, eletivo ou urgência.

CAPÍTULO 17 - TRANSPORTE

- 17.1. 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 24.1.2, alíneas “a”, “b”, “c” e “d” é obrigatória a autorização prévia da Postal Saúde.
- 17.2. 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.
- 17.3. 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;
 - c) quando se tratar de paciente a ser transferido de uma localidade para outra, unicamente nos casos descritos neste Manual, 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; e
 - d) remoção ou transporte previsto em Acordo Coletivo de Trabalho, para o hospital ou clínica mais próximo do local de trabalho.

CAPÍTULO 18 - ATENDIMENTO POR ENTIDADE OU PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADOS

- 18.1. Quando não houver alternativa de atendimento na Rede Credenciada, a prestação da assistência por intermédio da contratação de serviços específicos poderá ser autorizada pela da Postal Saúde.
- 18.2. 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.

- 18.3. Nos casos de emergência compete ao médico da Postal Saúde, autorizar a imediata prestação dos serviços por entidade não credenciada.
- 18.4. A remuneração dos serviços prestados, indicados nesta norma, 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 Manual.

CAPÍTULO 19 - SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO

- 19.1 O percentual de coparticipação do titular será aplicado sobre o total das despesas mensais realizadas pelos titulares ou dependentes, cobradas pelos prestadores de serviços naquele mês, respeitado o teto limite de desconto.
- a) As despesas com os titulares aposentados por invalidez, bem como de seus dependentes, ocorridas durante período de afastamento, terão coparticipação das despesas contraídas a partir de 01/01/2006.
- 19.2 A coparticipação do titular nas despesas será calculada conforme a seguir:
- a) para despesa relativa à consulta, exames, procedimentos, tratamento ambulatorial, internação em acomodação coletiva e/ou UTI, Internação Domiciliar, TFD, demais procedimentos descritos no rol de cobertura do Plano CorreiosSaúde e tratamento odontológico, com exceção da prótese odontológica.

Tabela 1 - Percentual de coparticipação do titular atendimentos médicos

Percentual de coparticipação	Referência salarial	Teto Limite para desconto pelos Empregados	Teto Limite para desconto pelos aposentados, aposentados por invalidez e anistiados
10%	NM01 a NM16	2 vezes o salário-base	3 vezes o salário-base
15%	NM17 a NM48		
20%	NM49 a NM90		
20%	NS01 a NS60		

Fonte: Ofício Nº 18750122/2020 - GAPRE-PRESI

- b) para despesa relativa à prótese odontológica e opção do beneficiário por apartamento (quando permitida):

Tabela 2 - Percentual de coparticipação do titular prótese odontológica e opção de apartamento

Percentual de coparticipação	Referência Salarial	Teto Limite para desconto de todos os Titulares
20%	NM 01 a NM 16	4 (quatro) vezes o Salário Base
30%	NM 17 a NM 48	
50%	NM 49 a NM 90	
50%	NS 01 a NS 60	

Fonte: Ofício Nº 18750122/2020 - GAPRE-PRESI

- 19.3 Para os empregados ativos, a coparticipação é estabelecida com base nas referências salariais, conforme os quadros listados nas alíneas "a" e "b" do subitem anterior.
- 19.4 Para os aposentados e aposentados por invalidez, a coparticipação é estabelecida por meio do enquadramento do somatório do valor bruto percebido do INSS e do Postalís. O percentual aplicado será o mesmo da Referência Salarial correspondente ao somatório citado.
- 19.5 Para os anistiados, a coparticipação é estabelecida 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.
- 19.6 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.
- 19.7 Quando o somatório (valor apurado) for maior que o valor do último nível de referência salarial e menor que o primeiro nível da referência seguinte, será considerado o enquadramento na referência salarial superior.

CAPÍTULO 20 - TETO LIMITE DE DESCONTO

- 20.1. A coparticipação é calculada sobre o somatório das despesas apresentadas no mês, considerando o teto limite de desconto.
- 20.2. Caso o valor correspondente às despesas seja superior ao teto limite, o percentual de coparticipação será aplicado sobre o teto limite de despesas, obedecendo:
- para empregados ativos: a Referência Salarial;
 - para aposentados e aposentados por invalidez: o somatório dos valores do INSS + suplementação do Postalís;
 - para anistiados políticos: o valor da indenização percebida pelo Ministério da

Justiça; e

- d) no caso de desconto integral de despesas não serão obedecidas às regras do teto limite de despesas.

