



Ofício nº 660/2026

Bauru-SP, 25/02/2026

Assunto: Manifestação institucional - divulgação do "Plano Família" sem diálogo prévio**Processo Referência:** 009001.000473/2026-19

Ilmo. Senhor

Emmanuel Schmidt Rondon

Presidente dos Correios

SBN Quadra 01 Bloco A 20º andar.

Ed. Sede dos Correios - Brasília/DF

70002-900

Com cópia:

Ilmo. Senhor

Eli Pinto de Melo Júnior

Presidente da Postal Saúde

St. Hoteleiro Sul Q. 1 - Asa Sul

Brasília – DF

70297-400

Prezado Senhor,

A FINDECT – Federação Interestadual dos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, CNPJ 59.995.498/0001-12, na qualidade de representante dos 6 (seis) sindicatos filiados: SINDECTEB/BRU - Sindicato dos Empregados da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos de Bauru e Região, CNPJ Nº 50.844.935/0001-22; SINTECT/SP - Sindicato dos Trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios Telégrafos e Similares de São Paulo, Grande São Paulo e Zona Postal de Sorocaba, CNPJ Nº 56.315.997/0001-23; SINTECT/TO – Sindicato dos Trabalhadores na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e Similares no Estado de Tocantins, CNPJ Nº 10.431.410/0001-40; SINTECT/RJ – Sindicato dos Trabalhadores na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e Similares do Estado do Rio de Janeiro, CNPJ Nº 32.269.706/0001-40; SINTECT/MA – Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Correios e Telégrafos e Similares no Estado do Maranhão, CNPJ Nº 23.702.137/0001-40 e SINTECT/SANTOS – Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Comunicações Postais, Telegráficas, Telemáticas, Franqueados e Similares da Região Litoral, CNPJ Nº 57.735.359/0001-24, na qualidade de legítima representante da categoria profissional, vem, respeitosamente, no uso de suas prerrogativas constitucionais (Art. 8º, III, CF), por meio deste, manifestar-se formalmente acerca da Carta nº 63912048/2026 – GERT-DEREO, recebida via SEI, que informa o lançamento do denominado “**Plano Família**”.

Inicialmente, causa profunda estranheza e preocupação a esta Federação o fato de que a referida nova modalidade de plano de saúde será divulgada oficialmente nesta data, conforme informado na mencionada correspondência, sem que tenha havido qualquer reunião prévia, diálogo institucional estruturado ou construção conjunta com as entidades representativas dos trabalhadores, não obstante os reiterados pedidos formais encaminhados por esta Federação.

Cumpramos registrar que, por meio dos Ofícios nº 642/2026 e nº 650/2026, ambos referentes ao Processo 009001.000460/2026-40, a FINDECT solicitou, em caráter urgente:

- reunião tripartite para tratar do plano de saneamento das dívidas da Postal Saúde junto à rede credenciada;
- retomada da Mesa/Comissão de Construção de Melhorias do plano de saúde;
- discussão prévia acerca de quaisquer medidas estruturantes que impactassem diretamente a assistência à saúde dos beneficiários.

Em ambos os expedientes foi expressamente consignada a gravidade do cenário assistencial, marcado por inadimplência, restrições de atendimento, insegurança quanto à continuidade do cuidado e apreensão generalizada entre trabalhadores e aposentados.

Diante desse contexto, a decisão de lançar uma nova modalidade de plano de saúde, sem que sequer tenha sido oportunizado debate prévio com as entidades representativas, revela postura incompatível com os princípios do diálogo social, da boa-fé objetiva e da transparência institucional que devem nortear as relações entre a Administração e os trabalhadores.

Não se trata de resistência a alternativas ou soluções. Ao contrário: a FINDECT sempre se colocou à disposição para discutir medidas que assegurem sustentabilidade, cobertura, elegibilidade e melhoria da assistência. O que se revela inaceitável é a supressão do espaço legítimo de debate, especialmente em matéria que impacta diretamente direitos sensíveis, como a saúde de trabalhadores, aposentados e seus dependentes.

A condução unilateral de alterações estruturais em cenário já fragilizado tende a ampliar a insegurança jurídica, aprofundar conflitos e comprometer a confiança institucional, que é essencial para a estabilidade das relações laborais e para a própria governança do sistema de saúde oferecido.

Diante do exposto, a FINDECT:

1. Reitera, com máxima urgência, o pedido de reunião formal para apresentação detalhada do "Plano Família", seus fundamentos técnicos, atuariais e jurídicos;
2. Requer a imediata retomada da Mesa de Construção de Melhorias do plano de saúde;
3. Solicita que quaisquer medidas complementares ou ajustes estruturais sejam precedidos de diálogo institucional efetivo.

A Federação não pode deixar de registrar sua indignação institucional diante da ausência de interlocução prévia, sobretudo após dois ofícios formais que expressamente alertaram para a necessidade de diálogo antes de qualquer medida estruturante.

Certos de que prevalecerá o compromisso com a construção democrática de soluções sustentáveis, aguardamos manifestação formal com a máxima brevidade.

Atenciosamente,



Assinatura(s)

Documento assinado eletronicamente por **José Aparecido Gímenes Gandara**, em 25/02/2026 às 19:41:32, conforme horário oficial de Brasília.

José Aparecido Gímenes Gandara
Presidente FINDECT

Documento assinado eletronicamente por **Silvana Regina Azeredo dos Santos**, em 25/02/2026 às 19:49:11, conforme horário oficial de Brasília.

Silvana Regina Azeredo dos Santos
Diretora de Saúde e Segurança do Trabalho da FINDECT



As assinaturas eletrônicas constantes deste documento, tem como fundamento: **Lei nº 14.063** de 23 de setembro de 2020; Artigos 107 e 219 da **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002 que Institui o Código Civil; Artigo 10º, §2º da **Medida Provisória nº 2.200-2/2001** de 24 de agosto de 2001.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no endereço:

<https://findect.sgdd.com.br/api/document/verify/660/473/999ca73fcfae68300e2cbae5ec7ce84094ee2768bc2bdaf076fa30322b5849ac>

Extra



Primeira Hora

Quarta-feira, 25/2/2026.

Sua família agora pode ter acesso à Postal Saúde

Empregados da ativa, aposentados e ex-empregados dos Correios passam a contar com uma nova alternativa de assistência à saúde - que, pela primeira vez, permite a inclusão direta de familiares.

A iniciativa amplia as opções disponíveis na Postal Saúde, com mensalidade fixa e maior previsibilidade de custos, fortalecendo o acesso à saúde suplementar para a comunidade dos Correios.

O lançamento começa pelo Distrito Federal, com os planos Piloto Master/DF e Piloto Ambulatorial/DF já disponíveis. A expansão para os demais estados está prevista para ocorrer de forma gradual ainda neste semestre.

Importante: não há prazo mínimo ou máximo de permanência nos planos. A adesão é por prazo indeterminado.

Quem pode aderir?

Podem ser incluídos familiares consanguíneos até o 4º grau e por afinidade até o 2º grau. Isso significa que podem aderir:

- filhos, pais e irmãos
- avós e netos
- tios e sobrinhos
- bisavós e bisnetos
- sogros, genros e noras
- padrastos e madrastas

Como funcionam os novos planos

As mensalidades partem de R\$ 118, conforme o plano escolhido e a faixa etária. Os produtos seguem o modelo pré-pago: o beneficiário paga uma mensalidade fixa, conforme idade e plano contratado, além da coparticipação de 15% prevista em contrato.

Os novos planos são integralmente custeados pelos próprios beneficiários, incluindo taxa de administração. Ou seja, são produtos autossustentáveis, sem impacto no custeio do plano de saúde convencional dos empregados ativos.

O Plano Master/DF inclui cobertura ambulatorial e hospitalar. O Plano Ambulatorial/DF é voltado à prevenção e acompanhamento médico regular. Ambos garantem acesso às Clínicas de Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal, sem coparticipação nesses atendimentos.

Por que isso é importante

A ampliação dos planos da Postal Saúde fortalece a sustentabilidade do sistema assistencial dos Correios ao ampliar a base de beneficiários e diversificar as modalidades de custeio.

Isso contribui para manter o equilíbrio financeiro da Postal Saúde, com mais previsibilidade financeira e gestão responsável.

Além disso, amplia o acesso à saúde suplementar para as famílias, reforçando o papel complementar desse modelo em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

E para quem está avaliando o PDV?

O Plano de Desligamento Voluntário (PDV) está aberto até 31 de março de 2026.

Com os novos planos, passa a existir uma possibilidade inédita: empregados que optarem pelo PDV poderão manter vínculo com a Postal Saúde e incluir familiares nos novos produtos, conforme as regras de adesão.

A decisão é individual e deve ser tomada com cuidado. A ampliação dos planos representa mais uma alternativa de continuidade da assistência médica para quem decidir seguir novos caminhos.

Como aderir

As informações completas estão disponíveis no site da Postal Saúde:
postalsaude.com.br/novosplanosDF.

Dúvidas podem ser esclarecidas pela Central de Atendimento da Postal Saúde: 0800-888-8116.

PDV 2026: 16 de março marca o início dos desligamentos

O Programa de Desligamento Voluntário (PDV) entra em uma nova etapa. Está definido o cronograma para os primeiros desligamentos. Os primeiros desligamentos ocorrerão em 16 de março de 2026.

Serão desligadas(os) nessa data as(os) empregadas(os) que:

- realizaram a inscrição no programa;
- concluíram todas as etapas, com envio e assinatura dos formulários e termos exigidos até 02/03;
- atendam integralmente aos requisitos previstos no regulamento.

As inscrições permanecem abertas até 31/03, permitindo que as(os) interessadas(os) iniciem ou finalizem sua adesão dentro do prazo.

Os desligamentos seguirão nos meses de abril e maio, conforme os critérios de prioridade definidos no regulamento.

O PDV 2026 é uma decisão voluntária. Por isso, é fundamental avaliar com atenção as regras, as condições previstas e os impactos individuais. O programa oferece parâmetros claros, cálculo prévio de valores e segurança jurídica.

Antes de decidir

Acesse o regulamento completo na Intranet e utilize o simulador para estimar os valores a receber: <https://simulador.correios.com.br>.



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

REGULAMENTO DO PLANO PILOTO MASTER

REGULAMENTO DO PLANO PILOTO MASTER

Unidade Administrativa gestora do normativo	- Diretoria de Produtos, Mercado e Relacionamento (DIREL) - Gerência Executiva de Relacionamento Institucional (GERIN)
Unidade Administrativa responsável pela conformidade	- Presidência (PRESI) - Gerência de Compliance e Riscos (GECRI)
Numeração	
Versão	
Data da Apreciação pela DIREX	
Data de Aprovação pelo CODEL	
Data de Aprovação pela Mantenedora	
Data de Publicação	
Advertência	Este normativo é de uso exclusivo da Postal Saúde. A divulgação não autorizada estará sujeita às penalidades cabíveis por Lei. Toda e qualquer autorização para cópia, divulgação, apresentação ou qualquer outra finalidade deverá ser obtida junto à POSTAL SAÚDE.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – OBJETO E CARACTERÍSTICAS GERAIS	4
CAPÍTULO 2 – DEFINIÇÕES INICIAIS	4
CAPÍTULO 3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	6
CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	9
CAPÍTULO 5 – CARÊNCIAS	10
CAPÍTULO 6 – FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	12
CAPÍTULO 7 – SERVIÇOS COBERTOS	14
CAPÍTULO 8 – EXCLUSÕES DE COBERTURA	19
CAPÍTULO 9 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	20
CAPÍTULO 10 – REMOÇÃO	22
CAPÍTULO 11 – REEMBOLSO	23
CAPÍTULO 12 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
CAPÍTULO 13 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	27
CAPÍTULO 14 - CUSTEIO	28
CAPÍTULO 15 - REAJUSTE	28
CAPÍTULO 16 – DISPOSIÇÕES FINAIS	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO	26
TABELA 2 - VALORES DE MENSALIDADES	28
TABELA 3 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCRIÇÃO	30

CAPÍTULO 1 – OBJETO E CARACTERÍSTICAS GERAIS

- 1.1 A **POSTAL SAÚDE - CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS**, operadora de planos privados de assistência à saúde, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF 18.275.071/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob o nº 41913-3, a seguir denominada **POSTAL SAÚDE**, classificada na modalidade autogestão, associação privada, com sede no Setor Hoteleiro Sul (SHS) quadra 2, bloco B, Edifício Telex, Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70.312-900, opera o plano de saúde sem patrocinador denominado **PLANO PILOTO MASTER**.
- 1.2 O presente instrumento tem por objetivo apresentar as características, as normas e os critérios da prestação continuada dos serviços de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência médico-hospitalar com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), da Organização Mundial de Saúde, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e suas Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes na data do evento.
- 1.3 O presente instrumento é um Regulamento, o qual traça as diretrizes do **PLANO PILOTO MASTER**, cujas características são de contrato de adesão.
- 1.4 O **PLANO PILOTO MASTER** está registrado na **ANS sob o nº 500397241**, possuindo como características gerais:
- I. **Tipo de Contratação:** coletivo empresarial;
 - II. **Segmentação Assistencial:** ambulatorial; hospitalar sem obstetrícia;
 - III. **Área geográfica de abrangência:** estadual;
 - IV. **Área geográfica de atuação:** DF;
 - V. **Padrão de acomodação:** coletiva (enfermaria);
 - VI. **Formação do preço:** pré-estabelecido;
 - VII. **Fator Moderador:** coparticipação;
 - VIII. **Coberturas assistenciais:** referência ao rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e
 - IX. **Acesso à livre escolha:** não.

