

Postal Saúde inicia renovação cadastral dos dependentes universitários Semestre 02/2022

Prezados(as) beneficiários(as),

A Postal Saúde convoca os estudantes universitários, dependentes do plano de saúde, para a renovação cadastral referente à matrícula do segundo semestre de 2022. A documentação comprobatória da matrícula deve ser enviada até **15 de agosto**. Com isso, os cadastrados serão válidos até 28 de fevereiro de 2023.

Seguem os documentos exigidos:

- **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 serão aceitos comprovantes de pagamento nem contratos de prestação de serviços em substituição à declaração de matrícula escolar.

Atenção, estudantes! Leiam com cuidado as orientações a seguir:

É importante frisar que, em caso de necessidade, a Operadora poderá prorrogar os cadastros, sendo que esta medida incidirá na cobrança de mensalidade durante o período em que os dependentes permanecerem ativos no plano.

Observação: Caso não concordem com a prorrogação do cadastro, e para evitar que a cobrança seja realizada, os titulares deverão solicitar o cancelamento do plano de saúde de seu dependente, pelos seguintes meios:

- **E-mail:** exclusao@postalsaude.com.br (é necessário enviar o Termo de Exclusão disponível no site da Operadora – [FOP 275](#)).

- **Presencialmente**, na filial da Postal Saúde de sua localidade.

É importante salientar que, conforme Regulamento do plano, cabe ao beneficiário titular informar imediatamente o encerramento e/ou interrupção dos estudos por parte dos seus dependentes filhos e enteados, pois a elegibilidade depende desta condição.

Dependentes filhos e enteados com 21 anos

Lembramos também que os dependentes filhos e enteados que completaram 21 anos devem comprovar que estão cursando ensino superior para garantir a permanência no plano de saúde e, portanto, estender o direito à assistência médica e odontológica. Caso contrário, o plano de saúde será cancelado na data em que for completada a idade de 21 anos.

Nessa situação, toda a documentação prevista no Regulamento do plano deverá ser apresentada obrigatoriamente por completo.

Os canais para envio da documentação para a renovação cadastral são:

- E-mail: universitarios@postalsaude.com.br
- **Filial da Postal Saúde de sua localidade** - Entrega pessoalmente na unidade.

Dependentes filhos e enteados universitários com 23 anos

Lembramos que os dependentes que possuem 23 anos e que irão completar 24 anos no decorrer do segundo semestre de 2022 terão seus cadastros com validade até o dia de seu aniversário, conforme preconiza o Regulamento do plano.

Observação: Após **31 de agosto de 2022**, aqueles que não apresentaram a documentação comprobatória serão definitivamente excluídos do plano, e o retorno só poderá ocorrer mediante novo pedido de inclusão, que estará sujeito ao cumprimento de carências.

Em caso de dúvidas, estamos à disposição por meio da **Central de Atendimento ao Beneficiário (0800 888 8116)**. O serviço funciona 24h por dia, todos os dias da semana, inclusive aos sábados e feriados.

Postal Saúde. Sua vida, nossa existência

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

Postal Saúde - Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios - CNPJ: 18.275.071/0001-62
Setor Hoteleiro Sul (SHS) - Quadra 02, Bloco B - Edifício Telex
Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70312-970

NUP: 046346/2022
CBE PRESI - COMEC - 003/2022 | 2

**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**ASSINATURA DA POSTAL SAÚDE**

Local:

Data: / /

Assinatura do Titular Responsável

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