



MANUAL DO SEGURADO

ADESÃO EFETIVO APTO II

ANS N.º 477.999/17-1



Prezado(a) Cliente:

A partir de agora você conta com um Seguro Saúde muito especial, que, além de oferecer amplas coberturas para despesas médico-hospitalares, disponibiliza serviços e um benefício especial que irão garantir segurança e tranquilidade a você e aos seus dependentes e agregados se previstos no Seguro.

Nossos produtos são diferenciados pelo tipo de acomodação, níveis de reembolso e rede de atendimento.

A modalidade contratual do seu Plano é Coletivo por Adesão. Os Planos Coletivos por Adesão são para pessoas que fazem parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe. Podendo ser viabilizado por meio de uma Administradora de Benefícios.

Neste manual procuramos, de forma clara, resumir algumas das garantias contratuais e normas de utilização da Rede Referenciada e do sistema de reembolso.

Esclarecemos que ficam assegurados todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mesmo que não constem neste Manual. Também serão seguidas as diretrizes editadas pelas normativas, vigentes à época do evento.

A Apólice e suas Condições Gerais encontram-se em poder da Entidade que o representa.

Para mais esclarecimentos, críticas ou sugestões, entre em contato com a Seguros Unimed, teremos prazer em atendê-lo:

- Atendimento Nacional: 0800 016 6633
- Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
- Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria | ouvidoria@segurosunimed.com.br | ligue 0800 001 2565
- Visite nosso site: www.segurosunimed.com.br



Índice

- Cartão de Identificação..... 4
- Segurado Titular, Dependentes e Agregados 5
- Inclusão de Dependentes e Agregados..... 6
- Coberturas 6
- Benefício Adicional 14
- Despesas não cobertas pelo Seguro Saúde 16
- Cobertura Parcial Temporária 18
- Carência..... 19
- O que é Rede Referenciada?..... 20
- Atendimento por Reembolso (Livre Escolha)..... 26
- Documentos que você precisa apresentar para solicitar o Reembolso..... 27
- Manutenção do Seguro Saúde após desligamento da empresa..... 29
- Informações Importantes..... 29
- Orientações Básicas aos Segurados quanto ao melhor aproveitamento de suas Consultas Médicas.....30
- Direitos e Deveres do Segurado..... 31
- Canais de Comunicação da Seguros Unimed..... 33



➤ Cartão de Identificação

O Cartão de Identificação (carteirinha) é o principal documento quando você precisar de serviços médicos-hospitalares ou demais serviços apresentados no seu **guia médico**.

4

O **guia médico** é a relação que indica todos os serviços médico-hospitalares e exames diagnósticos que estão à sua disposição, e que você ou qualquer um de seus dependentes e agregados, podem usar sem precisar fazer qualquer desembolso no ato do atendimento, desde que seja caracterizada a cobertura contratual do procedimento realizado. Para consulta ao Guia Médico acesse o site da Seguros Unimed (www.segurosunimed.com.br), clique na aba Serviços/Guia Médico, e preencha os dados pertinentes ao seu plano para consulta da rede referenciada.

Na hora de usar qualquer serviço do Guia Médico é preciso apresentar o Cartão de Identificação do Segurado(a) e documento oficial com foto.



O recém-nascido, filho do Segurado(a), mesmo que o parto não tenha sido coberto, que ainda não tenha sido incluído no Seguro, será atendido nos primeiros 30 dias de vida, mediante apresentação da sua certidão de nascimento, Cartão de Identificação da mãe e documento oficial com foto do acompanhante responsável.



Atenção

O Cartão de Identificação é pessoal e intransferível. Cada pessoa do seu grupo familiar que estiver incluído na apólice de seu Seguro Saúde terá um Cartão próprio de Identificação.

5

➤ Segurado Titular, Dependentes e Agregados

• Quem está coberto pelo Plano de Saúde?

O Segurado titular, seus dependentes e agregados incluídos no Seguro.

• Quem pode ser Segurado Titular?

Os indivíduos vinculados a pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial (Sindicatos, Associações, Cooperativas por exemplo). Esse vínculo será registrado através de Cartão Proposta assinado no momento da contratação.

• Quem são os Dependentes?

Você pode identificar, na relação abaixo, quais as pessoas do seu grupo familiar que tem direito ao Seguro **ADESÃO EFETIVO APTO II**:

- Cônjuge (esposa ou marido) ou companheiro(a) do Segurado titular;
- Filhos do Segurado titular, solteiros até 30 anos;
- Filhos inválidos de qualquer idade do Segurado titular;
- Enteado ou menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos do Segurado titular.