CAPÍTULO 2 – DEFINIÇÕES INICIAIS

- 2.1 Para efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:
- I. **Acomodação Coletiva:** internação em enfermaria, em que dois ou mais pacientes ficam internados no mesmo ambiente.
 - II. **Adjuvantes:** medicação empregada de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
 - III. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.
 - IV. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

- V. **Agravado:** acréscimo no valor da mensalidade, em razão da aplicação de cobertura parcial temporária, possibilitando o acesso às coberturas que ficariam suspensas por até 24 meses - cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade.
- VI. **Área geográfica de abrangência:** área em que a operadora de plano de saúde deve garantir as coberturas de assistência à saúde e na qual os beneficiários poderão utilizar os serviços cobertos.
- VII. **Atendimento ambulatorial:** atendimento ambulatorial é aquele que se limita aos serviços exequíveis em consultórios ou ambulatorios que, embora não necessitem de internação, podem eventualmente demandar o apoio de estruturas hospitalares, sem ultrapassar o período de 12 horas.
- VIII. **Auditoria/perícia:** atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e as relações humanas e sociais.
- IX. **Beneficiário:** pessoa física (titular, dependente ou agregado) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste Regulamento.
- X. **Carência:** prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas do plano de saúde.
- XI. **Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB):** documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.
- XII. **Complicações na gestação/processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- XIII. **Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU):** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o art. 35-A da Lei nº 9.656/98.
- XIV. **Coparticipação:** é o valor pago pelo beneficiário à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, independentemente da contribuição mensal (mensalidade) devida.
- XV. **Diretriz de utilização (DUT):** critérios estabelecidos pela ANS, em que o quadro clínico do beneficiário precisa se enquadrar em determinadas condições para que a operadora custeie o tratamento/procedimento.
- XVI. **Evento:** conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médico-hospitalar ou odontológico realizados pelo beneficiário do plano.
- XVII. **Hospital-Dia:** recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- XVIII. **Imperativo clínico:** situação em que um procedimento da segmentação odontológica ou ambulatorial requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente.
- XIX. **Inseminação artificial:** técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
- XX. **Internação domiciliar:** conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.
- XXI. **Órtese:** material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

- XXII. **Prótese:** material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- XXIII. **Rol de procedimentos e eventos em saúde:** listagem mínima e obrigatória de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer, definido pela ANS.
- XXIV. **Titular:** pessoa física a qual mantém ou manteve vínculo empregatício com a patrocinadora do plano de saúde, podendo ser empregado ativo, ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado.
- XXV. **Unidade de Atendimento Regional (UAR) e Núcleo De Atendimento Regional (NAR):** Unidades de atendimento presencial da Postal Saúde aos seus beneficiários.
- XXVI. **Uso off-label:** uso de medicamento, material ou qualquer outra espécie de tecnologia em saúde, para indicação que não está descrita na bula ou manual registrado na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

CAPÍTULO 3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 Podem aderir ao **PLANO PILOTO MASTER**:

- I. Empregados ativos da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS e dependentes deles;
- II. Aposentados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS e dependentes deles;
- III. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos sem justa causa e dependentes deles;
- IV. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos a pedido e dependentes deles; e
- V. Os familiares, aqui chamados agregados, dos Beneficiários Titulares dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Postal Dental e, inclusive, **PLANO PILOTO MASTER**, observando-se os vínculos exigidos na legislação vigente.

3.2 Dos titulares:

3.2.1 São considerados titulares do **PLANO PILOTO MASTER**:

- I. Empregados ativos da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS;
- II. Aposentados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS;
- III. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos sem justa causa; e
- IV. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos a pedido.

3.2.2 No caso do ex-empregado demitido sem justa causa ou a pedido, o período de manutenção na condição de beneficiário no **PLANO PILOTO MASTER** poderá ser garantido por prazo indeterminado.

3.2.3 No caso do aposentado, o período de manutenção na condição de beneficiário no **PLANO PILOTO MASTER** poderá ser garantido por prazo indeterminado.

3.2.4 No caso do empregado ativo da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS que optar pela sua adesão ou de seu dependente ao **PLANO PILOTO MASTER**, este deve assumir, integralmente, o pagamento da mensalidade e da coparticipação. Não haverá qualquer tipo de subsídio da Mantenedora.

3.3 Dos dependentes:

3.3.1 São considerados dependentes dos Beneficiários Titulares do **PLANO PILOTO MASTER**:

- a) Cônjuge ou companheiro;
- b) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade;
- c) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, a partir de 21 (vinte e um) anos de idade e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que universitários e limitado à primeira graduação;
- d) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, permanentemente incapacitados para o trabalho; e
- e) Menores sob guarda ou tutela, observados os limites de idade estabelecidos neste regulamento.

3.3.2 Para a inclusão do filho (incluídos os adotivos) ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho, é obrigatório que o Beneficiário Titular apresente a documentação comprobatória de sua condição.

3.3.3 Sempre que julgar necessário, a **POSTAL SAÚDE** poderá realizar avaliações para comprovar a presença de requisitos básicos de admissão e de manutenção dos dependentes.

3.3.4 A inscrição do dependente fica condicionada à participação do **Beneficiário Titular** em um dos seguintes planos: CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Postal Dental e, inclusive, **PLANO PILOTO MASTER**.

3.3.4.1 Em caso de saída ou óbito do Beneficiário Titular ao qual esteja vinculado, o dependente já inscrito no **PLANO PILOTO MASTER** pode permanecer na condição de beneficiário, desde que ele (beneficiário com idade igual ou maior de 18 anos) ou seu responsável legal (beneficiário menor de 18 anos ou incapacitado para o trabalho) assuma, integralmente, todas as obrigações contratuais, nos termos da legislação vigente.

3.3.5 Os filhos (incluídos os adotivos) e os enteados, quando não atenderem aos requisitos para se manter como dependente no **PLANO PILOTO MASTER**, passam a ser elegíveis na condição de agregado.

3.3.6 Os filhos (incluídos os adotivos) e os enteados, universitários, quando completarem 24 (vinte e quatro) anos perdem o direito de permanecer como dependente no **PLANO PILOTO MASTER** na data de seu aniversário, passando a ser elegíveis na condição de agregado.

3.3.7 Não poderão ser inscritos, concomitantemente, o cônjuge e o companheiro como beneficiários dependentes de um mesmo Beneficiário Titular.

3.3.8 A solicitação de inclusão do dependente deverá ser realizada pelo Beneficiário Titular, por meio do preenchimento de termo de adesão.

3.4 Dos agregados:

3.4.1 São considerados **agregados** os familiares até o 4º grau de parentesco consanguíneo e o 2º grau de parentesco por afinidade, vinculados a um titular dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Postal Dental e, inclusive, do próprio **PLANO PILOTO MASTER**, quais sejam:

- a) Filhos e filhas;
- b) Irmãos e irmãs;
- c) Tios e tias;
- d) Sobrinhos e sobrinhas;
- e) Netos e netas;
- f) Enteados-netos ou enteadas-netas;
- g) Bisnetos e bisnetas;
- h) Trinetos e trinetas (filho(a) do(a) bisneto(a));
- i) Sobrinhos-netos e sobrinhas-netas;
- j) Pai e mãe;
- k) Avôs e avós;
- l) Bisavôs e bisavós;
- m) Trisavôs e trisavós (pai/mãe do(a) bisavô/bisavó);
- n) Tios-avôs e tias-avós;
- o) Enteados e enteadas;
- p) Primos e primas;
- q) Genro e nora;
- r) Padrasto e madrastra;
- s) Cunhados e cunhadas;
- t) Sogro e sogra; e
- u) Sogro-avô e sogra-avó (avô/avó do cônjuge ou companheiro(a)).

3.4.2 Para a inclusão dos agregados é obrigatório que o Beneficiário Titular esteja com a inscrição "ativa" nos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Postal Dental ou no próprio **PLANO PILOTO MASTER**.

3.4.3 A solicitação de inclusão do beneficiário agregado deverá ser realizada pelo Beneficiário Titular, por meio do preenchimento do Termo de adesão.

3.4.4 Os parentes por afinidade dos beneficiários agregados não são considerados elegíveis para inscrição no **PLANO PILOTO MASTER**.

3.4.5 Quando não existir regra contrária, os dependentes dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Postal Dental e Plano Piloto Ambulatorial que perderem o vínculo naqueles produtos passam a ser elegíveis para o **PLANO PILOTO MASTER** na condição de agregado.

3.4.6 Sempre que julgar necessário, a **POSTAL SAÚDE** poderá realizar avaliações para comprovar a presença de requisitos básicos de admissão e de manutenção dos agregados.

3.4.7 Em caso de saída ou óbito do Beneficiário Titular ao qual esteja vinculado, o agregado já inscrito no **PLANO PILOTO MASTER** pode permanecer na condição de beneficiário, desde que ele (beneficiário com idade igual ou maior de 18 anos) ou seu responsável legal (beneficiário menor de 18 anos ou incapacitado para o trabalho) assumam, integralmente, todas as obrigações contratuais, nos termos da legislação vigente.

3.5 Para inscrição dos beneficiários no plano é necessária a apresentação dos documentos listados no Anexo I deste Regulamento.

- 3.6 O início da vigência da inscrição do beneficiário ao **PLANO PILOTO MASTER** se dará após a comprovação de elegibilidade e processamento da documentação, conforme calendário de adesões da **POSTAL SAÚDE**.
- 3.7 A inclusão e permanência dos beneficiários ficam vinculadas à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.
- 3.8 No ato de adesão ao **PLANO PILOTO MASTER**, o beneficiário de outro plano da **POSTAL SAÚDE**, o qual tenha dívida ativa com a operadora e que até a data do pleito ainda não tenha efetuado a total quitação dos débitos, não poderá efetuar sua inscrição ao **PLANO PILOTO MASTER**.
- 3.9 A adesão ao **PLANO PILOTO MASTER** dar-se-á mediante preenchimento e assinatura de proposta de adesão e do pagamento da 1ª (primeira) mensalidade. Apenas após o processamento da proposta de adesão e pagamento da 1ª (primeira) mensalidade é que a adesão será efetivada.

CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 4.1 Ocorrerá a exclusão do beneficiário, nas seguintes hipóteses:
- I. Por fraude ou tentativa de fraude por parte do beneficiário, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório;
 - II. Perda da qualidade de dependente ou agregado, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste Regulamento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente ou agregado;
 - III. Por solicitação expressa do beneficiário;
 - IV. Pela inadimplência de duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos termos da legislação em vigor;
 - V. Por óbito do beneficiário; e
 - VI. Perda da qualidade de titular, que pode ocorrer por: falecimento; decisão administrativa ou decisão judicial; opção voluntária; e outras situações previstas em lei.
- 4.2 A exclusão do Beneficiário Titular dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Ambulatorial, Postal Dental e, inclusive, **PLANO PILOTO MASTER**, não implica a automática exclusão de todos os seus dependentes e/ou agregados vinculados ao **PLANO PILOTO MASTER**, exceto eventuais casos previstos neste Regulamento.
- 4.3 No caso de beneficiários excluídos, os procedimentos autorizados até o dia anterior ao da sua exclusão serão cobertos, perdendo automaticamente, após isso, a cobertura para novos atendimentos.
- 4.4 Quando cumpridos os dispositivos da RN nº 438/2018 da ANS, e possíveis alterações, o beneficiário excluído poderá realizar a portabilidade para outra operadora.
- 4.5 A exclusão não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos, incluídos os valores de mensalidades e de coparticipação, que venham a surgir em razão da utilização do plano até a data do seu cancelamento.

- 4.6 No caso da exclusão por óbito, o cancelamento do **PLANO PILOTO MASTER** ocorrerá após a comunicação da morte à **POSTAL SAÚDE**, momento no qual deve ser entregue a certidão de óbito do beneficiário falecido.
- 4.7 Os beneficiários excluídos por fraude, devidamente comprovada, não poderão aderir a qualquer outro plano da **POSTAL SAÚDE**.
- 4.8 Exclusão por inadimplência:
- 4.8.1 Os beneficiários inadimplentes poderão ser notificados pelos seguintes meios:
- I. Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura;
 - II. Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
 - III. Mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
 - IV. Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
 - V. Carta, com aviso de recebimento (AR) dos Correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
 - VI. Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
- 4.8.2 Para a notificação por inadimplência, a **POSTAL SAÚDE** considerará as informações fornecidas pelos beneficiários que serão notificados, cadastradas no banco de dados da operadora, nos termos da legislação vigente.
- 4.8.3 Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos no item 4.8.1, a **POSTAL SAÚDE** poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, nos termos da legislação vigente.
- 4.8.4 A notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.
- 4.8.5 A exclusão por inadimplência não cessa a obrigação do beneficiário de quitar os débitos atrasados e aqueles referentes à coparticipação que venham a surgir em razão da utilização do plano até a data do cancelamento pela operadora.
- 4.9 A utilização indevida do **PLANO PILOTO MASTER** após o cancelamento, acarretará a adoção de medidas legais cabíveis e a cobrança integral pelas utilizações indevidas.

CAPÍTULO 5 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 5.1 Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente.
- I. Urgência e emergência: 24 horas;
 - II. Consulta eletiva: 30 dias;
 - III. Exame simples: 60 dias;
 - IV. Demais exames: 90 dias; e

V. Terapias e outros procedimentos: 180 dias.

5.2 Para efeitos deste regulamento, consideram-se exames simples: procedimentos das especialidades de ultrassonografia e medicina laboratorial.

5.3 Não será exigido o cumprimento dos prazos regulamentares de carência:

- a) Das inscrições feitas em até 30 (trinta) dias a contar da data de início da abertura do período de adesões do **PLANO PILOTO MASTER**;
- b) Se a adesão do beneficiário (titular, dependente ou agregado) ocorrer em até 30 (trinta) dias a contar da data em que este passar a ser elegível ao plano; e
- c) Das adesões feitas em completa conformidade com as previsões contidas na Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS (portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde), e possíveis alterações.

5.4 Será assegurada a inclusão no **PLANO PILOTO MASTER**, com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular:

- a) Do recém-nascido, filho ou filha natural ou por adoção do beneficiário, ou ainda sob guarda ou tutela deste, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto, adoção, guarda ou tutela;
- b) do filho ou da filha adotivos, ou sob guarda ou tutela do beneficiário, menor de 12 (doze) anos, desde que a inscrição ao plano de saúde ocorra em 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela; e
- c) do filho ou da filha, menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inscrição ao plano de saúde ocorra em 30 (trinta) dias a contar da data do reconhecimento.

5.5 A inclusão dos beneficiários elencados na cláusula 5.4, após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da guarda, da tutela ou do reconhecimento de paternidade, os sujeitará ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

5.6 A inclusão dos beneficiários elencados na cláusula 5.4 acontecerá após a verificação dos critérios de elegibilidade, conforme definido no Capítulo 3 – Das Condições de Admissão deste Regulamento.

5.7 A contagem dos prazos de carência se dará a partir da data de início da vigência da adesão do beneficiário no plano.

5.8 Os prazos de carência previstos também serão observados na reativação de beneficiários.

5.9 O beneficiário excluído por inadimplência poderá requerer nova adesão ao plano após o pagamento da dívida, com o cumprimento de novos prazos de carência.

5.10 Em caso de utilização dos serviços do **PLANO PILOTO MASTER** durante o período de carência, a **POSTAL SAÚDE** poderá cobrar, integralmente, do beneficiário o valor dos atendimentos realizados.

