

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO VICE PRESIDENTE DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO**

**PMPP nº 5701-24.2017.5.00.0000**

**FINDECT – FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS SINDICATOS DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS**, representando os Sindicatos dos Trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Tocantins, Rondônia e de Bauru e Região, vem a presença de V. Exa., manifestar-se sobre o r. despacho e ao final formular requerimentos.

**REESTRUTURAÇÃO PARA PRIVATIZAR OU “CRISE” (SITUAÇÃO ECONÔMICA FINANCEIRA)?**

É fato notório que o Ministro das Comunicações e o atual Presidente da ECT têm anunciado a intenção do atual governo em “privatizar” a empresa.

Diante deste fato, chamamos a atenção desta Vice Presidência para a seguinte questão: estamos diante de um processo de

reestruturação da ECT para fins de privatização ou diante de um momento em que a ECT passa por uma crise financeira? Se está a passar por uma situação econômica financeira desfavorável, quais são as principais causas? Não nos parece crível que eventual situação financeira desfavorável seja consequência do direito dos trabalhadores ao plano de saúde.

A resposta à questão acima é fundamental para que tenhamos clareza sobre a real situação econômica financeira da empresa e sobre a proposta apresentada pela Vice Presidência sobre a Cláusula 28, pois a vida de milhares de trabalhadores e de suas famílias serão afetadas por quaisquer mudanças que o governo pretenda impor à natureza jurídica dos Correios.

Em quaisquer das situações, no entanto, compete à ECT agir de boa-fé negocial para que, inclusive a Vice Presidência do TST, as partes possam ou não chegar a um bom termo.

Ora, se o objetivo do atual governo é simplesmente o de “reestruturar” a ECT para torna-la mais “atraente” financeiramente ao mercado, é direito dos trabalhadores ter plena ciência desse intento, até mesmo para que possam cercar-se de garantias em relação ao futuro que lhes aguarda.

Exigir que os trabalhadores abram mão de um direito historicamente conquistado sem qualquer contrapartida não é negociação. Isso tem outro nome, qual seja: IMPOSIÇÃO.

A categoria Ecetista tem o direito de obter todas as informações necessárias a lhes proporcionar o mais alto grau de previsibilidade sobre as relações laborais entre a categoria e a ECT.

Por outro lado, se a questão e o intento da ECT é o de modificar a cláusula em razão de crise financeira, cumpre a empresa comprovar

esse quadro, bem como expor detalhadamente o planejamento para “atravessar” a crise. Quais medidas foram e serão adotadas para recuperar o fôlego da empresa, além de simplesmente reduzir despesas através da retirada de direitos de seus empregados.

A FINDECT não se recusa, obviamente, em negociar e/ou buscar as melhores soluções para os trabalhadores. No entanto, esta Federação entende que é crucial que a empresa e mesmo o governo provenha os trabalhadores sobre as reais intenções sobre o futuro da ECT.

Contudo, Meritíssimo Ministro, se a questão se depara realmente quanto ao custeio do plano, há várias formas de redução de custos que deveriam ser levadas em consideração antes fixar valor de mensalidades aos empregados, sob pena de tais valores serem indevidamente estipulados a maior.

**Senão vejamos alguns fatores que reduziriam o custeio:**

### **DOS FATORES QUE AFETAM O CUSTEIO**

Primeiramente, antes de analisar percentuais de mensalidades é imprescindível que alguns temas debatidos pela comissão sejam colocados em prática, visto que tais fatores afetariam demasiadamente o custeio, com a redução de custos para a mantenedora. Vejamos alguns itens abaixo:

Ausência na postal saúde de convênios de reciprocidade com demais categorias. Que seriam abrir o plano de saúde com preços de mercado a serem ofertados a outros públicos como é o modelo da CASSI, ou seja, é possível para a Postal Saúde aumentar a receita vendendo plano de mercado para outras empresas públicas com preço de mercado;

Ações judiciais em defesa da operadora do plano de saúde, visando a não cobrança de ISS e sobre os recursos de multas na ANS;

