

## Postal Saúde inicia renovação de dependentes universitários - 1º semestre de 2023

Prezados(as) beneficiários(as),

Comunicamos que os dependentes universitários (entre 21 e 24 anos) devem apresentar a documentação comprobatória de matrícula no ensino superior, referente ao **1º semestre de 2023**, até o dia **15 de fevereiro de 2023**, conforme prevê o Regulamento do plano CorreiosSaúde II.

Lembramos que a validade do cadastro dos dependentes matriculados no 2º semestre de 2022 vai até 28/02/2023. Portanto, para que não ocorra a interrupção do benefício, solicitamos que a nova documentação seja enviada o quanto antes à Postal Saúde.

### Documentação comprobatória

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](#) (disponível também no site [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br));
- Declaração de matrícula no início do 1º semestre (semestre 01/2023)

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

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

### Atenção ao prazo de envio da documentação

A apresentação da documentação acima é de caráter obrigatório e a ausência de qualquer um dos documentos acarretará a condição de “dependente não renovado”, com o cancelamento do cadastro ao término da campanha (28/02/2023).

**Para não perder o prazo, anote em sua agenda:** A documentação deverá ser encaminhada até 15/02/2023, impreterivelmente.

### Dependentes que completaram 21 anos

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

- 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 (disponível também no site [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br));
- Declaração de matrícula no início do semestre (semestre 01/2023);
- RG;
- CPF.

## Confira os canais para envio da documentação:

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

Caso necessário, o prazo de validade dos cadastros do 2º semestre de 2022 (28/02/2023) poderá ser prorrogado. Tal medida dependerá do volume de documentos recepcionados até 15/02/2023, prazo final para o envio da nova documentação.

Lembramos que a falta de manifestação do (a) beneficiário(a) até 15/02/2023 acarretará o cancelamento do benefício até as devidas comprovações de documentação, e o dependente estará sujeito ao cumprimento de novos prazos de carências.

## Atenção! Leia com cuidado as observações a seguir:

1 – A prorrogação dos cadastros, caso ocorra, acarretará cobrança de mensalidade (de acordo com o período prorrogado) e cobrança por utilização do benefício nesse período.

Caso o beneficiário titular não concorde com a prorrogação do cadastro, deverá entrar em contato com a Postal Saúde para solicitar o cancelamento do dependente no plano de saúde. A solicitação poderá ser feita por um dos seguintes canais:

- Central de Atendimento: 0800 888 8116;
- E-mail: [exclusao@postalsaude.com.br](mailto:exclusao@postalsaude.com.br);
- Filial da Postal Saúde (presencialmente, na unidade mais próxima de sua localidade).

2 – Quando o dependente universitário concluir o curso superior, é obrigação do titular comunicar o fato à Postal Saúde, para que o benefício possa ser encerrado. Caso a Operadora não seja comunicada, serão cobradas todas as despesas efetuadas no período de utilização indevida do plano de saúde.

3 – Para os cursos em que o semestre letivo 02/2022 termine após o prazo de envio da documentação, o titular deverá encaminhar à Postal Saúde 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, e o plano poderá ser cancelado caso a documentação completa não seja encaminhada no prazo estabelecido.

**Assim, aguardamos a documentação comprobatória referente ao 1º semestre de 2023 até 15 de fevereiro de 2023.**

Atenciosamente,

**Postal Saúde**  
ANS - nº 41913-3

Portal da Postal Saúde: [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)  
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116

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: 004193/2023  
CBE PRESI/COMEC - 001/2023 | 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 checked="" 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:



- 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. Li e concordo com as regras que regem o Plano CorreiosSaúde II.

- Sim, gostaria de receber de forma gratuita, através dos canais de comunicação (SMS, E-mail e/ou outros), informações e novidades, sobre os serviços prestados por esta operadora.**
- Não**

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO	ASSINATURA DA POSTAL SAÚDE
_____, __/__/____. Local e Data	_____, __/__/____. Local e Data
_____ Assinatura do Titular Responsável	_____ Assinatura e Carimbo da Postal Saúde

**HOMOLOGAÇÃO DA GERÊNCIA DE RELACIONAMENTO (GEREL/DIREL)**

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo da Postal Saúde

**ANS - nº 41913-3**

Portal da POSTAL SAÚDE: [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)  
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116  
Central de Atendimento para DEFICIENTES  
AUDITIVOS: 0800 888 8117