CAPÍTULO 6 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1 Para efeitos deste Regulamento, considera-se:

- I. Acidente pessoal como o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e

independentemente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;

- II. Atendimento de urgência como o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional; e
- III. Atendimento de emergência como o evento que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.2 O atendimento de urgência/emergência, durante o período de carência, será garantido depois de 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao **PLANO PILOTO MASTER**, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime ambulatorial, não sendo garantida, portanto, cobertura para internação.

6.2.1 Uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ou quando houver necessidade de internação, cessa a cobertura e a responsabilidade financeira da **POSTAL SAÚDE**.

6.2.2 Garante-se a remoção para unidade do SUS que disponha de recursos necessários para a continuidade do atendimento do beneficiário, em ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, e desde que atestada pelo médico-assistente a necessidade da internação.

6.2.3 Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e o beneficiário, sem ônus para a **POSTAL SAÚDE**.

6.2.4 Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na cláusula 6.2.2 deste regulamento, a **POSTAL SAÚDE** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

6.3 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, depois de 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao **PLANO PILOTO MASTER**, inclusive para os casos que evoluírem para internação.

6.4 As lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas acidentes pessoais e, portanto, terão atendimento garantido conforme cláusula anterior.

6.5 Estarão sujeitos aos períodos de carência mencionados no capítulo 5 deste regulamento os tratamentos de reabilitação provenientes dos atendimentos de urgência em virtude de acidente pessoal.

CAPÍTULO 7 – FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 Identificação dos beneficiários do **PLANO PILOTO MASTER**:

- 7.1.1 A **POSTAL SAÚDE** fornecerá aos beneficiários Cartão de Identificação do beneficiário – CIB digital, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, é obrigatória para utilização das coberturas assistenciais oferecidas pelo plano.

7.1.2 O CIB digital mencionado na cláusula anterior estará disponível no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) e aplicativo, os quais possuem área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios.

7.1.3 A falta ou recusa na apresentação do cartão de identificação implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte dos prestadores da rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**, exceto nos casos comprovados de urgência e/ou emergência.

7.2 Formas de acesso aos serviços:

7.2.1 A assistência de que trata este Regulamento será prestada, exclusivamente, por meio de prestadores credenciados pela **POSTAL SAÚDE**.

7.2.2 O plano possuirá uma rede de prestadores de serviços assistenciais referenciada, que consiste em um conjunto de estabelecimento previamente definidos pela **POSTAL SAÚDE**.

7.2.3 As informações sobre a rede credenciada de prestadores de serviços serão disponibilizadas pela internet no endereço www.postalsaude.com.br, em área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios, e pela central de atendimento (0800 888 8116), todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

7.2.4 A **POSTAL SAÚDE** poderá promover, a qualquer tempo, alterações em sua rede credenciada, respeitada a legislação que trate sobre o tema e esteja em vigor à época das alterações.

7.2.5 Para a substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, será necessária comunicação prévia ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência. O referido prazo não será observado em casos de fraude e infração das normas sanitárias ou fiscais em vigor.

7.2.6 No caso de substituição do estabelecimento hospitalar por vontade da **POSTAL SAÚDE** que ocorrer durante o período de internação do beneficiário, será garantida a assistência até a alta hospitalar, a critério médico, na forma estabelecida no respectivo contrato com o prestador de serviços.

7.2.7 No caso de substituição de rede hospitalar por infração às normas sanitárias e fiscais em vigor que ocorrer durante o período de internação do beneficiário, a **POSTAL SAÚDE** se responsabilizará pela transferência do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar credenciado mais próximo que ofereça condições para continuidade da internação.

7.2.8 Nos atendimentos prestados pela rede credenciada, o beneficiário ou o seu responsável deverá assinar a guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

7.2.9 A falta ou recusa de assinatura da guia de atendimento implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte dos prestadores da rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**.

7.2.10 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede credenciada da área geográfica de atuação do **PLANO PILOTO MASTER** ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE** disponibilizar entidade e/ou profissional qualificado para o

atendimento, nos limites da cobertura deste Regulamento, e conforme regras e prazos da legislação específica que trate sobre o tema e esteja em vigor à época do atendimento.

- 7.2.11 Caso o beneficiário não consiga agendar o serviço/procedimento, dentro dos limites da cobertura deste Regulamento, nos prazos definidos pela legislação específica que trate sobre o tema e esteja em vigor à época do atendimento, deverá entrar em contato com a **POSTAL SAÚDE**, por meio da central de atendimento (0800 888 8116) ou presencialmente, comparecendo em uma Unidade de Representação Regional (URR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade, ocasião em que será fornecido número de protocolo referente ao pedido, sendo que o prazo para a garantia de atendimento passará a contar a partir desta data, conforme preconiza a Resolução Normativa n.º 566/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

CAPÍTULO 8 – SERVIÇOS COBERTOS

- 8.1 A **POSTAL SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carência e condições estabelecidas neste Regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos no **PLANO PILOTO MASTER**, relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, realizados dentro da área de abrangência e atuação do plano, e na rede prestadora de serviços referenciada da **POSTAL SAÚDE**, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e respeitando-se o estabelecido na DUT – Diretriz de Utilização, vigentes na data do evento.

8.2 Cobertura Ambulatorial:

- 8.2.1 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656/98 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:
- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
 - II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e façam parte Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
 - III. Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
 - IV. Sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

- V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, e em número ilimitado de sessões por ano;
- VI. Ações de planejamento familiar de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- VII. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- IX. Quimioterapia oncológica ambulatorial, 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;
- X. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor na data do evento, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
 - a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e
 - b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição da ANVISA.
- XI. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- XII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- XIII. Hemoterapia ambulatorial; e
- XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento.

8.3 Cobertura Hospitalar:

- 8.3.1 A cobertura hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, não incluindo atendimentos obstétricos e atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvados os procedimentos ambulatoriais listados no inciso XV dessa cláusula, e devendo garantir cobertura para:

- I. Internações hospitalares em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;
- II. Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- III. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- IV. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente na data do evento, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- V. Despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos ou pessoas com deficiência, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião-dentista assistente;
- VI. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- VII. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo **PLANO PILOTO MASTER**, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- VIII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- IX. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, inerente e ligadas diretamente aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- X. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, 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;
- XI. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) No caso de necessidade de realização de procedimento, estes deverão constar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para a segmentação hospitalar.
- XIII. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, e os procedimentos a eles vinculados, respeitadas as regras das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e da legislação específica em vigor, quando couber, devendo-se observar:
 - a) Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar escritos nas CNCDO e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

- b) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
- c) São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;
- d) A garantia de cobertura das despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- e) A garantia de cobertura das despesas com medicamentos utilizados durante a internação;
- f) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- g) A garantia de cobertura das despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS; e
- h) Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de emergência.

XIV. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, devendo-se observar:

- a) Em 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, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XV. Procedimentos ambulatoriais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, e conforme Diretrizes de Utilização - DUT, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- d) Procedimentos radioterápicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

- e) Hemoterapia;
- f) Nutrição parenteral ou enteral;
- g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física.

8.4 Coberturas relativas à saúde mental:

8.4.1 A atenção prestada aos beneficiários com transtornos mentais, deverá observar:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) A cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- c) A cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento; e
- d) Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, a cada ano de contrato do beneficiário.

8.5 O **PLANO PILOTO MASTER** garante ainda:

- I. A critério da **POSTAL SAÚDE**, poderá ser ofertada a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com base em fundamentos técnicos e nos termos da regulamentação vigente;
- II. A cobertura das taxas, contrastes, materiais, medicamentos e demais insumos necessários para a realização dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem na bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizada pelo fabricante;
- III. A cobertura de procedimentos de anestesia e sedação, caso exista indicação clínica, e respeitando-se as Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- IV. A equipe necessária para a realização de procedimentos, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação e houver indicação clínica, respeitando-se as Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- V. Ações de planejamento familiar, na forma tratada no inciso III do art. 35-C da Lei nº 9.656/98, desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, as quais devem envolver as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico;
- VI. A cobertura de procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento e respeitando-se as Diretrizes de Utilização (DUT); e
- VII. Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, de órteses, próteses ou outros materiais cuja

colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

CAPÍTULO 9 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1 Estão excluídos da cobertura do **PLANO PILOTO MASTER**, observando-se a legislação da saúde suplementar vigente na data do evento, os eventos e as despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e o seguinte:

- I. Eventos e procedimentos que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **POSTAL SAÚDE** sem atendimentos às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ao plano ou no cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
- III. Procedimentos obstétricos, respeitadas as demais condições estabelecidas neste Regulamento e a legislação da saúde suplementar que trate sobre o tema;
- IV. Procedimentos odontológicos, respeitadas as demais condições estabelecidas neste Regulamento e a legislação da saúde suplementar que trate sobre o tema;
- V. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, assim como aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda aqueles que fazem uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;
- VI. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, exceto para os casos em que haja previsão legal expressa em contrário;
- VII. Inseminação artificial;
- VIII. Qualquer tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- IX. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- X. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção daqueles utilizados para tratamento oncológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIV. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XV. Realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

- XVI. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XVII. Imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;
- XVIII. Quaisquer serviços de enfermagem particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XIX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XX. Cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
- XXI. Procedimentos de investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade;
- XXII. Procedimento, assistência ou remoção domiciliar, bem como qualquer outro atendimento, listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXIII. Aparelhos ortopédicos;
- XXIV. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXV. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XXVI. Acomodação, alimentação ou outras despesas com acompanhante, exceto os casos constantes na cláusula 7.3.1 V e VII-a deste Regulamento;
- XXVII. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XXVIII. Despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: uso ou aluguel de televisão, serviços telefônicos, lavagem de roupa, refeições extras, internação em acomodação superior a contratada, produtos de toalete e de higiene pessoal e qualquer outra despesa não vinculada à cobertura do presente Regulamento;
- XXIX. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XXX. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXXI. Avaliação pedagógica e orientação vocacional;
- XXXII. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais; e
- XXXIII. Transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento.

CAPÍTULO 10 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 10.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **PLANO PILOTO MASTER**.
- 10.2 Não serão aplicados cobertura parcial temporária e/ou agravamento no caso de doenças e lesões preexistentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste Regulamento, nos seguintes casos:
- a) Das inscrições feitas em até 30 (trinta) dias a contar da data de início da abertura do período de adesões do **PLANO PILOTO MASTER**; e
 - b) Se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias da data em que o beneficiário se tornar elegível para o plano.
- 10.3 Se a adesão do beneficiário ocorrer em prazos distintos dos descritos na cláusula anterior, este deverá, obrigatoriamente, preencher o formulário de declaração de saúde no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes na data da sua inscrição, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do **PLANO PILOTO MASTER**, conforme o disposto na legislação vigente.
- 10.4 Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

- 10.5 Para o preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela **POSTAL SAÚDE**.
- 10.6 Caso o beneficiário opte pela orientação de um médico não pertencente à lista de credenciados/referenciados da **POSTAL SAÚDE**, deve assumir o ônus financeiro da entrevista.
- 10.7 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **PLANO PILOTO MASTER**, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 10.8 Se necessário, as doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **POSTAL SAÚDE** para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.
- 10.9 A confirmação da doença ou lesão se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.
- 10.10 Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **POSTAL SAÚDE** poderá oferecer a cobertura parcial temporária.
- 10.11 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.
- 10.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual está disponível no site www.ans.gov.br.
- 10.13 Será vedada à **POSTAL SAÚDE** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, por ocasião de sua admissão no plano.
- 10.14 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da adesão ao **PLANO PILOTO MASTER**, a **POSTAL SAÚDE** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá:
- Oferecer cobertura parcial temporária ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano; ou
 - Oferecer o agravo, ou
 - Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.
- 10.15 Exercendo prerrogativa legal, a **POSTAL SAÚDE** opta pelo **não** fornecimento de agravo.

- 10.16 Instaurado o processo administrativo na ANS, à **POSTAL SAÚDE** caberá o ônus da prova.
- 10.17 A **POSTAL SAÚDE** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.
- 10.18 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação por parte da **POSTAL SAÚDE**.
- 10.19 Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 10.20 Após o julgamento, e acolhida a alegação da **POSTAL SAÚDE** pela ANS, o beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Postal Saúde, bem como será excluído do **PLANO PILOTO MASTER**.
- 10.21 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do beneficiário do **PLANO PILOTO MASTER** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO 11 – REMOÇÃO

- 11.1 A **POSTAL SAÚDE** arcará com os custos da remoção inter-hospitalar dos beneficiários do **PLANO PILOTO MASTER**, que já tenham cumprido o período de carência, quando ocorrer:
- I. De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do plano, para hospital credenciado;
 - II. De hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado, mas localizado dentro da área de atuação do plano, para hospital credenciado;
 - III. De um hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, e localizado dentro da área de atuação do plano, para outro hospital, igualmente, credenciado, desde que atestado pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
 - IV. De hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado, e localizado fora da área de atuação do plano, para hospital credenciado apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do **PLANO PILOTO MASTER** e na indisponibilidade ou inexistência de rede conforme previsto na Resolução Normativa nº 566/2022, e suas possíveis alterações; e
 - V. De hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, localizado dentro da área de atuação do plano, para outro hospital, igualmente, credenciado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.
- 11.2 A remoção do beneficiário somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.
- 11.3 Ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores previstos na legislação que trate sobre o tema à época do evento, a remoção não acontecerá nos seguintes casos:

- I. De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento; ou
- II. De hospital credenciado para hospital privado não credenciado pela **POSTAL SAÚDE**.

11.4 Ocorrendo a remoção à revelia da **POSTAL SAÚDE**, fica a operadora isenta de qualquer responsabilidade.

11.5 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, caso o beneficiário esteja cumprindo período de carência para internação.

11.6 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões preexistentes.

11.7 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) Caberá à **POSTAL SAÚDE** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- b) Na remoção, a **POSTAL SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- c) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **POSTAL SAÚDE**, desse ônus; e
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'a' dessa cláusula, a **POSTAL SAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica, das despesas assistenciais, bem como do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO 12 – REEMBOLSO

12.1 O **PLANO PILOTO MASTER** não oferece a modalidade livre escolha, sendo os atendimentos prestados, exclusivamente, por rede credenciada referenciada. Dessa forma, as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde em caráter particular, por profissionais não credenciados, não são passíveis de reembolso pela **POSTAL SAÚDE**.

12.2 Será assegurado o reembolso das despesas com assistência à saúde tão somente nos casos de indisponibilidade ou de inexistência de rede credenciada quando, em último caso, o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, inclusive as despesas com transporte, e em conformidade com a legislação vigente à época do evento que trate sobre o tema.