As conseqüências de má gestão em diversas outras área do Correios já somam mais de 12 bilhões de reais nos últimos 5 anos (o equivalente aos gastos todos do plano de saúde e ainda sobriam recursos). Tanto que a própria FINDECT distribuiu documento aos parlamentares noticiando bilhões em reais que estão gerando efeitos negativos nas contas do Correios em muitas outras áreas, sob fundamentos de má-gestão. Corroborando assim que os resultados financeiros gerais na EBCT não tem como fonte direta a manutenção do direito trabalhista previsto no ACT ao plano de saúde;

Internalização dos serviços de regulação, faturamento, call service, dentre outros, que são terceirizados pela operadora Postal Saúde à algumas empresas que atualmente tem diversos indícios de irregularidades apontados pelos conselheiros da própria Postal Saúde;

Aplicar as ações de controle discutidas na comissão paritária de saúde. Salientando que a ECT não esta cumprindo, sob a alegação de que a presente proposta não trouxe para homologação, nem abarcou os temas já assinados em concordância entre as comissões;

Campanha de uso consciente massificada junto aos trabalhadores para diminuir consideravelmente os custos;

Estabelecer contratos justos com as redes qualificadas de atendimento para efetivo combate à “máfia médica” com procedimentos desnecessários;

Moralizar a gestão do plano de saúde com a devida proteção contra ingerência política tem potencial astronômico de economia profissional;

Investir e aguardar os resultados dos programas de prevenção saúde aos trabalhadores ativos, inativos e seus familiares;

Controle efetivo dos tratamento saúde nos pacientes de maior risco (incluindo os doentes crônicos) buscando aproximação para conhecer as razões de seus tratamentos estarem sendo tão caros e ineficazes;

Controlar a sinistralidade do plano de saúde através do estudo maciço dos dados disponíveis e com atitudes preventivas sobre fraudes internas ou advindas de fornecedores saúde;

Massificar as medidas de diálogos com as demais empresas públicas que trabalham auto-gestão como forma de encarar conjuntamente problemas com fornecedores, insumos, negociação de preços, interação de redes, relações com o SUS, etc garantindo assim mais poder de barganha;

Discutir percentual mínimo da receita bruta da empresa destinada a cuidar de seu maior ativo que são os trabalhadores, responsáveis estes por mais de 85% das atividades de Correios, dado ao pouco avanço tecnológico na área.

Aplicar direcionamento, “referenciamento” ou hierarquização de acesso, que consiste em direcionar a realização de consultas, exames ou internação previamente determinados na rede credenciada ou referenciada, assim o Plano de Saúde sugere onde a pessoa será atendida, dentro de critérios lógicos, racionais e profissionais.

A “Porta de Entrada” que seria um mecanismo através do qual a operadora avalia e gerencia o encaminhamento do beneficiado para a realização de procedimentos através de seus ambulatórios e auditores. Basicamente, onde houver ambulatório o trabalhador deve se direcionar antes a este local para receber autorização de atendimento, na mesma metodologia de antes, com autorização individualizada nas guias médicas. Devido a informatização, é possível inclusive

fazer esse atendimento online, ou até mesmo, antes do trabalhador chegar no ambulatório já ter seu caso previamente analisado. Serve principalmente para cirurgias eletivas e exames de alto custo não urgentes. Tratamentos caros e novas tecnologias com equivalentes mais baratos podem também ser direcionados no sistema porta de entrada. Sistema este que melhora a vida do trabalhador e a redução de custo com o Plano.

Neste trilhar, com tantos fomentos a redução de custo, primeiramente haveria a necessidade implantar tais mecanismos, para tão somente ter uma ideia abalizada e certa de eventual alíquota para mensalidades.

Salientando que estas referidas formas de combate ao custeio é de primordial importância para o combate à situação econômica financeira da Mantenedora. Destarte todos os **mecanismos que a empresa esteja utilizando para reduzir os custos bem como a real e detalhada extensão do déficit deve ser informado neste procedimento composição**, conforme regem os princípios da *boa-fé nas relações negociais*.