• Quem são os Agregados?

Poderão ser aceitos como Segurados agregados, desde que seu Estipulante tenha contratado o Seguro para eles.

- Filhos com 31 anos ou mais, solteiros, inclusive aqueles que, na vigência da Apólice, tenham completado 31 anos;
- Netos, menores de 21 anos, solteiros; e
- Pais.

6

Atenção

Os dependentes e agregados poderão ser cadastrados somente no mesmo plano do Segurado Principal.

➤ Inclusão de Dependentes e Agregados

No caso de cônjuges e filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos, até 30 (trinta) dias para inclusão nos planos disponíveis, a contar da data de casamento ou nascimento/adoção.

➤ Coberturas

Conheça o que está coberto pelo plano ADESÃO EFETIVO APTO II, de acordo com as Diretrizes da ANS:

- **Consultas médicas eletivas**, em todas as especialidades oficialmente reconhecidas, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.



As coberturas estão garantidas desde que:

- Decorrentes de eventos cobertos, comprovados e justificados pelo médico assistente;
- Não constem como despesas não cobertas;
- Sejam cumpridas as carências contratuais ou prazos previstos pela CPT. (Cobertura Parcial Temporária).

7

- **Consultas e ou Sessões** com os seguintes profissionais da saúde de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de acordo com os limites de consulta/sessões e respectivas diretrizes de utilização indicadas pelo médico assistente: **Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Psicoterapeuta.**

- **Escleroterapia de Varizes** de membros inferiores limitada a 12 sessões/ano;

- **Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global)** limitadas a 10 sessões/ano, tanto por reembolso como em rede referenciada, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista;

- **Serviços de Pronto Socorro** (primeiro atendimento, aplicação de injeções, curativos, inalação simples, etc.).

- **Serviços Auxiliares de Diagnose**, tratamentos e demais procedimentos em regime ambulatorial, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, a critério ou sob a supervisão de Profissional Médico com registro no CRM, ou Cirurgião-Dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.



• **Exames Diagnósticos ou para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças** (desde que sua indicação esteja respaldada em consensos do Ministério da Saúde, de Sociedades de Especialidades Médicas ou, ainda, do projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira) e procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber:

a. Básicos: Análises clínicas, histocitopatologia, eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos simples sem contraste, exames e testes alergológicos, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos, inaloterapia, prova de função pulmonar, teste ergométrico.

b. Especiais: Angiografia, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, densitometria óssea, laparoscopia diagnóstica, ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido, eletrocardiografia dinâmica (Holter), monitorização ambulatorial de pressão arterial, litotripsia, radiologia com contraste, USG morfológico, USG Obstétrico com Perfil biofísico do feto, USG Doppler fluxo obstétrico, USG Obstétrico com amniocentese, Sorologias não constantes na AMB/92, videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica, eletromiografia e eletroneuromiografia.

c. Ambulatoriais especiais: Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial), quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial, fisioterapia com limite para aplicação de coparticipação, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

• **Internação hospitalar**, tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo);

• **Acupuntura**

Estarão cobertas as consultas de acupuntura mediante reembolso ou rede referenciada local, desde que realizada por médico devidamente habilitado pelo respectivo Conselho Regional de Medicina e com



título da ABA – Associação Brasileira de Acupuntura, da SMBA – Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura ou da AMBA – Associação Médica Brasileira de Acupuntura, obedecidos os mesmos critérios estabelecidos para as demais consultas.

9

• Cirurgias Oftalmológicas Refrativas

Estarão cobertas cirurgias corretivas para vícios de refração, para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estabilizado há um ano, para casos que se enquadrem em pelo menos um dos seguintes parâmetros:

- a. Miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
- b. Hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

• Cirurgias Restauradoras

Estarão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, realizadas exclusivamente em decorrência de neoplasias ou lesões provocadas por acidentes pessoais ou patologias cobertas pelo Seguro, **excetuando-se os eventos com finalidade estética ou social**, incluindo-se nessa cobertura a mamoplastia para restauração de mama extirpada em decorrência de retirada de câncer.

• Gigantomastia

- a. Haverá cobertura para as cirurgias de mamas **naturalmente volumosas** que repercutam sobre a coluna vertebral, com confirmação radiológica e relatório do médico ortopedista.
- b. O Segurado deverá, obrigatoriamente, submeter-se a perícia médica com cirurgião plástico, concomitantemente com médicos das especialidades: ortopedia, ginecologia ou mastologia.