12.3 Os casos eletivos de indisponibilidade e de inexistência de rede deverão ser previamente direcionados pelo beneficiário à **POSTAL SAÚDE**, nos moldes definidos na cláusula 7.2.11 deste regulamento, a qual realizará os trâmites necessários para garantia do atendimento, em conformidade com a legislação que trate sobre o tema e esteja em vigor à época dos fatos.

- 12.4 Os reembolsos aprovados serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da apresentação completa de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados.
- 12.5 O reembolso das despesas pagas diretamente pelo beneficiário só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento.
- 12.6 O pedido de reembolso deverá ser apresentado em formulário próprio, disponibilizado no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) e no aplicativo Minha Postal, acompanhado de todos os documentos necessários, devidamente assinado pelo beneficiário ou responsável legal.
- 12.7 Os documentos necessários para solicitação de reembolso estão listados no anexo II deste Regulamento.
- 12.8 Além dos documentos listados no anexo II deste regulamento, poderão ser solicitados documentos adicionais, de forma a complementar a análise pela equipe técnica da **POSTAL SAÚDE**.
- 12.9 Não serão processados os pedidos de reembolso com documentação incompleta, ilegível, dupla grafia, rasuras ou emendas.
- 12.10 O pedido de reembolso deverá ser entregue presencialmente ou por correspondência na Unidade de Administração Regional (UAR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade.
- 12.11 O beneficiário tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, contados a partir da data de emissão do documento fiscal (nota fiscal ou recibo).
- 12.12 Se aplicável, a cobrança de coparticipação, nos percentuais e/ou valores definidos neste Regulamento, incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários e será abatida do valor a ser reembolsado no caso de deferimento do pedido de reembolso.
- 12.13 Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

CAPÍTULO 13 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 13.1 Com a finalidade de regular a demanda de utilização dos serviços cobertos pelo **PLANO PILOTO MASTER**, observados os preceitos legais, a **POSTAL SAÚDE** adotará os seguintes mecanismos de regulação, exceto em consultas e casos de urgência e emergência:
- I. Auditoria/Perícia prévia: consiste no exame médico ou odontológico presencial, efetuado nas Unidades da **POSTAL SAÚDE** ou em locais por ela indicados, com a subsequente emissão de avaliação médica circunstanciada, antecedendo a realização do procedimento solicitado, com o correto enquadramento, de acordo com as normas e coberturas oferecidas pelo **PLANO PILOTO MASTER**.
 - II. Autorização prévia: consiste na autorização previamente concedida pela **POSTAL SAÚDE** ao prestador de serviços ou ao beneficiário para realização de procedimentos.
 - III. Porta de entrada: consiste em estrutura de saúde própria ou indicada pela **POSTAL SAÚDE**, que efetuará o acolhimento do beneficiário e definirá o seu melhor encaminhamento para a rede prestadora de serviço.

- 13.2 Todos os serviços cobertos pelo **PLANO PILOTO MASTER**, com exceção das consultas e casos de urgência e emergência, estão sujeitos à autorização prévia.
- 13.3 A critério da **POSTAL SAÚDE**, para avaliação e concessão da autorização prévia, poderão ser solicitados exames adicionais, detalhamento de relatórios e/ou comparecimento para auditoria/perícia presencial.
- 13.4 As regras referentes ao acesso e atendimento pelo mecanismo de porta de entrada estão disponíveis no site da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br).
- 13.5 Será necessária auditoria/perícia prévia sobre os procedimentos quando:
- a) Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não sejam expostos a algum procedimento além do cientificamente indicado e seguro para o beneficiário, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e com a cobertura oferecida pelo **PLANO PILOTO MASTER**;
 - b) Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelo **PLANO PILOTO MASTER**, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário; e
 - c) Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelo **PLANO PILOTO MASTER**.
- 13.6 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por profissional não pertencente à rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**, entretanto devem ser realizados na rede credenciada do **PLANO PILOTO MASTER**.
- 13.7 Os pedidos médicos terão a validade de 30 (trinta) dias corridos e os pedidos de tratamentos seriados 180 (cento e oitenta) dias corridos.
- 13.8 Em caso de divergência na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **POSTAL SAÚDE** e por um terceiro (desempatador) escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE**.
- 13.9 O parecer do profissional desempatador será acatado para fins de cobertura.
- 13.10 No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos cobertos pelo **PLANO PILOTO MASTER**, deverá ser observado:
- a) O profissional assistente pode determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos; e
 - b) O profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e pode indicar, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.
- 13.11 Quando não existirem 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, deverá ser apresentada a justificativa e/ou carta de exclusividade.
- 13.12 A **POSTAL SAÚDE** poderá instaurar junta médica quando o profissional assistente se recusar a indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

- 13.13 A autorização prévia somente será fornecida pela **POSTAL SAÚDE** após avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e/ou no relatório do médico ou odontólogo-assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.
- 13.14 A **POSTAL SAÚDE** garantirá o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa ANS nº 566/22, ou na que vier a substituí-la, levando em consideração a data a partir da qual o beneficiário realizou a entrega da documentação completa exigida para análise.
- 13.15 Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o beneficiário será submetido. Quando necessária a permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à **POSTAL SAÚDE** a prorrogação da autorização.
- 13.16 A contagem dos prazos estabelecidos nas cláusulas desse capítulo iniciar-se-á a partir da data do envio à **POSTAL SAÚDE** da documentação completa exigida para a análise.
- 13.17 Das coparticipações:

- 13.17.1 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário quando utiliza os serviços cobertos pelo plano, a qual poderá ser definida em termos fixos ou em percentuais.
- 13.17.2 Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário (mensalidade), serão cobradas coparticipações, nos moldes definidos abaixo:

Tabela 1 - percentuais de coparticipação

Grupo	Coparticipação
Medicamentos quimioterápicos	Isento
Internação	Isento
Demais procedimentos	15%

- 13.17.3 A tabela de classificação dos procedimentos está disponível no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br).
- 13.17.4 Os valores devidos pelos beneficiários a título de coparticipação serão cobrados mensalmente, junto com a cobrança das mensalidades, por meio de título de cobrança bancário ou outro instrumento que vier a substituí-lo, na data de vencimento acordada quando da adesão do beneficiário ao **PLANO PILOTO MASTER**.
- 13.17.5 Os valores de coparticipação serão cobrados mensalmente à medida em que as contas médicas forem sendo apresentadas, sem que haja limite de valor de cobrança em determinada competência.
- 13.17.6 Todos os beneficiários do **PLANO PILOTO MASTER** estarão submetidos às regras de cobrança de coparticipação, conforme dispositivos da presente cláusula.
- 13.17.7 Os valores de coparticipação deverão ser pagos pelo Beneficiário Titular em relação a si, aos seus dependentes e aos seus agregados.
- 13.17.8 No caso dos agregados, os valores de coparticipação poderão ser pagos diretamente por eles, desde que assumam as responsabilidades financeiras dos contratos.

CAPÍTULO 14 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 14.1 O **PLANO PILOTO MASTER** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', quando o valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) é calculado antes da utilização das coberturas contratadas, conforme preconiza a legislação vigente da ANS.
- 14.2 Todos os beneficiários vinculados ao **PLANO PILOTO MASTER** deverão contribuir para ele, considerando a faixa etária de cada beneficiário, conforme o plano de custeio constante no Capítulo 14 deste Regulamento.
- 14.3 Os valores de mensalidade deverão ser pagos pelo Beneficiário Titular em relação a si, aos seus dependentes e aos seus agregados.
- 14.4 No caso dos agregados, os valores de mensalidade poderão ser pagos diretamente por eles, desde que assumam as responsabilidades financeiras dos contratos.
- 14.5 As mensalidades serão cobradas mensalmente, independentemente da utilização ou não dos serviços do plano de saúde naquela competência, por meio de título de cobrança bancário ou outro instrumento que vier a substituí-lo, na data de vencimento acordada quando da adesão do beneficiário ao **PLANO PILOTO MASTER**.
- 14.6 A falta de recebimento do boleto bancário até a data do vencimento não prejudicará a exigibilidade do pagamento das mensalidades. O boleto poderá ser obtido pela internet, no endereço www.postalsaude.com.br, em área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios, e/ou pela central de atendimento da **POSTAL SAÚDE** (0800 888 8116).
- 14.7 Os valores das mensalidades serão fixados, apenas, em função da faixa etária do beneficiário e serão atualizados:
- a) A cada 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência do presente Regulamento, mediante comunicação dirigida à ANS, de acordo com as normas regulamentares vigentes à época; e
 - b) Com a alteração de idade do beneficiário que importe mudança de faixa etária.
- 14.8 Quando da alteração da idade do beneficiário, com deslocamento para a faixa etária superior, o valor da mensalidade será alterado, automaticamente, para o da próxima faixa etária.
- 14.9 O reajuste dos valores das mensalidades decorrentes da mudança de faixa etária não se confundirá com o reajuste financeiro anual do **PLANO PILOTO MASTER**.
- 14.10 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observarão o disposto abaixo, conforme legislação vigente da ANS:
- a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária; e
 - b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
- 14.11 Não será aplicado reajuste por mudança de faixa etária ao beneficiário com 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais, permanecendo para estes apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO 15 - CUSTEIO

- 15.1 O custeio do **PLANO PILOTO MASTER** será aprovado anualmente pelo Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que venha a substituí-lo, com base em estudo atuarial.
- 15.2 Para fazer parte do **PLANO PILOTO MASTER**, cada beneficiário (titular, dependente e agregado) deverá contribuir, mensalmente, com o valor integral especificado na tabela de preços a seguir, conforme a sua faixa etária:

Tabela 2 - valores de mensalidades

Faixa etária	Mensalidade
00-18	R\$ 291,38
19-23	R\$ 311,24
24-28	R\$ 338,81
29-33	R\$ 397,97
34-38	R\$ 478,95
39-43	R\$ 541,47
44-48	R\$ 660,76
49-53	R\$ 810,98
54-58	R\$ 1.093,29
59 anos ou mais	R\$ 1.172,24

- 15.3 A tabela de mensalidades acima vigorará entre o período de de xx a xx.
- 15.4 O atraso no pagamento das obrigações financeiras (mensalidade e coparticipação) implicará na cobrança de juros de mora de no máximo 1% (um por cento) ao mês e 0,033 (zero vírgula zero trinta e três) ao dia e em multa de no máximo 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

CAPÍTULO 16 - REAJUSTE

- 16.1 De modo a assegurar-se o equilíbrio econômico-financeiro do **PLANO PILOTO MASTER**, anualmente, será efetuada avaliação atuarial, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas e do custeio do plano.
- 16.2 Na avaliação atuarial será observada a relação entre as receitas e despesas do plano, de forma a assegurar o seu equilíbrio econômico-atuarial.
- 16.3 A avaliação atuarial poderá levar em consideração desequilíbrios técnicos, considerando os seguintes fatores:
- a) Aumento da sinistralidade do plano;
 - b) Aumento dos custos médicos no mercado de saúde suplementar;
 - c) Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do Rol de Procedimentos pela ANS; e/ou
 - d) Alteração sensível na estrutura da carteira de beneficiários do **PLANO PILOTO MASTER**.
- 16.4 Em caso de aplicação de reajuste técnico-atuarial, este será divulgado no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) no mês programado para o reajuste financeiro.

- 16.5 Independentemente da data de adesão do beneficiário ao **PLANO PILOTO MASTER**, o reajuste técnico-atuarial acontecerá no mês de **xx** de cada ano – entendendo-se essa como a data-base.
- 16.6 A avaliação atuarial, poderá, ainda, indicar a necessidade de reajuste nos percentuais e/ou valores de coparticipação previstos neste Regulamento.
- 16.7 Qualquer reajuste aplicado ao **PLANO PILOTO MASTER** deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

CAPÍTULO 17 – DISPOSIÇÕES FINAIS

- 17.1 Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente; assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado estará sujeita a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observando-se a legislação em vigor.
- 17.2 A **POSTAL SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste Regulamento.
- 17.3 Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que vier a substituí-lo.
- 17.4 Em caso de beneficiários cancelados nos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Postal Dental e Plano Piloto Ambulatorial, e inscritos no **PLANO PILOTO MASTER**, os débitos adquiridos naqueles produtos permanecerão objeto de cobrança até sua total quitação.
- 17.5 Em caso de extinção do **PLANO PILOTO MASTER**, depois de liquidados os seus compromissos, o Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que vier a substituí-lo, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.
- 17.6 O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, com início em **xx**.
- 17.7 Fica eleito o foro Brasília-DF para dirimir quaisquer demandas sobre o presente Regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

DOS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Lei 9.656/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 06/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 08/1998;

- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 13/1998;
- Instrução Normativa nº 28/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 395/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 424/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 490/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 558/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 561/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 563/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 567/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 593/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 13/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 25/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD).

DOS DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Social da POSTAL SAÚDE.

ANEXO I

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO

Tabela 3 - documentação necessária para inscrição

Tipo de beneficiário	Documentação exigida
Titular	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e d) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Dependentes	
Cônjuge	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Casamento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e e) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Companheiro	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Filho até a idade de 21 anos incompletos	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Certidão de Nascimento; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG); e ▪ Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado até a idade de 21 anos incompletos	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Certidão de Nascimento; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG); e ▪ Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Filho maior de 21 anos e até 24 anos incompletos - universitário	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e g) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado maior de 21 anos e até 24 anos incompletos - universitário	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e g) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Filho ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Interdição Civil Judicial;

	g) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso; e h) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório, no caso de enteado (a).
Criança ou adolescente sob guarda ou tutela	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e f) Documento de guarda provisória ou definitiva.
Agregados	
Filho	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e e) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e e) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Pai/mãe	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e e) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Irmão	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do RG/CPF do titular; d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e f) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Tio	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular.
Sobrinho	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do RG/CPF do titular; d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); f) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado.
Neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia da Certidão de Nascimento; e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); f) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e

	g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado.
Enteado-neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória do genitor (a) do enteado (a) com o Filho(a) do(a) titular ou declaração com assinatura reconhecida em cartório; e g) Cópia do RG do Filho (a) do(a) titular.
Bisneto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Cópia da Certidão de Nascimento; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado; e h) Cópia do RG/CPF do Filho do titular.
Trineto	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Se for utilizado cópia da Identidade do (a) Bisneto (a) do (a) titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do (a) Bisneto (a); g) Cópia da Identidade do (a) Filho (a) do (a) titular, genitor (a) do Neto (a); e h) Cópia da identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do bisneto (a).
Sobrinho-neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia do RG/CPF do titular; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do (a) agregado (a); e h) Cópia do RG/CPF dos avós do agregado (a).
Avô/Avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular ou do cônjuge/companheiro do titular; e f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular ou do cônjuge/companheiro do titular.
Bisavô/Bisavó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular; e g) RG/CPF do avô/avó do titular.