### **DO DEVER DE PROVER INFORMAÇÕES ÀS PARTES**

Se o motivo para retirada do Plano de Saúde é a situação econômica financeira, conforme alega a ECT, cumpre a ela demonstrar cabalmente e através de todos os documentos possíveis, dentre os quais os Demonstrativos Financeiros, a sua real extensão.

Cumpre a ECT, ainda, demonstrar as medidas que ela pretende adotar para sanar e/ou atravessar a crise.

Assim necessário se faz a apresentação da base de dados sobre os beneficiados e os custos do programa de saúde (inclusive com os serviços

contratados, pois existem problemas gravosos com emissão de Atestados de Saúde Ocupacional). Salientando que a comissão somente teve acesso aos dados até meados de 2016. Pois quanto a esta base de dados, a comissão elaborou diversas inculpações contra o contrato de saúde, pois a emissão do ASO perdeu característica de prevenção e controle da saúde o que onera ainda mais o plano de saúde a médio e longo prazo.

Fora solicitado pela comissão o estudo atuarial recente que demonstrou os valores citados 1,95 bilhões para o plano de saúde. **Durante os trabalhos da mesa houve a constatação de que o atuarial independente contratado errou grosseiramente nos valores se comparados ao estudo atuarial apresentado pela postal saúde sobre o ano de 2016.** Estudos atuariais estes que externavam previsões do que será gasto nos anos posteriores com o benefício. **Para o ano de 2015 houve divergência entre os estudos atuariais apresentados pelo Correios e pela Postal Saúde** sobre quantia necessária para o estipêndio de tudo que seria gasto em 2016.

Sem as informações básicas, imprescindíveis a todo e qualquer processo de negociação, furta-se a qualquer das partes o direito de efetivamente negociar dentro de uma relação ganha-ganha.

A ECT deve trazer ao conhecimento de seus empregados, até por se tratar de empresa pública e submetida à Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011), os documentos contábeis necessários à análise dos trabalhadores bem como ao despacho 146/2017/GEF e demais documentos advindos da ANS.

**DA COMPLEXIDADE DO TEMA E DO TRÂMITE PARA SUA ANÁLISE  
E PERQUIRÇÕES ORIUNDAS DA PROPOSTA**

Muito embora seja de interesse desta Vice Presidência chegarmos a resolução deste PMPP, é necessário perceber a importância deste assunto para os trabalhadores. A complexidade da matéria exige maior prazo para análise, especialmente para que os trabalhadores possam analisar atentamente e criteriosamente a proposta apresentada pela Vice Presidência.

Além das informações acima mencionadas, os trabalhadores carecem de informações básicas e específicas em relação à proposta, dentre as quais destacamos:

A discriminação da relação (titulares - dependentes – pais e mães) em cada uma das faixas de remuneração;

Definição do conceito detalhado de “remuneração”. É crucial para os trabalhadores deliberarem a exposição do quanto irá “pesar em seu bolso”, ou seja, expor o valor final que o mesmo terá ou não de arcar com o plano de saúde. Sugerimos que alguns exercícios práticos sejam apresentados, a partir de casos concretos, para que os trabalhadores possam deliberar sobre a proposta cientes dos eventuais valores que os mesmos terão que suportar. O conceito de remuneração adotado na proposta deve ser cabalmente definido, a fim de não pairar quaisquer dúvidas sobre a sua abrangência.

Imperativo detalhar se as parcelas variáveis e parcelas sazonais serão utilizadas como base de cálculo para a mensalidade?

Quando a proposta trata dos descontos com o teto de remuneração para empregados e aposentados não restou límpida o que significa limite de descontos de 5% na remuneração líquida, fora a margem consignável. Quais rubricas entram no conceito de remuneração neste caso? Esse limite é válido como teto no desconto da soma de mensalidade com coparticipação?