• Obesidade Mórbida

A cobertura para cirurgias será autorizada apenas para pacientes cuidadosamente avaliados, mediante perícia médica obrigatória com cirurgião geral e a participação dos médicos endocrinologista e



psiquiatra, e desde que preencham os requisitos previstos nas diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na Saúde Suplementar.

10

• Órteses e Próteses

Estarão cobertas as despesas relativas à aquisição de órteses e próteses de **fabricação nacional ou importadas nacionalizadas (Registradas na ANVISA), ligadas ao ato cirúrgico**. As próteses importadas estarão cobertas se não houver similar nacional ou se o preço for equivalente ao da nacional, mediante apresentação de Nota Fiscal.

• Transplantes de Rim, Córnea e Medula Óssea Autólogo e Alogênico

O protocolo será seguido, de acordo com as normas editadas no Rol de Procedimentos e Diretrizes da ANS, para todos os transplantes previstos neste manual.

Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

• Atenção Domiciliar

O serviço de atenção domiciliar terá a cobertura **exclusivamente para Assistência Domiciliar**, que será oferecida pela Prestadora contratada, após avaliação médica e desde que o Segurado tenha condições de ser atendido em sua residência. **Não estão cobertas as internações domiciliares.**

Critérios para Admissão

O serviço de assistência domiciliar poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

- O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;
- A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- O paciente resida em uma área com infraestrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;



d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;

e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;

f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

IMPORTANTE: A Assistência Domiciliar terá início após a assinatura do paciente ou responsável, do termo “Assistência Domiciliar” disponibilizado pela SEGURADORA.

Os critérios para a liberação da Assistência Domiciliar seguirão as normas técnicas e legislação vigentes.

A Assistência Domiciliar não possui forma única e universal de atender o paciente, adequando-se a cada caso, segundo análise técnica, feita por médico auditor indicada pela SEGURADORA, para liberação ou adequação dos serviços solicitados.

A concessão do serviço sem os requisitos citados configura mera liberalidade da SEGURADORA, não caracterizando, em hipótese alguma, alteração contratual ou gerando direito futuro.

A SEGURADORA não se responsabilizará por quaisquer serviços acordados diretamente pelos familiares do paciente com o prestador de serviços, bem como, pelas despesas deles decorrentes.

A Assistência Domiciliar poderá ser cancelada, caso o paciente, familiares ou acompanhantes cometam atos que caracterizem assédio ou constrangimento aos profissionais que prestam o serviço, assim como, ao profissional designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

Também poderá ser cancelada se houver o descumprimento de orientações técnicas da equipe multiprofissional.

➤ **Serviços Oferecidos**

Os serviços oferecidos ao paciente restringem-se aos necessários para o tratamento em questão e estarão obrigatoriamente sujeitos à análise técnica, para liberação.

O tratamento diário do paciente compreende: cuidados técnicos exclusivos, quais sejam os dispensados por médicos, enfermeiros, ou outros profissionais das equipes de saúde.

O tratamento, durante toda a sua duração, será constantemente analisado e acompanhado por médicos da SEGURADORA, para frequente adequação de recursos humanos ou materiais. A diminuição de recursos não configura falta de assistência ao paciente.



➤ **Medicamentos, Materiais e Dieta**

Estarão cobertos os medicamentos de uso endovenoso ou intramuscular de uso temporário que visem a sanar intercorrências, respeitadas as condições de admissão do paciente, previstas. Excluem-se desta cobertura os medicamentos administrados por via oral.

Não haverá cobertura para medicação de uso contínuo de qualquer espécie, por qualquer via de administração.

Os materiais necessários aos procedimentos técnicos desenvolvidos pelos profissionais encarregados da assistência ao doente serão fornecidos somente enquanto for prestada a Assistência Domiciliar.

Não haverá cobertura para a dieta do paciente, independentemente da via de administração, complementos alimentares, materiais de uso pessoal e de higiene, ficando sob responsabilidade da família do paciente.

➤ **Equipamentos**

A SEGURADORA fornecerá os equipamentos necessários ao tratamento do paciente em ambiente domiciliar, desde que autorizados previamente e os manterá exclusivamente durante o período em que a Assistência Domiciliar perdurar.

➤ **Condições de Alta**

Ao término da programação estipulada, o paciente e seus familiares receberão o aviso de término dos serviços, com antecedência de 24 horas.