Trisavô/Trisavó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular; g) Cópia do RG/CPF do avô/avó do titular; e h) Cópia do RG/CPF do bisavô/bisavó do titular.
Tio-avô/Tia-avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG do (a) titular; f) Cópia do RG do genitor do titular que conste os nomes do avô ou da avó; e g) Cópia do RG do avô ou da avó do titular.
Primo	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia do RG/CPF do (a) titular; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do (a) titular; e h) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado (a).
Genro/nora	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do filho (a); e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório do filho.
Padrasto/madrasta	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Cunhado	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do marido/esposa do titular; e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Sogro	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do marido/esposa do titular; e

	f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Sogro-avô/Sogra-avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia da Certidão de Nascimento do cônjuge; f) Cópia da Certidão de nascimento do sogro ou sogra; e g) Cópia do RG do sogro avô.

ANEXO II

DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA PARA FINS DE REEMBOLSO

Tabela 4 - documentação comprobatória para fins de reembolso

Procedimento ou serviço	Documentação exigida
Consultas Médicas	▪ Recibo ou nota fiscal; e ▪ Comprovante de pagamento.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	▪ Recibo ou nota fiscal; ▪ Comprovante de pagamento; e

SADT/ Tratamentos seriados	Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	- Recibo ou nota fiscal; - Comprovante de pagamento; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso; e - Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.
Internações	- Recibo ou nota fiscal do estabelecimento hospitalar e/ou dos profissionais que prestaram atendimento; - Comprovante de pagamento; - Relatório do médico assistente justificando a necessidade de internação, com descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e demais informações que se fizerem pertinentes; - Fatura hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados; - Em caso de internação cirúrgica, cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico; e - Se utilizado implante de órtese, prótese ou material especial, nota fiscal do material utilizado.

§1º. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
- III. Especialidade, se profissional médico;
- IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de atendimento e valor unitário e total; e
- V. Data de quitação do serviço.

§2º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Razão social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- III. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- IV. Especialidade, se profissional médico; e
- V. Data de quitação do serviço.



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaude.com.br

Nome/Razão Social	Bairro	ESPECIALIDADES
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIAS LTDA ME	Areal (Águas Claras)	Mastologia Cancerologia Oncologia Clínica Cirurgia Oncológica
INSTITUTO DE CANCER DE BRASILIA LTDA	Areal (Águas Claras)	Oncologia Clínica Mastologia Cancerologia
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIA LTDA ME	GAMA	Oncologia Clínica Mastologia Cirurgia Oncológica
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIA SA	Asa Norte	Mastologia Cirurgia Oncológica Oncologia Clínica
CETTRO CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLOGICO LTDA	ASA NORTE	Cancerologia Mastologia Oncologia Clínica Radioterapia
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIA SA	Asa Norte	Mastologia Oncologia Clínica Cirurgia Oncológica
ONCO VIDA INSTITUTO ESPECIALIZADO DE ONCOLOGIA LTDA	ASA SUL	Coloproctologia Mastologia Cirurgia Oncológica Oncologia Clínica Cancerologia
GASTROCLINICA ASA NORTE S/C - EPP	ASA NORTE	Cirurgia Do Aparelho Digestivo Coloproctologia Endoscopia Homeopatia
Clínica Renal Prime	Asa Norte	Nefrologia
Mantevida	Asa Norte	Infectologia Nutricionista Oncologia Psicologia Reumatologia

CENTRO CLÍNICO SALUTA	Asa Sul	Acupuntura Alergia e Imunologia Angiologia Cardiologia Cirurgia Plástica Clínica Médica Dermatologia Endocrinologia e Metabologia Fisioterapia Fonoaudiologia Gastroenterologia Geriatria Ginecologia E Obstetrícia Hematologia E Hemoterapia Infectologia Mastologia Neurologia Nutricionista Nutrologia Oftalmologia Ortopedia E Traumatologia Otorrinolaringologia Pediatría Pneumologia Psicologia Psiquiatria Reumatologia Urologia Radiologia e Diagnostico Por Imagem
CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR DE BRASILIA LTDA	Asa Sul	Radiologia E Diagnóstico por Imagem Medicina Nuclear
RECRIAR CLINICA PSICOPEDAGOGICA LTDA	Asa Norte	Fisioterapia Psicologia Terapia Ocupacional Fonoaudiologia
RECRIAR CLINICA PSICOPEDAGOGICA LTDA	Aguas Claras	Fisioterapia Psicologia Terapia Ocupacional Fonoaudiologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Shopping Pátio Brasil	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Gama	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Asa Sul	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Asa Norte	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Norte (Águas Claras)	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Sobradinho	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Riacho Fundo I	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Ceilândia Norte (Ceilândia)	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Samambaia Sul (Samambaia)	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Patologia

OFTALMED TAGUATINGA	Taguatinga	Oftalmologia
OFTALMED AGUAS CLARAS	Águas Claras	Oftalmologia
OFTALMED CEILANDIA	Ceilândia	Oftalmologia
OFTALMED ASA SUL	Asa Sul	Oftalmologia



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

REGULAMENTO DO PLANO PILOTO AMBULATORIAL

REGULAMENTO DO PLANO PILOTO AMBULATORIAL

Unidade Administrativa gestora do normativo	- Diretoria de Produtos, Mercado e Relacionamento (DIREL) - Gerência Executiva de Relacionamento Institucional (GERIN)
Unidade Administrativa responsável pela conformidade	- Presidência (PRESI) - Gerência de Compliance e Riscos (GECRI)
Numeração	
Versão	
Data da Apreciação pela DIREX	
Data de Aprovação pelo CODEL	
Data de Aprovação pela Mantenedora	
Data de Publicação	
Advertência	Este normativo é de uso exclusivo da Postal Saúde. A divulgação não autorizada estará sujeita às penalidades cabíveis por Lei. Toda e qualquer autorização para cópia, divulgação, apresentação ou qualquer outra finalidade deverá ser obtida junto à POSTAL SAÚDE.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – OBJETO E CARACTERÍSTICAS GERAIS	4
CAPÍTULO 2 – DEFINIÇÕES INICIAIS	4
CAPÍTULO 3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	9
CAPÍTULO 5 – PERÍODOS DE CARÊNCIA	10
CAPÍTULO 6 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	11
CAPÍTULO 7 – FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	12
CAPÍTULO 8 – SERVIÇOS COBERTOS	13
CAPÍTULO 9 – EXCLUSÕES DE COBERTURA	15
CAPÍTULO 10 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	16
CAPÍTULO 11 – REMOÇÃO	18
CAPÍTULO 12 – REEMBOLSO	18
CAPÍTULO 13 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	19
CAPÍTULO 14 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	21
CAPÍTULO 15 - CUSTEIO	22
CAPÍTULO 16 - REAJUSTE	23
CAPÍTULO 17 – DISPOSIÇÕES FINAIS	24

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO	21
TABELA 2 - VALORES DE MENSALIDADES	23
TABELA 3 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCRIÇÃO	26

CAPÍTULO 1 – OBJETO E CARACTERÍSTICAS GERAIS

- 1.1 A **POSTAL SAÚDE - CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS**, operadora de planos privados de assistência à saúde, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF 18.275.071/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob o nº 41913-3, a seguir denominada **POSTAL SAÚDE**, classificada na modalidade autogestão, associação privada, com sede no Setor Hoteleiro Sul (SHS) quadra 2, bloco B, Edifício Telex, Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70.312-900, opera o plano de saúde sem patrocinador denominado **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 1.2 O presente instrumento tem por objetivo apresentar as características, as normas e os critérios da prestação continuada dos serviços de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência ambulatorial com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e suas Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes na data do evento.
- 1.3 O presente instrumento é um Regulamento, o qual traça as diretrizes do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, cujas características são de contrato de adesão.
- 1.4 O plano de saúde **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** está registrado na **ANS sob o nº 500396242**, possuindo como características gerais:
- I. **Tipo de Contratação:** coletivo empresarial;
 - II. **Segmentação Assistencial:** ambulatorial;
 - III. **Área geográfica de abrangência:** estadual;
 - IV. **Área geográfica de atuação:** DF;
 - V. **Formação do preço:** pré-estabelecido;
 - VI. **Fator Moderador:** coparticipação;
 - VII. **Coberturas assistenciais:** referência ao rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS; e
 - VIII. **Acesso à livre escolha:** não.

CAPÍTULO 2 – DEFINIÇÕES INICIAIS

- 2.1 Para efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:
- I. **Adjuvantes:** medicação empregada de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
 - II. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.
 - III. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.
 - IV. **Agravo:** acréscimo no valor da mensalidade, em razão da aplicação de cobertura parcial temporária, possibilitando o acesso às coberturas que ficariam suspensas por até 24 meses - cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade.

- V. **Área geográfica de abrangência:** área em que a operadora de plano de saúde deve garantir as coberturas de assistência à saúde e na qual os beneficiários poderão utilizar os serviços cobertos.
- VI. **Atendimento ambulatorial:** atendimento ambulatorial é aquele que se limita aos serviços exequíveis em consultórios ou ambulatórios que, embora não necessitem de internação, podem eventualmente demandar o apoio de estruturas hospitalares, sem ultrapassar o período de 12 horas.
- VII. **Auditoria/perícia:** atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e as relações humanas e sociais.
- VIII. **Beneficiário:** pessoa física (titular, dependente ou agregado) que é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste Regulamento.
- IX. **Carência:** prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas do plano de saúde.
- X. **Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB):** documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.
- XI. **Complicações na gestação/processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- XII. **Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU):** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o art. 35-A da Lei nº 9.656/98.
- XIII. **Coparticipação:** é o valor pago pelo beneficiário à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, independentemente da contribuição mensal (mensalidade) devida.
- XIV. **Diretriz de utilização (DUT):** critérios estabelecidos pela ANS, em que o quadro clínico do beneficiário precisa se enquadrar em determinadas condições para que a operadora custeie o tratamento/procedimento.
- XV. **Evento:** conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médico-hospitalar realizados pelo beneficiário do plano.
- XVI. **Inseminação artificial:** técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
- XVII. **Rol de procedimentos e eventos em saúde:** listagem mínima e obrigatória de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer, definido pela ANS.
- XVIII. **Titular:** pessoa física que mantém ou manteve vínculo empregatício com a patrocinadora do plano de saúde, podendo ser empregado ativo, ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado.
- XIX. **Unidade de Atendimento Regional (UAR) e Núcleo De Atendimento Regional (NAR):** Unidades de atendimento presencial da Postal Saúde aos seus beneficiários.
- XX. **Uso off-label:** uso de medicamento, material ou qualquer outra espécie de tecnologia em saúde, para indicação que não está descrita na bula ou manual registrado na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

CAPÍTULO 3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 Podem aderir ao PLANO PILOTO AMBULATORIAL:

- I. Empregados ativos da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS e dependentes deles;
- II. Aposentados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS e dependentes deles;
- III. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos sem justa causa e dependentes deles;
- IV. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos a pedido e dependentes deles; e
- V. Os familiares, aqui chamados agregados, dos beneficiários titulares dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Master, Postal Dental e, inclusive, **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, observando-se os vínculos exigidos na legislação vigente.

3.2 Dos titulares:

3.2.1 São considerados titulares do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**:

- I. Empregados ativos da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS;
- II. Aposentados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS;
- III. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos sem justa causa; e
- IV. Ex-empregados da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS demitidos a pedido.

3.2.2 No caso do ex-empregado demitido sem justa causa ou a pedido, o período de manutenção na condição de beneficiário no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** poderá ser garantido por prazo indeterminado.

3.2.3 No caso do aposentado, o período de manutenção na condição de beneficiário no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** poderá ser garantido por prazo indeterminado.

3.2.4 No caso do empregado ativo da EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS – CORREIOS que optar pela sua adesão ou de seu dependente ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, este deve assumir, integralmente, o pagamento da mensalidade e da coparticipação. Não haverá qualquer tipo de subsídio da Mantenedora.

3.3 Dos dependentes:

3.3.1 São considerados **dependentes** dos **beneficiários titulares** do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**:

- a) Cônjuge ou companheiro;
- b) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade;
- c) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, a partir de 21 (vinte e um) anos de idade e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que universitários e limitado à primeira graduação;
- d) Filhos (incluídos os adotivos) ou enteados, solteiros, permanentemente incapacitados para o trabalho; e
- e) Menores sob guarda ou tutela, observados os limites de idade estabelecidos neste regulamento.

3.3.2 Para a inclusão do filho (incluídos os adotivos) ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho, é obrigatório que o Beneficiário Titular apresente a documentação comprobatória de sua condição.

- 3.3.3 Sempre que julgar necessário, a **POSTAL SAÚDE** poderá realizar avaliações para comprovar a presença de requisitos básicos de admissão e de manutenção dos dependentes.
- 3.3.4 A inscrição do dependente fica condicionada à participação do **Beneficiário Titular** em um dos seguintes planos: CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Master, Postal Dental e, inclusive, **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 3.3.4.1 Em caso de saída ou óbito do Beneficiário Titular ao qual esteja vinculado, o dependente já inscrito no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** pode permanecer na condição de beneficiário, desde que ele (beneficiário com idade igual ou maior de 18 anos) ou seu responsável legal (beneficiário menor de 18 anos ou incapacitado para o trabalho) assuma, integralmente, todas as obrigações contratuais, nos termos da legislação vigente.
- 3.3.5 Os filhos (incluídos os adotivos) e os enteados, quando não atenderem aos requisitos para se manter como dependente no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, passam a ser elegíveis na condição de agregado.
- 3.3.6 Os filhos (incluídos os adotivos) e os enteados, universitários, quando completarem 24 (vinte e quatro) anos perdem o direito de permanecer como dependente no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** na data de seu aniversário, passando a ser elegíveis na condição de agregado.
- 3.3.7 Não poderão ser inscritos, concomitantemente, o cônjuge e o companheiro como beneficiários dependentes de um mesmo Beneficiário Titular.
- 3.3.8 A solicitação de inclusão do dependente deverá ser realizada pelo Beneficiário Titular, por meio do preenchimento de termo de adesão.

