

Renovação de beneficiários dependentes universitários (entre 21 e 24 anos)

Prezados(as) beneficiários(as)

Diante da proximidade do encerramento do primeiro semestre do ano de 2022, solicitamos a apresentação da documentação comprobatória prevista no Regulamento do plano para dependentes universitários (entre 21 e 24 anos), relacionada à matrícula no semestre 02/2022.

A apresentação da documentação e matrícula no ensino superior referente ao 2º semestre letivo de 2022 deverá ser encaminhada até o dia **15 de agosto de 2022**, cumprindo-se assim, as exigências de elegibilidade previstas no regulamento do plano CorreiosSaúde II.

O cadastro daqueles dependentes que apresentaram a matrícula no semestre 01/2022, tem validade até o dia **31/08/2022**. Sendo assim, para que não ocorra a interrupção do benefício, solicitamos o envio da documentação o quanto antes.

Segue abaixo a relação de documentos de seu(s) dependente(s) para a devida renovação:

- **FOP 276** – [Termo de Renovação de Dependentes Filho\(a\)/Enteado\(a\) Maior Inválido, Filho\(a\)/Enteado\(a\) Universitário Maior de 21 Anos e Menor de 24 Anos de Idade do Plano CorreiosSaúde II](#) (anexo e disponível também no site da operadora);
- **Declaração de matrícula no início do semestre** (semestre 02º/2022)

Observação: Não são aceitos comprovantes de pagamento, nem contratos de prestação de serviços em substituição à declaração de matrícula escolar.

A apresentação da documentação acima é de caráter obrigatório e a ausência de qualquer um dos documentos acarretará a condição de dependente não renovado, sendo seu cadastro cancelado ao término da campanha em (31/08/2022).

A documentação deverá ser encaminhada até o dia 15/08/2022, impreterivelmente.

Cursos técnicos, profissionalizantes e/ou de especialização não configuram como ensino superior de 3º grau.

Caso seu dependente tenha completado 21 anos de idade e esteja bloqueado ou cancelado por atingir a idade limite, é necessário o envio da documentação completa prevista no Regulamento para que ele passe a ocupar a condição de universitário no plano:

- **FOP 276** – [Termo de Renovação de Dependentes Filho\(a\)/Enteado\(a\) Maior Inválido, Filho\(a\)/Enteado\(a\) Universitário Maior de 21 Anos e Menor de 24 Anos de Idade do Plano CorreiosSaúde II](#) (anexo e disponível também no site da operadora);
- **Declaração de matrícula** no início do semestre (semestre 02º/2022);
- **RG;**
- **CPF.**

Canais disponíveis para envio:

- E-mail: universitarios@postalsaude.com.br;
- Caixa Postal 9555, CEP: 70.040-976 / Brasília-DF, ou
- Entregar pessoalmente na Filial da Postal Saúde mais próxima de sua localidade.

O prazo de validade dos cadastros dos dependentes, renovados no semestre 01/2022, está vigente até 31/08/2022, podendo ser prorrogado em caso de necessidade ou a depender do volume de documentos recepcionados até 15/08/2022, prazo final para envio da documentação.

Lembramos que a falta de manifestação do(a) beneficiário(a) no período acima mencionado acarretará o cancelamento do benefício, até as devidas comprovações, e o dependente estará sujeito ao cumprimento de novos prazos de carências.

Observações:

1 - A prorrogação destes cadastros, caso ocorra, acarretará a cobrança de mensalidade de acordo com o período prorrogado e cobrança por utilização do benefício neste período.

Caso o beneficiário titular não concorde com a prorrogação do cadastro, deverá entrar em contato em um dos canais abaixo e solicitar o cancelamento do dependente no plano de saúde:

- **Central de Atendimento:** 0800 888 8116;
- **E-mail:** exclusao@postalsaude.com.br;
- **Presencialmente** na **Filial da Postal Saúde** em seu Estado.

2 - Em caso de conclusão do curso superior é obrigação do titular comunicar à Operadora para que o benefício possa ser encerrado, sob pena de haver cobrança caso seja comprovada a utilização indevida do plano de saúde.

3 - Para os cursos em que o semestre letivo 01/2022 se findará após o prazo de envio da documentação, o titular deverá encaminhar o calendário escolar.

4 - Não serão aceitos formulários não assinados pelo titular do plano.

5 - O envio da documentação incompleta impossibilitará a renovação do cadastro, resultando no cancelamento do plano caso a documentação completa não seja encaminhada dentro do prazo estabelecido.