CAPÍTULO 21 - MARGEM CONSIGNÁVEL

- 21.1. As parcelas não poderão ser superiores à margem consignável para despesa com Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, exceto para aposentados, aposentados por invalidez e anistiados.
- 21.2. Nos casos de inadimplência, a margem consignável não será respeitada, será cobrado o valor acumulado das despesas

CAPÍTULO 22 - RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÚBLICA - SUS

- 22.1. Todas as despesas decorrentes da utilização na Rede Pública, integrantes do SUS, cobradas do CorreiosSaúde, serão ressarcidas integralmente à ANS, em conformidade com o que preceitua o Art. 32 da Lei nº 9.656/98.
- 22.2. Serão objetos de ressarcimento, os atendimentos prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS aos titulares e dependentes do CorreiosSaúde, abrangendo:
- a) atendimentos realizados por unidades públicas de saúde e
 - b) atendimentos de urgência/emergência realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS.
- 22.3. As condições para operacionalização do ressarcimento ao SUS são as estabelecidas pelo Ministério da Saúde e administradas pelos gestores locais do SUS, obedecida a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e demais normas regulamentadoras.

CAPÍTULO 23 - APLICABILIDADE

- 23.1. As regras básicas do presente Manual aplicam-se apenas aos dependentes pai e/ou mãe em cumprimento à Sentença Normativa proferida pela Seção Especializada em Dissídios Coletivos do Tribunal Superior do Trabalho, constante do Processo Nº DC – 1000295-05.2017.5.00.0000.

CAPÍTULO 24 - DAS RESPONSABILIDADES

- 24.1. É de responsabilidade de todos os empregados da Postal Saúde conhecer, ter acesso, entender e cumprir as regras dispostas neste Manual, bem como nos demais normativos, no Estatuto Social, nos Regimentos Internos dos órgãos de governança e no Código de Ética e Norma de Conduta da Postal Saúde.

CAPÍTULO 25 - DOS DOCUMENTOS ASSOCIADOS**DOS DOCUMENTOS INTERNOS**

- MAN 001 - Manual de Documentação;
- MAN 004 - Manual do Credenciado – Rede Odontológica; e
- MAN 006 - Manual do Credenciado – Assistência Médico – Hospitalar.

CAPÍTULO 26 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- Acórdão Dissídio Coletivo 2020/2021 - PROCESSO Nº TST-DCG-1001203-57.2020.5.00.0000

CAPÍTULO 27 - DO CONTROLE DAS REVISÕES

REVISÃO Nº	VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA REVISÃO	RESPONSÁVEL
001	01	17/02/2021	RES/DIREX 02/235 - Manual do Beneficiário do Plano CorreiosSaúde - VOTO DIREL 004/2021 A Diretoria-Executiva apreciou o VOTO DIREL 0004/2021, de 25 de janeiro de 2021, e, após apresentação do Sr. Oscar Henrique Gault Vianna de Lima, Diretor de Planos de Saúde e Relacionamento com os Clientes, em conjunto com a Sra. Liliane Dutra Leonel, Gerente de Planos de Saúde, por unanimidade, decidiu: a) aprovar a criação do Manual do Beneficiário do Plano CorreiosSaúde, nos	Karina Hoffmann Cristina

			<p>termos do PTA GEPLA 003/2020, considerando que não foi identificada a aprovação anterior, pela DIREX, do Manual do Beneficiário do Plano CorreiosSaúde disponibilizado no site da Postal Saúde; b) aprovar que a vigência do Manual do Beneficiário do Plano CorreiosSaúde seja a data de sua aprovação pela Diretoria-Executiva. Registra-se que as informações e procedimentos contidos no Manual disponibilizado no site da Postal Saúde foram baseados no Manual de Pessoal dos Correios (MANPES), tendo em vista que o Plano CorreiosSaúde não é regulamentado, prevalecendo as regras do MANPES, Acordos Coletivos e decisões judiciais para este plano.</p> <p>Vigência a partir de 28/01/2021</p>	
--	--	--	--	--



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaude.com.br