3.4 Dos agregados:

- 3.4.1 São considerados **agregados** os familiares até o 4º grau de parentesco consanguíneo e ao 2º grau de parentesco por afinidade, vinculados a um titular dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Master, Postal Dental e, inclusive, do próprio **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, quais sejam:
- a) Filhos e filhas;
 - b) Irmãos e irmãs;
 - c) Tios e tias;
 - d) Sobrinhos e sobrinhas;
 - e) Netos e netas;
 - f) Enteados-netos ou enteadas-netas;
 - g) Bisnetos e bisnetas;
 - h) Trinetos e trinetas (filho(a) do(a) bisneto(a));
 - i) Sobrinhos-netos e sobrinhas-netas;
 - j) Pai e mãe;
 - k) Avôs e avós;
 - l) Bisavôs e bisavós;
 - m) Trisavôs e trisavós (pai/mãe do(a) bisavô/bisavó);
 - n) Tios-avôs e tias-avós;
 - o) Enteados e enteadas;
 - p) Primos e primas;

- q) Genro e nora;
 - r) Padrasto e madrastra;
 - s) Cunhados e cunhadas;
 - t) Sogro e sogra; e
 - u) Sogro-avô e sogra-avó (avô/avó do cônjuge ou companheiro(a)).
- 3.4.2 Para a inclusão do agregado é obrigatório que o Beneficiário Titular esteja com a inscrição "ativa" nos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Master, Postal Dental ou no próprio **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 3.4.3 A solicitação de inclusão do beneficiário agregado deverá ser realizada pelo Beneficiário Titular, por meio do preenchimento do termo de adesão.
- 3.4.4 Os parentes por afinidade dos beneficiários agregados não são considerados elegíveis para inscrição no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 3.4.5 Quando não existir regra contrária, os dependentes dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Postal Dental e Plano Piloto Master que perderem o vínculo naqueles produtos passam a ser elegíveis para o **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** na condição de agregado.
- 3.4.6 Sempre que julgar necessário, a **POSTAL SAÚDE** poderá realizar avaliações para comprovar a presença de requisitos básicos de admissão e de manutenção dos agregados.
- 3.4.7 Em caso de saída ou óbito do Beneficiário Titular ao qual esteja vinculado, o agregado já inscrito no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** pode permanecer na condição de beneficiário, desde que ele (beneficiário com idade igual ou maior de 18 anos) ou seu responsável legal (beneficiário menor de 18 anos ou incapacitado para o trabalho) assuma, integralmente, todas as obrigações contratuais, nos termos da legislação vigente.
- 3.5 Para inscrição do beneficiário no plano é necessária a apresentação dos documentos listados no Anexo I deste Regulamento.
- 3.6 O início da vigência da inscrição do beneficiário ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** se dará após a comprovação de elegibilidade e processamento da documentação, conforme calendário de adesões da **POSTAL SAÚDE**.
- 3.7 A inclusão e permanência dos beneficiários ficam vinculadas à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.
- 3.8 No ato de adesão ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, o beneficiário de outro plano da **POSTAL SAÚDE**, o qual tenha dívida ativa com a operadora e que até a data do pleito ainda não tenha efetuado a total quitação dos débitos, não poderá efetuar sua inscrição ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 3.9 A adesão ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** dar-se-á mediante preenchimento e assinatura de proposta de adesão e do pagamento da 1ª (primeira) mensalidade. Apenas após o processamento da proposta de adesão e pagamento da 1ª (primeira) mensalidade é que a adesão será efetivada.

CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

4.1 Ocorrerá a exclusão do beneficiário, nas seguintes hipóteses:

- I. Por fraude ou tentativa de fraude por parte do beneficiário, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório;
- II. Perda da qualidade de dependente ou agregado, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste Regulamento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente ou agregado;
- III. Por solicitação expressa do beneficiário;
- IV. Pela inadimplência de duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos termos da legislação em vigor;
- V. Por óbito do beneficiário; e
- VI. Perda da qualidade de titular, que pode ocorrer por: falecimento; decisão administrativa ou decisão judicial; opção voluntária; e outras situações previstas em lei.

4.2 A exclusão do Beneficiário Titular dos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Plano Piloto Master, Postal Dental e, inclusive, do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, não implica a automática exclusão de todos os seus dependentes e/ou agregados vinculados ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, exceto eventuais casos previstos neste Regulamento.

4.3 No caso de beneficiários excluídos, os procedimentos autorizados até o dia anterior ao da sua exclusão serão cobertos, perdendo automaticamente, após isso, a cobertura para novos atendimentos.

4.4 Quando cumpridos os dispositivos da RN nº 438/2018 da ANS, e possíveis alterações, o beneficiário excluído poderá realizar a portabilidade para outra operadora.

4.5 A exclusão não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos, incluídos os valores de mensalidades e de coparticipação, que venham a surgir em razão da utilização do plano até a data do seu cancelamento.

4.6 No caso da exclusão por óbito, o cancelamento do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** ocorrerá após a comunicação da morte à **POSTAL SAÚDE**, momento no qual deve ser entregue a certidão de óbito do beneficiário falecido.

4.7 Os beneficiários excluídos por fraude, devidamente comprovada, não poderão aderir a qualquer outro plano da **POSTAL SAÚDE**.

4.8 Exclusão por inadimplência:

4.8.1 Os beneficiários inadimplentes poderão ser notificados pelos seguintes meios:

- I. Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura;
- II. Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- III. Mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
- IV. Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- V. Carta, com aviso de recebimento (AR) dos Correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou

- VI. Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
- 4.8.2 Para a notificação por inadimplência, a **POSTAL SAÚDE** considerará as informações fornecidas pelos beneficiários que serão notificados, cadastradas no banco de dados da operadora, nos termos da legislação vigente.
- 4.8.3 Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos no item 4.8.1, a **POSTAL SAÚDE** poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, nos termos da legislação vigente.
- 4.8.4 A notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.
- 4.8.5 A exclusão por inadimplência não cessa a obrigação do beneficiário de quitar os débitos atrasados e aqueles referentes à coparticipação que venham a surgir em razão da utilização do plano até a data do cancelamento pela operadora.
- 4.9 A utilização indevida do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** após o cancelamento, acarretará a adoção de medidas legais cabíveis e a cobrança integral pelas utilizações indevidas.

CAPÍTULO 5 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 5.1 Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente.
- I. Urgência e emergência: 24 horas;
 - II. Consulta eletiva: 30 dias;
 - III. Exame simples: 60 dias;
 - IV. Demais exames: 90 dias; e
 - V. Terapias e outros procedimentos: 180 dias.
- 5.2 Para efeitos deste regulamento, consideram-se exames simples: procedimentos das especialidades de ultrassonografia e medicina laboratorial.
- 5.3 Não será exigido o cumprimento dos prazos regulamentares de carência:
- a) Das inscrições feitas em até 30 (trinta) dias a contar da data de início da abertura do período de adesões do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**;
 - b) Se a adesão do beneficiário (titular, dependente ou agregado) ocorrer em até 30 (trinta) dias a contar da data em que este passar a ser elegível ao plano; e
 - c) Das adesões feitas em completa conformidade com as previsões contidas na Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS (portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde), e possíveis alterações.
- 5.4 Será assegurada a inclusão no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular:

- a) Do recém-nascido, filho ou filha natural ou por adoção do beneficiário, ou ainda sob guarda ou tutela deste, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto, adoção, guarda ou tutela;
- b) Do filho ou da filha adotivos, ou sob guarda ou tutela do beneficiário, menor de 12 (doze) anos, desde que a inscrição ao plano de saúde ocorra em 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela; e
- c) Do filho ou da filha, menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inscrição ao plano de saúde ocorra em 30 (trinta) dias a contar da data do reconhecimento.

5.5 A inclusão dos beneficiários elencados na cláusula 5.4, após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da guarda, da tutela ou do reconhecimento de paternidade, os sujeitará ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

5.6 A inclusão dos beneficiários elencados na cláusula 5.4 acontecerá após a verificação dos critérios de elegibilidade, conforme definido no Capítulo 3 deste Regulamento.

5.7 A contagem dos prazos de carência se dará a partir da data de início da vigência da adesão do beneficiário no plano.

5.8 Os prazos de carência previstos também serão observados na reativação de beneficiários.

5.9 O beneficiário excluído por inadimplência poderá requerer nova adesão ao plano após o pagamento da dívida, com o cumprimento de novos prazos de carência.

5.10 Em caso de utilização dos serviços do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** durante o período de carência, a **POSTAL SAÚDE** poderá cobrar, integralmente, do beneficiário o valor dos atendimentos realizados.

CAPÍTULO 6 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1 Para efeitos deste Regulamento, considera-se:

- I. Acidente pessoal como o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;
- II. Atendimento de urgência como o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional; e
- III. Atendimento de emergência como o evento que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.2 O atendimento de urgência/emergência, durante o período de carência, será garantido depois de 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao **POSTAL PILOTO AMBULATORIAL**, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime ambulatorial, não sendo garantida, portanto, cobertura para internação.

6.3 Em qualquer atendimento de urgência e emergência, seja durante o período de carência ou fora dele, uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura e havendo necessidade de internação, cessa o atendimento ambulatorial e a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE**.

- 6.4 Garante-se a remoção para unidade do SUS que disponha de recursos necessários para a continuidade do atendimento do beneficiário, em ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, e desde que atestada pelo médico-assistente a necessidade da internação.
- 6.5 Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e o beneficiário, sem ônus para a **POSTAL SAÚDE**.
- 6.6 Estarão sujeitos aos períodos de carência mencionados no capítulo 5 deste regulamento os tratamentos de reabilitação provenientes dos atendimentos de urgência em virtude de acidente pessoal.

CAPÍTULO 7 – FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 Identificação dos beneficiários do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**:

- 7.1.1 A **POSTAL SAÚDE** fornecerá aos beneficiários Cartão de Identificação do beneficiário – CIB digital, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, é obrigatória para utilização das coberturas assistenciais oferecidas pelo plano.
- 7.1.2 O CIB digital mencionado na cláusula anterior estará disponível no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) e aplicativo, os quais possuem área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios.
- 7.1.3 A falta ou recusa na apresentação do cartão de identificação implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte dos prestadores da rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**, exceto nos casos comprovados de urgência e/ou emergência.

7.2 Formas de acesso aos serviços:

- 7.2.1 A assistência de que trata este Regulamento será prestada, exclusivamente, por meio de prestadores credenciados pela **POSTAL SAÚDE**.
- 7.2.2 O plano possuirá uma rede de prestadores de serviços assistenciais referenciada, que consiste em um conjunto de estabelecimento previamente definidos pela **POSTAL SAÚDE**.
- 7.2.3 As informações sobre a rede credenciada de prestadores de serviços serão disponibilizadas pela internet no endereço www.postalsaude.com.br, em área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios, e pela central de atendimento (0800 888 8116), todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.
- 7.2.4 A **POSTAL SAÚDE** poderá promover, a qualquer tempo, alterações em sua rede credenciada, respeitada a legislação que trate sobre o tema e esteja em vigor à época das alterações.
- 7.2.5 Para a substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, será necessária comunicação prévia ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de

antecedência. O referido prazo não será observado em casos de fraude e infração das normas sanitárias ou fiscais em vigor.

- 7.2.6 Nos atendimentos prestados pela rede credenciada, o beneficiário ou o seu responsável deverá assinar a guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.
- 7.2.7 A falta ou recusa de assinatura da guia de atendimento implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte dos prestadores da rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**.
- 7.2.8 Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede credenciada da área geográfica de atuação do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE** disponibilizar entidade e/ou profissional qualificado para o atendimento, nos limites da cobertura deste Regulamento, e conforme regras e prazos da legislação específica que trate sobre o tema e esteja em vigor à época do atendimento.
- 7.2.9 Caso o beneficiário não consiga agendar o serviço/procedimento, dentro dos limites da cobertura deste Regulamento, nos prazos definidos pela legislação específica que trate sobre o tema e esteja em vigor à época do atendimento, deverá entrar em contato com a **POSTAL SAÚDE**, por meio da central de atendimento (0800 888 8116) ou presencialmente, comparecendo em uma Unidade de Representação Regional (URR) ou Núcleo de Atendimento Regional (NAR) de sua localidade, ocasião em que será fornecido número de protocolo referente ao pedido, sendo que o prazo para a garantia de atendimento passará a contar a partir desta data, conforme preconiza a Resolução Normativa n.º 566/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

CAPÍTULO 8 – SERVIÇOS COBERTOS

8.1 A **POSTAL SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carência e condições estabelecidas neste Regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, relativos aos atendimentos ambulatoriais realizados dentro da área de abrangência e atuação do plano, e na rede prestadora de serviços referenciada da **POSTAL SAÚDE**, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e respeitando-se o estabelecido na DUT – Diretriz de Utilização, vigentes na data do evento.

8.2 Cobertura Ambulatorial:

- 8.2.1 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656/98 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e façam parte Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- III. Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- IV. Sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, e em número ilimitado de sessões por ano;
- VI. Ações de planejamento familiar de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- VII. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- IX. Quimioterapia oncológica ambulatorial, 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;
- X. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor na data do evento, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
 - a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e
 - b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição da ANVISA.
- XI. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- XII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- XIII. Hemoterapia ambulatorial;

- XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento; e
- XV. Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

CAPÍTULO 9 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1 Estão excluídos da cobertura do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, observando-se a legislação da saúde suplementar vigente na data do evento, os eventos e as despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e o seguinte:

- I. Eventos e procedimentos que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **POSTAL SAÚDE** sem atendimentos às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ao plano ou no cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
- III. Tratamento clínico experimental, isto é, aquele que: emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, assim como aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda aqueles que fazem uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;
- IV. Todo e qualquer tipo de internação bem como serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- V. Procedimentos clínicos para fins estéticos;
- VI. Inseminação artificial;
- VII. Qualquer tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- VIII. Estabelecimentos para acolhimento de idosos;
- IX. Procedimentos obstétricos, respeitadas as demais condições estabelecidas neste Regulamento e a legislação da saúde suplementar que trate sobre o tema;
- X. Procedimentos odontológicos, respeitadas as demais condições estabelecidas neste Regulamento e a legislação da saúde suplementar que trate sobre o tema;
- XI. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção daqueles utilizados para tratamento oncológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIV. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XV. Realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XVI. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XVII. Imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;
- XVIII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XIX. Procedimentos de investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade;

- XX. Procedimento, assistência ou remoção domiciliar, bem como qualquer outro atendimento, listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXI. Aparelhos ortopédicos;
- XXII. Tratamentos ou cirurgia para mudança de sexo;
- XXIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXIV. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XXV. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XXVI. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XXVII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXVIII. Avaliação pedagógica e orientação vocacional;
- XXIX. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXX. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;
- XXXI. Quimioterapia oncológica intra-tecal que demande internação; e
- XXXII. Embolizações.