• **Sem prejuízo dos limites, coberturas e demais condições deste Seguro, consideram-se despesas cobertas por este Seguro:**

• **Despesas hospitalares:**

diárias de internação do Segurado, em apartamento, que compreende quarto individual, com banheiro privativo, **de acordo com a disponibilidade do hospital**, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente;



- b. serviços complementares de diagnose e de terapia, indispensáveis ao controle da evolução da doença ou da lesão acidental;
- c. medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, **pertinentes ao evento coberto**;
- d. honorários do cirurgião, auxiliares, anestesista e instrumentador, previstos na Tabela da SEGURADORA, pelo serviço realizado durante o período de internação;
- e. taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- f. serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- g. utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- h. unidade de terapia intensiva ou isolamento, exclusivamente quando e **enquanto determinado pelo médico assistente**;
- i. alimentação específica ou normal, autorizada pela SEGURADORA e fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, **limitada aos recursos do estabelecimento, cujo pagamento será feito diretamente pela SEGURADORA ao hospital**;
- j. acomodação e alimentação fornecida pelo hospital a um acompanhante nas mesmas condições de cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar e observadas as limitações constantes das Condições Gerais em posse do Estipulante**;
- k. no regime de internação, também estará coberta a remoção terrestre do Segurado, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro, mediante reembolso ou serviço referenciado, **de um recurso hospitalar para outro, quando comprovadamente necessária ao atendimento do evento coberto, mediante solicitação e justificativa do médico assistente e autorização da SEGURADORA**. Caso não seja viável a remoção terrestre, mediante solicitação e justificativa do médico assistente, a mesma poderá ser feita por via aérea, **exclusivamente por prestador autorizado pela SEGURADORA**.



• **Obstetrícia:**

- a. consultas médicas de pré-natal, exames complementares de investigação diagnóstica, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com gravidez e parto da Segurada, **observados os limites de cobertura e os períodos de carências;**
- b. parto normal, parto cesariano, abortamento legal, **desde que devidamente justificado pelo médico assistente**, berçário e tratamentos clínicos obstétricos;
- c. honorários médicos, diárias hospitalares, diárias de CTI ou UTI da Segurada, incluindo a cobertura de medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento;
- d. honorários médicos, berçário, diárias de CTI ou UTI do recém-nascido, incluindo a cobertura de medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento do recém-nascido, pelo período de 30 (trinta) dias, contado da data do nascimento. **Após esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido no Seguro.** A inclusão será, mediante expressa solicitação do Segurado Principal, por intermédio do **ESTIPULANTE**, na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado Principal, conforme os termos das Condições Gerais em posse do **Estipulante**.

14

• **Internações Psiquiátricas:**

- a. Cobertura para Internações psiquiátricas, conforme estabelecido nas Condições Gerais e Diretrizes da ANS.
- b. Atendimento/acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico, de acordo com as Diretrizes da ANS.

➤ **Benefício Adicional**

Para seu maior conforto e de seus familiares, a Seguros Unimed disponibiliza um benefício adicional exclusiva para este seguro.

• **REMISSÃO**

Favorecido(s): segurados dependentes (exclusivamente cônjuge e filhos do Segurado Principal). Os inativos e agregados não têm direito a este Benefício.



Este benefício tem por objeto garantir aos dependentes segurados, no caso de falecimento do Segurado Principal, a continuidade do atendimento assistencial, de acordo com a cobertura estabelecida no Seguro Saúde em que estiverem inscritos na data do óbito, a partir do 1º dia do mês subsequente ao do falecimento, sem qualquer ônus, obedecidas as seguintes condições:

15

- a. Cobertura de até 1 (um) ano para segurados cadastrados neste plano. Em caso de cancelamento do contrato principal será assegurado aos Segurados cadastrados a permanência da cobertura até o final do prazo aqui estabelecido;
- b. Os Segurados, Principal e Dependentes, tenham cumprido, na data do óbito do Segurado Principal, permanência de seis meses no Seguro Saúde, para o caso de morte natural, não se exigindo prazo de permanência em caso de morte acidental;
- c. O Segurado Principal tenha menos de 66 (sessenta e seis) anos na data da sua inclusão no Seguro Saúde e esteja exercendo atividades laborativas;
- d. O pagamento dos prêmios do seguro esteja em dia;
- e. O falecimento não seja decorrente de evento excluído, conforme exclusões constantes desta Cláusula;
- f. Existir vínculo concreto profissional, classista ou setorial com o ESTIPULANTE ou as pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice (Subestipulante), vinculada ao ESTIPULANTE na data do falecimento.