Outro questionamento tange quanto ao fato de que categoria sempre teve seus cálculos envolvendo saúde sob a única rubrica do salário base, relacionado ao seu consumo. O uso de mais rubricas no calculo base para descontos significa valor majorado demasiadamente aos funcionários, onde os ativos corrente dos trabalhadores “de base” são de valores bem menores, pois não englobam as gratificações e pagamentos de funções dos cargos mais elevados. E neste diapasão, não foi aventado na proposta, matéria que foi amplamente discutido nas mesas de negociação, a questão de ser “taxada” às rubricas de chefias na alta gestão como portarias de vice-presidente, de chefes de departamento, superintendentes, etc ,“taxadas” de forma até diferenciada pois estes já tem salários bem melhores que a base. A taxa diferenciada para cada faixa salarial tem o condão de abarcar todas as rubricas?

A demonstração da relação entre os aposentados e pensionistas x custeio do plano. O conceito de remuneração, uma vez definido, será o mesmo dos trabalhadores da ativa para os aposentados e pensionistas?

Pensionistas hoje tem regras regidas pelo MANPES, como por exemplo a permanência por mais 6 meses no plano de saúde após falecimento do titular. Em caso, por exemplo, da pensionista ser esposa gestando filho do falecido titular, como resta sua situação?

Fato que pode modificar amplamente a mensalidade seria a questão da maioridade civil e incapacidade para o dependente que não fora detalhada da proposta.

Necessário detalhar e garantir quanto ao custeio dos gastos de saúde ocupacional programas de prevenção e acidentes de trabalho devem ser cobertos 100% pela empresa. No hodierno, milhares de trabalhadores não dão continuidade e pioram sua saúde porque é cobrado deles coparticipação em eventos

onde eles não tiveram controle e sua renda fica prejudicada. Tema amplamente discutido pelas comissões.

Quanto ao modelo de gestão do plano de saúde, não foi tratado na proposta um dos tópicos mais importantes requeridos pelos trabalhadores que é o retorno ao RH por entenderem e haver comprovação de que a saída do ambiente público somente piorou no atendimento além de não ter estancado os aumentos nos gastos, muito pelo contrário, as cifras triplicaram.

Há necessidade de esclarecimento quanto á autonomia administrativa da empresa Postal Saúde, que na remota hipótese de não retornar ao RH dos Correios, deve se dar pelos moldes parecidos com as proteções de gestão das fundações, o que de forma alguma retira a possibilidade de substituir o gestor ou de melhorar as políticas aplicadas, mas protege a entidade de eventuais mudanças por mera pressão política. As regras de autarquia e fundações como as de estabilidade para os diretores indicados e autonomia para priorizar o profissionalismo da gestão em planos de saúde garantem barreiras contra as pressões partidárias.

Determinar o limite de geral através de provisionamento pode vir a transformar o benefício definido de saúde em benefício benefício de contribuição definida. No segundo caso, os trabalhadores ficam duramente penalizados caso se alcance o limite definido para gastos antes do fim do período em exercício, não ficando claro sobre quem arcará com os pagamentos caso se chegue a esse limite. O que pode influenciar imanemente o provisionamento do pós-emprego.

Quando se fala em descontos com o teto de remuneração para empregados e aposentados não nos ficou claro o que significa limite de descontos de 5% na remuneração líquida, fora a margem consignável. Quais rubricas entram no conceito de remuneração neste caso? Esse limite á válido como teto no desconto da soma de mensalidade com coparticipação?

A ausência de alternativa e/ou qualquer contrapartida da proposta em relação aos pais e mães dos trabalhadores. De que forma, expressamente, a proposta contempla ou poderá contemplar os pais e mães dos trabalhadores que, por força de norma coletiva, usufruem do plano de saúde? Serão tão somente excluídos?

Outro ponto relevante na proposta, é sobre a escolha dos gerentes regionais que acreditamos, solicitamos que seja detalhada qual o prejuízo de ser efetuada através de eleição direta? Não olvidando que o foco é o retorno do plano de saúde ao RH. Salientando que os atuais critérios de elegibilidade para exercer função de gerente nas unidades regionais podem continuar ou até ser aprimorados, porém perdem o sentido com o atual modelo, visto ser usado como moeda de troca política entre partidos políticos.