CAPÍTULO 10 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 10.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 10.2 Não serão aplicados cobertura parcial temporária e/ou agravo no caso de doenças e lesões preexistentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste Regulamento, nos seguintes casos:
- a) Das inscrições feitas em até 30 (trinta) dias a contar da data de início da abertura do período de adesões do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**; e
 - b) Se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias da data em que o beneficiário se tornar elegível para o plano.
- 10.3 Se a adesão do beneficiário ocorrer em prazos distintos dos descritos na cláusula anterior, este deverá, obrigatoriamente, preencher o formulário de declaração de saúde no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes na data da sua inscrição, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, conforme o disposto na legislação vigente.
- 10.4 Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.
- 10.5 Para o preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela **POSTAL SAÚDE**.
- 10.6 Caso o beneficiário opte pela orientação de um médico não pertencente à lista de credenciados/referenciados da **POSTAL SAÚDE**, deve assumir o ônus financeiro da entrevista.
- 10.7 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **PLANO PILOTO**

AMBULATORIAL, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

- 10.8 Se necessário, as doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **POSTAL SAÚDE** para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.
- 10.9 A confirmação da doença ou lesão se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.
- 10.10 Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar a necessidade de procedimentos de alta complexidade, a **POSTAL SAÚDE** poderá oferecer a cobertura parcial temporária.
- 10.11 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.
- 10.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual está disponível no site www.ans.gov.br.
- 10.13 Será vedada à **POSTAL SAÚDE** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, por ocasião de sua admissão no plano.
- 10.14 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da adesão ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, a **POSTAL SAÚDE** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá:
- a) Oferecer cobertura parcial temporária ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano; ou
 - b) Oferecer o agravo, ou
 - c) Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.
- 10.15 Exercendo prerrogativa legal, a **POSTAL SAÚDE** opta pelo não fornecimento de agravo.
- 10.16 Instaurado o processo administrativo na ANS, à **POSTAL SAÚDE** caberá o ônus da prova.
- 10.17 A **POSTAL SAÚDE** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.
- 10.18 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação por parte da **POSTAL SAÚDE**.

- 10.19 Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 10.20 Após o julgamento, e acolhida a alegação da **POSTAL SAÚDE** pela ANS, o beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Postal Saúde, bem como será excluído do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 10.21 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do beneficiário do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO 11 – REMOÇÃO

- 11.1 A **POSTAL SAÚDE** arcará com os custos da remoção inter-hospitalar dos beneficiários do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência e havendo necessidade de internação, atestada pelo médico-assistente, ao fim das 12 (doze) horas de cobertura obrigatória.
- 11.2 A remoção do beneficiário somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.
- 11.3 A remoção ocorrerá para uma unidade do SUS, devendo-se observar as seguintes regras:
- a) Caberá à **POSTAL SAÚDE** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
 - b) Na remoção, a **POSTAL SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
 - c) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **POSTAL SAÚDE**, desse ônus; e
 - d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'a' dessa cláusula, a **POSTAL SAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica, das despesas assistenciais, bem como do ônus financeiro da remoção.
- 11.4 Ocorrendo a remoção à revelia da **POSTAL SAÚDE**, fica a operadora isenta de qualquer responsabilidade.

CAPÍTULO 12 – REEMBOLSO

- 12.1 O **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** não oferece a modalidade livre escolha, sendo os atendimentos prestados, exclusivamente, por rede credenciada referenciada. Dessa forma, as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde em caráter particular, por profissionais não credenciados, não são passíveis de reembolso pela **POSTAL SAÚDE**.

- 12.2 Será assegurado o reembolso das despesas com assistência à saúde tão somente nos casos de indisponibilidade ou de inexistência de rede credenciada quando, em último caso, o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, inclusive as despesas com transporte, e em conformidade com a legislação vigente à época do evento que trate sobre o tema.
- 12.3 Os casos eletivos de indisponibilidade e de inexistência de rede deverão ser previamente direcionados pelo beneficiário à **POSTAL SAÚDE**, nos moldes definidos na cláusula 7.2.9 deste regulamento, a qual realizará os trâmites necessários para garantia do atendimento, em conformidade com a legislação que trate sobre o tema e esteja em vigor à época dos fatos.
- 12.4 Os reembolsos aprovados serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da apresentação completa de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados.
- 12.5 O reembolso das despesas pagas diretamente pelo beneficiário só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento.
- 12.6 O pedido de reembolso deverá ser apresentado em formulário próprio, disponibilizado no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) e no aplicativo Minha Postal, acompanhado de todos os documentos necessários, devidamente assinado pelo beneficiário ou responsável legal.
- 12.7 Os documentos necessários para solicitação de reembolso estão listados no anexo II deste Regulamento.
- 12.8 Além dos documentos listados no anexo II deste regulamento, poderão ser solicitados documentos adicionais, de forma a complementar a análise pela equipe técnica da **POSTAL SAÚDE**.
- 12.9 Não serão processados os pedidos de reembolso com documentação incompleta, ilegível, dupla grafia, rasuras ou emendas.
- 12.10 O beneficiário tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, contados a partir da data de emissão do documento fiscal (nota fiscal ou recibo).
- 12.11 Se aplicável, a cobrança de coparticipação, nos percentuais e/ou valores definidos neste Regulamento, incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários e será abatida do valor a ser reembolsado no caso de deferimento do pedido de reembolso.
- 12.12 Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

CAPÍTULO 13 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 13.1 Com a finalidade de regular a demanda de utilização dos serviços cobertos pelo **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, observados os preceitos legais, a **POSTAL SAÚDE** adotará os seguintes mecanismos de regulação, exceto em consultas e casos de urgência e emergência:
- Auditoria/Perícia prévia: consiste no exame médico presencial, efetuado nas Unidades da **POSTAL SAÚDE** ou em locais por ela indicados, com a subsequente emissão de avaliação médica circunstanciada, antecedendo a realização do procedimento solicitado, com o correto enquadramento, de acordo com as normas e coberturas oferecidas pelo **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.

- II. Autorização prévia: consiste na autorização previamente concedida pela **POSTAL SAÚDE** ao prestador de serviços ou ao beneficiário para realização de procedimentos.
 - III. Porta de entrada: consiste em estrutura de saúde própria ou indicada pela **POSTAL SAÚDE**, que efetuará o acolhimento do beneficiário e definirá o seu melhor encaminhamento para a rede prestadora de serviço.
- 13.2 Todos os serviços cobertos pelo **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, com exceção das consultas e dos casos de urgência e emergência, estão sujeitos à autorização prévia.
- 13.3 A critério da **POSTAL SAÚDE**, para avaliação e concessão da autorização prévia, poderão ser solicitados exames adicionais, detalhamento de relatórios e/ou comparecimento para auditoria/perícia presencial.
- 13.4 As regras referentes ao acesso e atendimento pelo mecanismo de porta de entrada estão disponíveis no site da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br).
- 13.5 Será necessária auditoria/perícia prévia sobre os procedimentos quando:
- a) Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não sejam expostos a algum procedimento além do cientificamente indicado e seguro para o beneficiário, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e com a cobertura oferecida pelo **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**;
 - b) Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelo **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário; e
 - c) Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelo **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 13.6 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por profissional não pertencente à rede credenciada da **POSTAL SAÚDE**, entretanto devem ser realizados na rede credenciada do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 13.7 Os pedidos médicos terão a validade de 30 (trinta) dias corridos e os pedidos de tratamentos seriados 180 (cento e oitenta) dias corridos.
- 13.8 Em caso de divergência na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **POSTAL SAÚDE** e por um terceiro (desempatador) escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **POSTAL SAÚDE**.
- 13.9 O parecer do profissional desempatador será acatado para fins de cobertura.
- 13.10 A autorização prévia somente será fornecida pela **POSTAL SAÚDE** após avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e/ou no relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.
- 13.11 A **POSTAL SAÚDE** garantirá o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na legislação vigente que trate sobre o tema, levando em consideração a data a partir da qual o beneficiário realizou a entrega da documentação completa exigida para análise.
- 13.12 A contagem dos prazos estabelecidos nas cláusulas deste capítulo iniciar-se-á a partir da data do envio à **POSTAL SAÚDE** da documentação completa exigida para a análise.

13.13 Das coparticipações:

13.13.1 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário quando utiliza os serviços cobertos pelo plano, a qual poderá ser definida em termos fixos ou em percentuais.

13.13.2 Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário (mensalidade), serão cobradas coparticipações, nos moldes definidos abaixo:

Tabela 1 - percentuais de coparticipação

Grupo	Coparticipação
Medicamentos quimioterápicos	Isento
Demais procedimentos	15%

13.13.3 A tabela de classificação dos procedimentos está disponível no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br).

13.13.4 Os valores devidos pelos beneficiários a título de coparticipação serão cobrados mensalmente, junto com a cobrança das mensalidades, por meio de título de cobrança bancário ou outro instrumento que vier a substituí-lo, na data de vencimento acordada quando da adesão do beneficiário ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.

13.13.5 Os valores de coparticipação serão cobrados mensalmente à medida em que as contas médicas forem sendo apresentadas, sem que haja limite de valor de cobrança em determinada competência.

13.13.6 Todos os beneficiários do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** estarão submetidos às regras de cobrança de coparticipação, conforme dispositivos da presente cláusula.

13.13.7 Os valores de coparticipação deverão ser pagos pelo Beneficiário Titular em relação a si, aos seus dependentes e aos seus agregados.

13.13.8 No caso dos agregados, os valores de coparticipação poderão ser pagos diretamente por eles, desde que assumam as responsabilidades financeiras dos contratos.

CAPÍTULO 14 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1 O **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', quando o valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) é calculado antes da utilização das coberturas contratadas, conforme preconiza a legislação vigente da ANS.

14.2 Todos os beneficiários vinculados ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** deverão contribuir para ele, considerando a faixa etária de cada beneficiário, conforme o plano de custeio constante no Capítulo 15 deste Regulamento.

14.3 Os valores de mensalidade deverão ser pagos pelo Beneficiário Titular em relação a si, aos seus dependentes e aos seus agregados.

14.4 No caso dos agregados, os valores de mensalidade poderão ser pagos diretamente por eles, desde que assumam as responsabilidades financeiras dos contratos.

- 14.5 As mensalidades serão cobradas mensalmente, independentemente da utilização ou não dos serviços do plano de saúde naquela competência, por meio de título de cobrança bancário ou outro instrumento que vier a substituí-lo, na data de vencimento acordada quando da adesão do beneficiário ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 14.6 A falta de recebimento do boleto bancário até a data do vencimento não prejudicará a exigibilidade do pagamento das mensalidades. O boleto poderá ser obtido pela internet, no endereço www.postalsaude.com.br, em área específica do beneficiário, que pode ser acessada com o login e senha próprios, e/ou pela central de atendimento da **POSTAL SAÚDE** (0800 888 8116).
- 14.7 Os valores das mensalidades serão fixados, apenas, em função da faixa etária do beneficiário e serão atualizados:
- a) A cada 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência do presente Regulamento, mediante comunicação dirigida à ANS, de acordo com as normas regulamentares vigentes à época; e
 - b) Com a alteração de idade do beneficiário que importe mudança de faixa etária.
- 14.8 Quando da alteração da idade do beneficiário, com deslocamento para a faixa etária superior, o valor da mensalidade será alterado, automaticamente, para o da próxima faixa etária.
- 14.9 O reajuste dos valores das mensalidades decorrentes da mudança de faixa etária não se confundirá com o reajuste financeiro anual do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.
- 14.10 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observarão o disposto abaixo, conforme legislação vigente da ANS:
- a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária; e
 - b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
- 14.11 Não será aplicado reajuste por mudança de faixa etária ao beneficiário com 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais, permanecendo para estes apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO 15 - CUSTEIO

- 15.1 O custeio do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** será aprovado anualmente pelo Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que venha a substituí-lo, com base em estudo atuarial.
- 15.2 Para fazer parte do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, cada beneficiário (titular, dependente e agregado) deverá contribuir, mensalmente, com o valor integral especificado na tabela de preços a seguir, conforme a sua faixa etária:

Tabela 2 - valores de mensalidades

Faixa etária	Mensalidade
00-18	R\$ 118,08
19-23	R\$ 126,13
24-28	R\$ 136,82
29-33	R\$ 161,28
34-38	R\$ 194,10
39-43	R\$ 219,45
44-48	R\$ 267,78
49-53	R\$ 328,67
54-58	R\$ 441,79
59 anos ou mais	R\$ 586,58

15.3 A tabela de mensalidades acima vigorará entre o período de xx a xx.

15.4 O atraso no pagamento das obrigações financeiras (mensalidade e coparticipação) implicará na cobrança de juros de mora de no máximo 1% (um por cento) ao mês e 0,033 (zero vírgula zero trinta e três) ao dia e em multa de no máximo 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

CAPÍTULO 16 - REAJUSTE

16.1 De modo a assegurar-se o equilíbrio econômico-financeiro do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, anualmente, será efetuada avaliação atuarial, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas e do custeio do plano.

16.2 Na avaliação atuarial será observada a relação entre as receitas e despesas do plano, de forma a assegurar o seu equilíbrio econômico-atuarial.

16.3 A avaliação atuarial poderá levar em consideração desequilíbrios técnicos, considerando os seguintes fatores:

- a) Aumento da sinistralidade do plano;
- b) Aumento dos custos médicos no mercado de saúde suplementar;
- c) Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do Rol de Procedimentos pela ANS; e/ou
- d) Alteração sensível na estrutura da carteira de beneficiários do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**.

16.4 Em caso de aplicação de reajuste técnico-atuarial, este será divulgado no site da **POSTAL SAÚDE** (www.postalsaude.com.br) no mês programado para o reajuste financeiro.

16.5 Independentemente da data de adesão do beneficiário ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, o reajuste técnico-atuarial acontecerá no mês de **xx** de cada ano – entendendo-se essa como a data-base.

- 16.6 A avaliação atuarial, poderá, ainda, indicar a necessidade de reajuste nos percentuais e/ou valores de coparticipação previstos neste Regulamento.
- 16.7 Qualquer reajuste aplicado ao **PLANO PILOTO AMBULATORIAL** deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

CAPÍTULO 17 – DISPOSIÇÕES FINAIS

- 17.1 Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente; assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado estará sujeita a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observando-se a legislação em vigor.
- 17.2 A **POSTAL SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste Regulamento.
- 17.3 Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que vier a substituí-lo.
- 17.4 Em caso de beneficiários cancelados nos planos CorreiosSaúde, CorreiosSaúde II, Postal Dental e Plano Piloto Master, e inscritos no **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, os débitos adquiridos naqueles produtos permanecerão objeto de cobrança até sua total quitação.
- 17.5 Em caso de extinção do **PLANO PILOTO AMBULATORIAL**, depois de liquidados os seus compromissos, o Conselho Deliberativo da **POSTAL SAÚDE**, ou órgão que vier a substituí-lo, definirá a destinação do eventual recurso remanescente.
- 17.6 O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, com início em **xx**.
- 17.7 Fica eleito o foro Brasília-DF para dirimir quaisquer demandas sobre o presente Regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

DOS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Lei 9.656/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 06/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 08/1998;
- Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 13/1998;
- Instrução Normativa nº 28/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 395/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 424/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 490/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 558/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 561/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 563/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 567/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa nº 593/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 13/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Súmula Normativa nº 25/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD).