Portanto, aguardamos a apresentação da documentação no prazo estabelecido até o dia **15 de agosto de 2022**.

Contamos com sua colaboração.

Atenciosamente,

Postal Saúde
ANS - nº 41913-3

Portal da Postal Saúde: www.postalsaude.com.br
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116
Central de Atendimento para
Deficientes Auditivos: 0800 888 8117

Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios - CNPJ: 18.275.071/001-62
SBN, Quadra 1, Bloco F, Ed. Palácio da Agricultura, 5º e 6º andares
Asa Norte - Brasília/DF - CEP: 70040-908

NUP: 028605/2022
CBE PRESI - COMEC - 002/2022 | 3

**FOP 276.03 - TERMO DE RENOVAÇÃO DE DEPENDENTES FILHO(A)/ENTEADO(A) MAIOR INVÁLIDO,
 FILHO(A)/ENTEADO(A) UNIVERSITÁRIO MAIOR DE 21 ANOS E MENOR DE 24 ANOS DE IDADE DO PLANO
 CORREIOSSAÚDE II**

BENEFICIÁRIO TITULAR

Matrícula Funcional:		Data de Admissão: / /			
Nome Civil (Completo e sem abreviação):					
Nome Social:					
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	UF:	Data de Expedição: / /	
Sexo Biológico: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Sem informação			Data de Nascimento: / /		
Identidade de Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Sem Informação					
Nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS):					
Endereço (Completo sem abreviação):			Número/ Complemento:		
Bairro:		Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone:	<input type="checkbox"/> Residencial: ()	<input type="checkbox"/> Comercial: ()	<input type="checkbox"/> Celular: ()		
E-mail:					
Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):					
Nome do Pai (Completo e sem abreviação):					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)					

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Nome Civil (Completo e sem abreviação):					
Nome Social:					
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	UF:	Data de Expedição: / /	
Sexo Biológico: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Sem informação			Data de Nascimento: / /	Nascimento (Município/UF): /	
Identidade de Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Sem Informação					
Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):					
Nome do Pai (Completo e sem abreviação):					
Endereço (Completo sem abreviação):			Número/ Complemento:		
Bairro:		Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone:	<input type="checkbox"/> Residencial: ()	<input type="checkbox"/> Comercial: ()	<input type="checkbox"/> Celular: ()		
E-mail:					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)					

TIPO DE DEPENDENTE PARA RENOVAÇÃO

- Filho(a)/ enteado(a) maior inválido, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação, conforme Manual do Beneficiário - Plano CorreiosSaúde II (MOP 029).
- Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando 3º grau, conforme Manual do Beneficiário - Plano CorreiosSaúde II (MOP 029).

TERMOS E CONDIÇÕES

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais que:

- I. Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação, utilização indevida do Plano de Saúde CorreiosSaúde II e uso indevido do cartão do beneficiário.
 - II. O início da vigência do plano de saúde se dará somente após análise da elegibilidade e da documentação apresentada.
 - III. Estou ciente de que, para a utilização do plano, por parte do dependente, deverá ser observado o período de carência conforme disposto no Manual do Beneficiário – Plano CorreiosSaúde II (MOP 029).
 - IV. Estou ciente de que a rede credenciada está disponível no portal da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br).
 - V. Autorizo a Postal Saúde recolher os valores oriundos de mensalidade e coparticipação através de desconto na folha de pagamento, caso seja empregado ativo ou através de boleto bancário caso seja aposentado.
 - VI. Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Postal Saúde responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto.
 - VII. Autorizo a Postal Saúde a utilizar os dados pessoais constantes neste formulário, referente à minha participação no plano de saúde, conforme preconiza a Lei nº 13.709/2018 - LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).
 - VIII. Li e concordo com as regras que regem o Plano CorreiosSaúde II.
- Sim, gostaria de receber de forma gratuita, por meio dos canais de comunicação (SMS, E-mail e/ou outros), informações e novidades sobre os serviços prestados pela Postal Saúde.**
- Não gostaria de receber de forma gratuita, por meio dos canais de comunicação (SMS, E-mail e/ou outros), informações e novidades sobre os serviços prestados pela Postal Saúde.**

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Local:

Data: / /

Assinatura do Titular Responsável**ASSINATURA DA POSTAL SAÚDE**

Local:

Data: / /

Assinatura e matrícula do empregado da Postal Saúde**HOMOLOGAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE CADASTRO (GEPLA/COCAD)**

Local:

Data: / /

Assinatura e Carimbo da Postal Saúde

ANS - nº 41913-3

Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116
Central de Atendimento para DEFICIENTES
AUDITIVOS: 0800 888 8117