Quanto aos percentuais de participação no custeio geral do plano de saúde, não foi tratado na presente proposta, esclarecimento quanto ao referido tema é imprescindível. E neste mesmo trilhar, decisões sobre o custeio a cargo do conselho de administração composto por 3 membros da empresa e 1 dos empregados e, que somente ocorrem uma vez por ano de forma justificada, devem ser tomadas pela mantenedora em negociação com as federações de trabalhadores, haja vista que a imensa preocupação é sobre os reajustes desenfreados que podem ocorrer nos anos posteriores. Para tanto há possibilidade desta vice-presidência estabelecer na proposta algum mecanismo para frear reajustes vultosos?

Não fora tratado na proposta, sobre as dívidas anteriores da empresa postal saúde acumuladas até o momento em mais de 440 milhões de reais que é de responsabilidade integral da mantenedora. Destarte, não restou cristalina na presente proposta se a responsabilidade de 25% das dívidas também está sendo trasladada para os trabalhadores?

Quanto aos índices de sinistralidade, é incontroverso que há necessidade de controle, porém solicitamos constar da proposta os detalhes nos regramentos, para ser efetiva.

Necessidade de especificar e detalhar a questão do Teto para fins de coparticipação. Ou seja, é necessário deixar muito claro aos trabalhadores, inclusive com a adoção de exemplos a partir de casos concretos, o quanto ele terá que desembolsar nas mais variadas hipóteses, tais como tratamentos de doenças como câncer, enfim. É fundamental que a regra de coparticipação seja minuciosamente detalhada e expressa, a fim de não pairar quaisquer dúvidas em relação à cobertura do plano.

Diante das indagações demasiadamente analítica, apresentada acima, oriundas da presente proposta, **apresentaremos ao final um tópico com proposta de calendário para suprir os itens esquadrihados acima.**

### **DOS AVANÇOS DA COMISSÃO PARITÁRIA - Cláusula 28 - ASSISTÊNCIA MÉDICA/HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

MM. Ministro, a presente proposta não abarcou muitos temas já discutidos e abundados pelas Comissões, e neste trilhar a ECT não está cumprindo tópicos já assinados, destarte evitando que as partes que se furtem do já acordado, sob a alegação de que os temas não foram contemplados na presente proposta apresentaremos os avanços obtidos pelas comissões.

Salientando que não podemos **abandonar**, no sentido informal de jogar-fora, o trabalho da comissão, que já foi mediado e acordado, tão somente sob a premissa da pressa. Pois é límpido que a pressa é inimiga da perfeição. Contudo requeremos, que seja elucidado na proposta os tópicos já

alinhavados, para que as partes não se furtem do que já fora entrado em composição.

Para tanto relacionamos abaixo tabela com as proposta de **consenso** apresentada pela Comissão Paritária, que, data vênua, é imperativo constar da proposta desta vice-presidência, para, sob a ótica do processo conciliação, ser homologado em caso de aceitação das partes.

Tema	Propostas de Consenso	Propostas da Representação dos Trabalhadores	Proposta da Representação da Empresa
<b>Modelo de Gestão do Plano de Saúde</b>		1. Retornar ao modelo de autogestão por RH.	1. Manter o modelo de autogestão vinculada – Postal Saúde, diante dos resultados já alcançados, assim como as perspectivas positivas para a gestão dos planos de saúde e considerando, também, as propostas de melhorias de consenso na Comissão Paritária.
<b>Redimensionamento da Rede Credenciada</b>	1. Orientar os beneficiários quanto a melhor utilização da rede credenciada, garantindo a opção de escolha de atendimento pelo beneficiário.		
	2. Aprimorar os mecanismos de controle e fiscalização quanto à atuação dos prestadores de serviços credenciados. Permitindo acompanhamento pelas representações sindicais.		
	3. Avaliar a viabilidade de ampliar a cobertura para atendimento em hospitais de retaguarda.		
	4. Aprimorar os canais de atendimento ao beneficiário (0800 e outros canais), com		