DOS DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Social da **POSTAL SAÚDE**.

ANEXO I
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO

Tabela 3 - documentação necessária para inscrição

Tipo de beneficiário	Documentação exigida
Titular	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e d) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Dependentes	
Cônjuge	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Casamento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e e) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Companheiro	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Filho até a idade de 21 anos incompletos	▪ Termo de Adesão; ▪ Cópia da Certidão de Nascimento; ▪ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); ▪ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); ▪ Cópia da Carteira de Identidade (RG); e ▪ Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado até a idade de 21 anos incompletos	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Filho maior de 21 anos e até 24 anos incompletos - universitário	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e g) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado maior de 21 anos e até 24 anos incompletos - universitário	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Declaração de Matrícula no início de cada semestre; e g) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.

Filho ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Interdição Civil Judicial; g) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso; e h) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório, no caso de enteado (a).
Criança ou adolescente sob guarda ou tutela	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e f) Documento de guarda provisória ou definitiva.
Agregados	
Filho	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e e) Para casos de reconhecimento de paternidade ou adoção, apresentar decisão judicial, quando for o caso.
Enteado	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e e) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Pai/mãe	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e e) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Irmão	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do RG/CPF do titular; d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e f) Cópia da Carteira de Identidade (RG).
Tio	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular.
Sobrinho	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Certidão de Nascimento; c) Cópia do RG/CPF do titular; d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); f) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado.

Neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia da Certidão de Nascimento; e) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); f) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado.
Enteado-neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia da Carteira de Identidade (RG); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória do genitor (a) do enteado (a) com o Filho(a) do(a) titular ou declaração com assinatura reconhecida em cartório; e g) Cópia do RG do Filho (a) do(a) titular.
Bisneto	a) Termo de Adesão; b) Cópia do RG/CPF do titular; c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia da Carteira de Identidade (RG); f) Cópia da Certidão de Nascimento; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado; e h) Cópia do RG/CPF do Filho do titular.
Trineto	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Se for utilizado cópia da Identidade do (a) Bisneto (a) do (a) titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do (a) Bisneto (a); g) Cópia da Identidade do (a) Filho (a) do (a) titular, genitor (a) do Neto (a); e h) Cópia da identidade do (a) Neto (a) do (a) titular, genitor (a) do bisneto (a).
Sobrinho-neto	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia do RG/CPF do titular; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do (a) agregado (a); e h) Cópia do RG/CPF dos avós do agregado (a).
Avô/Avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a)titular ou do cônjuge/companheiro do titular; e f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular ou do cônjuge/companheiro do titular.

Bisavô/Bisavó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular; e g) RG/CPF do avô/avó do titular.
Trisavô/Trisavó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; f) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do titular; g) Cópia do RG/CPF do avô/avó do titular; e h) Cópia do RG/CPF do bisavô/bisavó do titular.
Tio-avô/Tia-avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG do (a) titular; f) Cópia do RG do genitor do titular que conste os nomes do avô ou da avó; e g) Cópia do RG do avô ou da avó do titular.
Primo	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia da Certidão de Nascimento; d) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); f) Cópia do RG/CPF do (a) titular; g) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do (a) titular; e h) Cópia do RG/CPF do pai/mãe do agregado (a).
Genro/nora	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do filho (a); e f) Cópia do Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório do filho.
Padrasto/madrasta	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do (a) titular; e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Cunhado	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do marido/esposa do titular; e

	f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Sogra	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia do RG/CPF do marido/esposa do titular; e f) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública Declaratória ou Declaração com assinatura reconhecida em cartório.
Sogra-avô/Sogra-avó	a) Termo de Adesão; b) Cópia da Carteira de Identidade (RG); c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); e) Cópia da Certidão de Nascimento do cônjuge; f) Cópia da Certidão de nascimento do sogro ou sogra; e g) Cópia do RG do sogro avô.

ANEXO II
DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA PARA FINS DE REEMBOLSO

Tabela 4 - documentação comprobatória para fins de reembolso

Procedimento ou serviço	Documentação exigida
Consultas Médicas	▪ Recibo ou nota fiscal; e ▪ Comprovante de pagamento.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT/ Tratamentos seriados	▪ Recibo ou nota fiscal; ▪ Comprovante de pagamento; e ▪ Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	▪ Recibo ou nota fiscal; ▪ Comprovante de pagamento; ▪ Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso; e Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.

§1º. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
- III. Especialidade, se profissional médico;
- IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de atendimento e valor unitário e total; e
- V. Data de quitação do serviço.

§2º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Razão social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- III. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- IV. Especialidade, se profissional médico; e
- V. Data de quitação do serviço.



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

www.postalsaude.com.br

Nome/Razão Social	Bairro	ESPECIALIDADES
HOSPITAL SANTA LÚCIA S/A	Asa Sul	Urgência e Emergência Internações Clínicas e Cirúrgicas
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA S A	Setor Central (Gama)	Urgência e Emergência, Internações Clínicas e Cirúrgicas
HOSPITAL PRONTONORTE S/A	Asa Norte	Urgência e Emergência, Internações Clínicas e Cirúrgicas
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	Asa Sul	Clínica médica Coloproctologia Hematologia e Hemoterapia Psiquiatria Remoção Cirurgia do Aparelho Digestivo Endocrinologia e Metabologia Urgência e Emergência Internações Clínicas e cirúrgicas Endoscopia Genética médica Neurocirurgia Patologia Cirurgia da mão Cirurgia geral Reumatologia Nutricionista Cirurgia plástica Cirurgia vascular Ginecologia e Obstetricia Fisioterapia Angiologia Cirurgia de cabeça e pescoço Pediatria Pneumologia Radiologia e Diagnóstico por imagem Fonoaudiologia Psicologia Anestesiologia Gastroenterologia Patologia clínica/medicina laboratorial

		Ortopedia e Traumatologia Cirurgia oncológica Cardiologia Cirurgia pediátrica Cirurgia torácica Urologia Infectologia Mastologia
ALIANCA INSTITUTO DE ONCOLOGIA S S LTDA ME	Areal (Águas Claras)	Mastologia Cancerologia Oncologia clínica Cirurgia oncológica
INSTITUTO DE CANCER DE BRASILIA LTDA	Areal (Águas Claras)	Oncologia clínica Mastologia Cancerologia
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIA LTDA ME	Gama	Oncologia clínica Mastologia Cirurgia oncológica
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIA SA	Asa Norte	Mastologia Cirurgia oncológica Oncologia clínica
CETTRO CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLOGICO LTDA	Asa Norte	Cancerologia Mastologia Oncologia clínica Radioterapia
ALIANÇA INSTITUTO DE ONCOLOGIA SA	Asa Norte	Mastologia Oncologia clínica Cirurgia oncológica

ONCO VIDA INSTITUTO ESPECIALIZADO DE ONCOLOGIA LTDA	Asa Sul	Coloproctologia Mastologia Cirurgia oncológica Oncologia clínica Cancerologia
MEDICARE SERVICO DE EMERGENCIA MOVEL E HOME CARE LTDA.	Asa Sul	Remoção
DF CARE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CRÔNICAS	Asa Sul	Terapia ocupacional Fisioterapia Nutricionista Psicologia Clínica médica Fonoaudiologia
GASTROCLINICA ASA NORTE S/C - EPP	Asa Sul	Cirurgia do aparelho digestivo Coloproctologia Endoscopia Homeopatia
Clínica Renal Prime	Asa Sul	Nefrologia
Mantevida	Asa Sul	Infectologia nutricionista oncologia psicologia reumatologia

CENTRO CLÍNICO SALUTA	Asa Sul	Acupuntura Alergia E Imunologia Angiologia Cardiologia Cirurgia Plástica Clínica Médica Dermatologia Endocrinologia E Metabologia Fisioterapia Fonoaudiologia Gastroenterologia Geriatricia Ginecologia E Obstetricia Hematologia E Hemoterapia Infectologia Mastologia Neurologia Nutricionista Nutrologia Oftalmologia Ortopedia E Traumatologia Otorrinolaringologia Pediatricia Pneumologia Psicologia Psiquiatria Reumatologia Urologia Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR DE BRASILIA LTDA	Asa Sul	Radiologia e diagnóstico por imagem Medicina nuclear
RECRIAR CLÍNICA PSICOPEDAGOGICA LTDA	Asa Norte	Fisioterapia Psicologia Terapia ocupacional Fonoaudiologia
RECRIAR CLÍNICA PSICOPEDAGOGICA LTDA	Águas Claras	Fisioterapia psicologia Terapia Ocupacional fonoaudiologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Shopping Pátio Brasil	Patologia clínica/medicina laboratorial Patologia

UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Gama	Patologia clínica/medicina laboratorial Patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Asa Sul	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Asa Norte	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Norte (Águas Claras)	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Sobradinho	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Riacho Fundo I	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Ceilândia Norte (Ceilândia)	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL (LABORATÓRIO)	Samambaia Sul (Samambaia)	Patologia clínica/medicina laboratorial patologia
OFTALMED TAGUATINGA	Taguatinga	Oftalmologia
OFTALMED ÁGUAS CLARAS	Águas Claras	Oftalmologia
OFTALMED CEILANDIA	Ceilândia	Oftalmologia
OFTALMED ASA SUL	Asa Sul	Oftalmologia



Ofício nº 642/2026

Bauru-SP, 13/01/2026

Assunto: Solicitação de reunião urgente – plano de saneamento das dívidas da Postal Saúde e retomada da Mesa de Construção de Melhorias do plano de saúde

Processo Referência: 009001.000460/2026-40

Ilmo. Senhor

Emmanoel Schmidt Rondon

Presidente dos Correios

SBN Quadra 01 Bloco A 20º andar.

Ed. Sede dos Correios - Brasília/DF

70002-900

Com cópia

Ilmo. Senhor

Eli Pinto de Melo Júnior

Presidente da Postal Saúde

St. Hoteleiro Sul Q. 1 - Asa Sul

Brasília – DF

70297-400

Prezado Senhor,

A FINDECT – Federação Interestadual dos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, CNPJ 59.995.498/0001-12, na qualidade de representante dos 6 (seis) sindicatos filiados: SINDECTEB/BRU - Sindicato dos Empregados da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos de Bauru e Região, CNPJ Nº 50.844.935/0001-22; SINTECT/SP - Sindicato dos Trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios Telégrafos e Similares de São Paulo, Grande São Paulo e Zona Postal de Sorocaba, CNPJ Nº 56.315.997/0001-23; SINTECT/TO – Sindicato dos Trabalhadores na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e Similares no Estado de Tocantins, CNPJ Nº 10.431.410/0001-40; SINTECT/RJ – Sindicato dos Trabalhadores na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e Similares do Estado do Rio de Janeiro, CNPJ Nº 32.269.706/0001-40; SINTECT/MA – Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Correios e Telégrafos e Similares no Estado do Maranhão, CNPJ Nº 23.702.137/0001-40 e SINTECT/SANTOS – Sindicato dos Trabalhadores Em Empresas de Comunicações Postais, Telegráficas, Telemáticas, Franqueados e Similares da Região Litoral, CNPJ Nº 57.735.359/0001-24, no exercício de sua representação legítima dos trabalhadores e trabalhadoras dos Correios, vem, respeitosamente, por meio deste ofício, **solicitar a realização de reunião urgente**, em caráter tripartite, com a participação da FINDECT, dos Correios e da Postal Saúde, para tratar da situação crítica das dívidas acumuladas pela Postal Saúde junto à rede credenciada.

Tem chegado à Federação, de forma reiterada e preocupante, relatos de rompimento de atendimentos, suspensões de serviços assistenciais, inclusive em tratamentos de doenças graves, bem como restrições relevantes no acesso à rede de prestadores, em razão da inadimplência e da ausência de um plano claro e efetivo de saneamento financeiro. Tal cenário tem provocado a deterioração progressiva dos serviços assistenciais, colocando em risco a continuidade do cuidado e a segurança dos beneficiários.

A situação descrita mostra-se insustentável, exigindo providências imediatas, coordenadas e transparentes entre os entes envolvidos, razão pela qual entendemos ser imprescindível a realização dessa reunião para a apresentação, discussão e encaminhamento de um plano concreto de saneamento das dívidas, com prazos, responsabilidades e mecanismos de acompanhamento.

Adicionalmente, diante das informações veiculadas na mídia acerca de uma possível reformulação do plano de saúde dos trabalhadores, trabalhadoras, aposentados dos Correios e seus dependentes, a FINDECT requer, ainda, **a retomada da Mesa de Construção de Melhorias sobre o plano de saúde**, como espaço legítimo de diálogo social, com o objetivo de discutir, de forma transparente, participativa e sustentável, o melhor modelo de assistência à saúde, assegurando a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

A Federação entende que somente por meio do diálogo institucional estruturado, com informações claras e decisões compartilhadas, será possível construir soluções que atendam ao interesse coletivo dos beneficiários e à sustentabilidade do sistema.

Diante da gravidade do tema, solicitamos que a reunião seja agendada com a máxima brevidade possível, colocando-se a FINDECT desde já à disposição para adequação de agenda.

Certos da atenção e do compromisso institucional com a saúde dos trabalhadores e aposentados dos Correios, aguardamos retorno.

Atenciosamente,



Assinatura(s)

Documento assinado eletronicamente por **José Aparecido Gimenes Gandara**, em 13/01/2026 às 20:53:23, conforme horário oficial de Brasília.

José Aparecido Gimenes Gandara
Presidente FINDECT



As assinaturas eletrônicas constantes deste documento, tem como fundamento: **Lei nº 14.063** de 23 de setembro de 2020; Artigos 107 e 219 da **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002 que Institui o Código Civil; Artigo 10º, §2º da **Medida Provisória nº 2.200-2/2001** de 24 de agosto de 2001.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no endereço:

<https://findect.sgdd.com.br/api/document/verify/642/460/cfc0c58fa67bdb7684bcf34be22151941ef4c88b817b1402559d1d567e48116f>