Tema	Propostas de Consenso	Propostas da Representação dos Trabalhadores	Proposta da Representação da Empresa
	ênfase na agilidade e resolutividade das demandas.		
	5. Manter atualizada a rede credenciada e divulgar aos beneficiários.		
	6. Promover o recadastramento da rede credenciada.		
	7. Articular ações com a Unidas para fortalecer a atuação das entidades de Autogestão, com ênfase no combate à concentração de rede de atendimento.		
	8. Definir as diretrizes para credenciamento e descredenciamento de prestador de serviços de saúde com a participação das representações sindicais.		
	9. Buscar a ampliação da rede credenciada em regiões descobertas/vulneráveis e adequar nos locais com maior oferta, garantindo qualidade e melhor custo.		
	10. Avaliar a viabilidade de flexibilização para credenciamento de prestadores nas áreas vulneráveis.		
<b>Custeio do Plano de Saúde</b>		1. Rejeição de qualquer alteração no custeio ou compartilhamento no plano de saúde diferente do aprovado no ACT, por entender que o plano de saúde não é responsável pelos prejuízos econômico-financeiros alegados pela Empresa, mas provocados por decisões equivocadas da diretoria da Empresa (conforme apresentação realizada pela	1. Manter a proposta do plano de custeio apresentada pela Empresa, no dia 05/01/2017, considerando os cenários e resultados econômico-financeiros deficitários demonstrados durante os trabalhos da Comissão Paritária.

Tema	Propostas de Consenso	Propostas da Representação dos Trabalhadores	Proposta da Representação da Empresa
		Representação dos Trabalhadores).	
<b>Critérios de Elegibilidade</b>	1. Recadastrar todos os beneficiários (titular e dependentes), por mês de nascimento do titular, para verificar a condição de elegibilidade e atualizar os dados cadastrais.		
	2. Disponibilizar para o beneficiário uma ferramenta de controle de status de atualização cadastral.		
	3. Estabelecer prazo de até 90 dias ao beneficiário para apresentar documentação comprobatória de confirmação de elegibilidade para manutenção de filho e enteado maior de 21 e menor de 24 anos, cursando o Ensino Superior, sob pena de cobrança retroativa de uso indevido do plano Correiossaúde.		
	4. Permitir ao beneficiário a opção de receber as correspondências relativas ao Plano CorreioSaúde na sua unidade de trabalho.		
	5. Disponibilizar no site da Operadora do Plano de Saúde a informação do motivo de negativa ao pedido de autorização de atendimento.		
	6. Estabelecer plano de comunicação para divulgar os critérios de elegibilidade, a documentação necessária para inclusão e atualização cadastral.		

<b>Tema</b>	<b>Propostas de Consenso</b>	<b>Propostas da Representação dos Trabalhadores</b>	<b>Proposta da Representação da Empresa</b>
<b>Custeio do Pós-emprego</b>	1. Buscar junto ao Ministério da Ciência, tecnologia, Inovações e Comunicações e à Secretária de Coordenação e Governança das Empresas Estatais, alternativas para reduzir o impacto que o pós-emprego gera no resultado dos Correios.		
<b>Modelo de Governança da Postal Saúde</b>		1. Definir o modelo de governança para autogestão por RH com a participação dos Trabalhadores.	1. Implantar um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade com o objetivo de fomentar o desempenho do plano de saúde.
		2. Participar, com paridade, na governança do plano de saúde no modelo autogestão.	
<b>Reabertura dos Ambulatórios</b>	1. Reestruturar o modelo assistencial dos ambulatórios, com atuação na atenção integral à saúde, na saúde ocupacional, na saúde da família e nas demandas espontâneas.		
	2. Definir e implantar programas de saúde, que contemplem: a saúde mental (exemplo: programas de atenção aos dependentes químicos e às vítimas de assalto), a saúde ocupacional (exemplo: PCMSO), e a saúde da família (Exemplo: programa de saúde do idoso), a partir da análise das demandas, com a participação das Representações Sindicais.		
	3. Reduzir o prazo para implantação dos ambulatórios, a partir do		



Tema	Propostas de Consenso	Propostas da Representação dos Trabalhadores	Proposta da Representação da Empresa
	planejamento da implantação definido com a participação das Representações Sindicais.		
		<p>1. Implementação dos ambulatórios em todas as bases sindicais como medida de economicidade, através de estudos realizados que contará com a participação das representações sindicais que definirá os locais que deverão implementar os ambulatórios.</p>	<p>1. Reestruturar os ambulatórios ativos e abrir novos ambulatórios, atendidos os critérios pré-estabelecidos (*) e com a participação dos Representantes Sindicais no planejamento desta proposta.</p> <p>(*) Critérios a serem observados: Área de abrangência; Localização; Quantidade de beneficiários; Concentração de empregados; Estrutura física; Ambulatórios encerrados; Especialidades da equipe multidisciplinar (exemplo: cardiologia, ortopedia, ginecologia, psiquiatria, nutricionista, psicologia, entre outras); Composição da equipe para programas de saúde (exemplo: Clínico Geral, enfermagem, odontologia), conforme demanda local.</p>
		<p>2. Ambulatório itinerante, uma vez por mês, em locais e especialidades conforme apontamento de estudo que contará com a representação sindical, com o objetivo de ampliar cobertura aos beneficiários do interior e também como medida de economia no acompanhamento preventivo das áreas de saúde ocupacional,</p>	

<b>Tema</b>	<b>Propostas de Consenso</b>	<b>Propostas da Representação dos Trabalhadores</b>	<b>Proposta da Representação da Empresa</b>
		saúde da família, e saúde mental.	
<b>Plano de Medicamentos</b>	1. Implementar ações para avaliar a utilização do PBM com vistas a subsidiar na implantação de programas de prevenção de doenças e promoção à saúde e direcionando melhor uso do benefício.	1. Crédito (cartão de crédito), com base em percentual de remuneração, 30%, que na sua utilização do cartão, seja garantido desconto na compra dos medicamentos, com anuidade para pelos Correios àqueles que aderirem ao programa cobrança (opcional) com cobrança mediante fatura/boleto diretamente com o beneficiário.	
		2. Convênios particular com farmácias, onde houver a viabilidade, a fim de obtenção de desconto com a utilização de carteirinhas e desconto mediante fatura/boleto; e manutenção de reembolso onde não houver a opção de convênio.	1. Firmar convênio com redes de drogarias, a fim de viabilizar concessão de descontos na aquisição de medicamentos, independente da utilização do PBM.
		3. Inclusão de dependentes na utilização do benefício medicamento.	
<b>Sistemática de Auditoria</b>	1. Agilizar a regularização dos pontos de auditoria, com prioridades aos que são classificados como de alto risco.		
	2. Ampliar a atuação da auditoria "in loco" de fechamento de contas para garantir maior fiscalização nas demais prestadoras.		

Tema	Propostas de Consenso	Propostas da Representação dos Trabalhadores	Proposta da Representação da Empresa
	3. Melhorar o processo de contratação para conferir qualidade nos serviços a serem prestados com melhor preço.		

Conforme se observa houve avanço e consenso em vários tópicos, á ser incluídos e garantidos na proposta para ser levada a aceitação e posterior homologação, sob pena de excluir os temas já abundados.

### **QUANTO AO CONSENSO QUE DEVE FAZER PARTE DA PROPOSTA**

Neste contexto vários temas já foram entabulados pela Comissão, os quais devem ser levados em consideração, senão vejamos alguns importantes que são consenso ou quase findados:

Na relação com a rede credenciada de fornecedores saúde deve ampliar as medidas de fiscalização, o chamado “combate a máfia médica”, estruturar a rede de confiança na relação operadora/prestador de saúde, aprimorar o atendimento personalizado sobre as demandas dos pacientes evitando que o mesmo abra NIP contra a operadora ou que gaste desnecessariamente principalmente em internações, pois o trabalhador no desespero de não ser atendido recorre a denuncia junto à ANS e nesse caso as multas são vultosas, casos estes que podem ser evitados com o atendimento personalizado, individualizado, proativo e ágil.

Outro ponto foi atualizar a rede credenciada, definir as diretrizes de credenciamento e descredenciamento com as representações dos

trabalhadores sindicais e avaliar a possibilidade de flexibilização das obrigações documentais de prestadores provisoriamente nas áreas vulneráveis.

Sobre as relações entre operadora e beneficiados pelo plano de saúde, os beneficiados devem ser atualizados, disponibilizando treinamentos sobre como acessar e controlar seus gastos no plano de saúde, fornecer ao trabalhador por meio físico o extrato individual de uso no plano de saúde e garantir tratamento individualizado sobre as negativas de utilização do plano de saúde e a operadora de saúde, reduzindo gastos.

No tocante a fiscalização da saúde preventiva do trabalhador, este seria alertado que deve comparecer às consultas e tratamentos médicos conforme histórico, de forma à garantir mão de obra sadia e que reduzirá gasto elevado por procrastinação para tratamentos futuros (como já é realizado na Itália, inclusive no setor público).

Neste mesmo trilhar os ambulatórios seriam reabertos em todas as regionais como forma de atendimento seguro, fugindo assim de consultas e procedimentos desnecessárias. E ainda os ambulatórios devem conter as principais especialidades médicas, Item este de magna importância para aplicar política de prevenção, de controle e fiscalização contra a chamada “máfia médica”.

Outra demanda simplista é quanto ao plano de medicamento, garantido através de aquisição da operadora de saúde dos medicamentos necessários no tratamento. Uma peculiaridade dos Correios, é que este já trabalha com programa de entrega de medicamentos, não sendo empecilho para que mediante apresentação do pedido médico a URR adquira a medicação, principalmente a de uso prolongada. A aquisição de medicação hoje se pauta no trabalhador adquirir o medicamento e ser ressarcido. Caso a empresa assuma a responsabilidade de avaliar e comprar a medicação, realizando a entrega, haverá redução de custo.

Quanto a Auditoria, houve consenso, em ampliar a fiscalização dos fechamentos de contas e os pontos prioritários de alto risco. Fiscalização demonstrou no ano de 2016 um imenso potencial de recuperação de receita. Inúmeros problemas não solucionados já foram a muito tempo visualizados nos relatórios de auditoria mas nunca foram alvo de fato das ações na empresa.

Contudo imperativo não descartar temas já acordados pela comissão.

MM. Ministro, diante das inclusões necessárias já acordadas, bem como, das indagações demasiadamente analítica, apresentada na presente peça, **apresentaremos calendário para suprir os itens esquadrihados acima.**

### **DO CALENDÁRIO DE NEGOCIAÇÃO**

Neste contexto solicitamos um **calendário bem enxuto** para as tratativas serem finalizadas, bem como esclarecimentos dos itens indagados.

Calendário de Negociação	
08 e 09/11/2017	Inclusão na proposta, dos temas que já estão em composição.
20 à 24/11/2017	Respostas aos itens indagados sobre a proposta
04 à 08/12/2017	Discussão sobre custeio e compartilhamento

Neste diapasão, evitando que as partes que se furtem do acordado, sob a alegação de que os temas não foram contemplados na presente proposta **requeremos** o presente calendário, pois é límpido que a pressa é inimiga da perfeição. Salientamos que o presente calendário visa que sejam, esclarecidos e

detalhados os temas elucidado na proposta, bem como a inclusão dos tópicos já alinhavados e que já fora entrado em composição, para que ao final, todos os tópicos possam ser harmonicamente homologados sem qualquer vício de consentimento.

Diante do exposto, os trabalhadores esperam que as informações acima mencionadas, das mais básicas, como o acesso aos documentos comprobatórios da situação econômico financeira da ECT, além das informações mais específicas, referentes à proposta apresentada pela Vice Presidência. Informações estas, imprescindíveis para que o processo negocial transcorra em de acordo com os princípios básicos que o orientam, dentre os quais o do acesso à informação.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Brasília/DF, 31 de outubro de 2017.

**MARCOS V. GIMENES G. SILVA**

**OAB/SP nº 255.786**

**HUDSON MARCELO DA SILVA**

**OAB/SP nº 170.673**

**ANA LAURA MORAES**

**OAB/SP nº 305.406**