Os benefícios previstos neste Seguro ficam condicionados a efetivação da solicitação do benefício à Seguradora no prazo de 30 (trinta) dias contados do óbito do Segurado principal e a apresentação dos seguintes documentos:

- ✓ Comunicação de Sinistro por Morte (formulário fornecido pela Seguradora);
- ✓ Cópia de Certidão de Óbito;
- ✓ Documento oficial com foto e Certidão de Nascimento atualizada dos Segurados;
- ✓ Cópia do Laudo Cadavérico e Cópia do Boletim de Ocorrência Policial em caso de morte acidental.

Para mais informações consulte a nossa Central de Relacionamento.



➤ Despesas não cobertas pelo Seguro Saúde

As despesas que excederem os limites de cobertura e os níveis de reembolso do Seguro contratado, ou que não se relacionem com o tratamento médico-hospitalar previstos no Seguro correrão, sempre, por conta exclusiva do Segurado que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.

Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Seguro as despesas decorrentes de:

- a. Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses (inclusive próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero), desde que não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório);
- b. Cirurgias plásticas e tratamentos cirúrgicos com finalidade estética ou social, assim como cirurgias para mudança de sexo;
- c. Atenção domiciliar fora dos moldes contratados;
- d. Enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- e. Internações clínicas ou cirúrgicas iniciadas antes do início de vigência do Seguro;
- f. Internações, tratamentos e cirurgias experimentais, mesmo que decorrentes de emergência e urgência, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g. Necropsia;
- h. Itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.) ou despesa com acompanhantes não previstas neste manual;
- i. Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente ou sem que o Segurado apresente doença ou sintoma;
- j. Quaisquer tratamentos odontológicos ou ortodônticos, mesmo decorrentes de acidentes pessoais, exceto cobertura para cirurgias buco-maxilo-facial, conforme previsto neste manual e nas normas aplicáveis vigentes;
- k. Tratamento para obesidade, exceto as cirurgias previstas nas Condições Gerais do produto;



- l. Tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais diagnósticos e de prevenção, inseminação artificial, provas de paternidade, esterilização por retirada de função de órgão ou sistema, visando controle de natalidade, excetuando-se casos previstos no Planejamento Familiar, conforme disposições legais;
- m. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, não previstos no Rol de Procedimentos, ou por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, tratamentos em “SPA”, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos; internações em ambiente hospitalar que não necessitem de cuidados médicos;
- n. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos não éticos ou ilegais;
- o. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, social ou cosmética;
- p. Tratamentos de moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de cataclismos, guerras, revoluções, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, quando declarados pela autoridade competente;
- q. Fornecimento de medicamentos e/ou materiais cirúrgicos para tratamento domiciliar;
- r. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- s. Check-up;
- t. Transplantes, excetuando-se os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- u. Sonoterapia;
- v. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional; que visem fornecer os meios indicados para proporcionar o reingresso do Segurado no mercado de trabalho; Atendimentos ou tratamentos destinados à readaptação social e profissional; qualquer tipo de indenização reparatória ou compensatória decorrente de doenças ou de lesões traumatológicas de qualquer natureza;
- w. Outras terapias;
- x. Saúde Ocupacional, de acordo com as normas da ANS;
- y. Vacinas.
- z. Próteses importadas não nacionalizadas (sem registro na ANVISA) ligadas ao ato cirúrgico.



➤ Cobertura Parcial Temporária

Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do Segurado na apólice, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doenças e lesões preexistentes, não poderá fazer uso da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), internação em leitos de alta tecnologia e eventos cirúrgicos, desde que sejam relacionados a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Segurado ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

Sendo constatada a existência de doenças ou lesões preexistentes que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), A Seguros Unimed aplicará a CPT.

As condições estabelecidas acima se aplicam, exclusivamente, aos Segurados que se enquadrem em uma das situações adiante:

- Segurados cuja solicitação de inclusão seja feita à Seguradora após 30 (trinta) dias do início de vigência da apólice para aqueles que já pertenciam ao Grupo Segurável na época de contratação do Seguro; e
- Segurados cuja solicitação de inclusão seja feita à Seguradora após 30 (trinta) dias de sua elegibilidade, para aqueles que ingressem no Grupo Segurável após a data do início da apólice.

Atenção: Caso a Seguradora identifique, durante a vigência do Seguro, possível omissão de informações, por parte do Segurado ou de seu representante legal, relativa a doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador à época da contratação, deverá comunicá-lo, imediatamente, mediante envio de Termo de Comunicação ao Segurado e poderá:

- Oferecer cobertura parcial temporária ao Segurado 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 assinatura contratual ou da adesão ao Seguro Saúde; ou
- Oferecer o agravo; ou
- Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à cobertura parcial temporária.



➤ Carência

Entende-se por carência o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do Segurado na apólice, durante o qual esse não poderá usufruir das coberturas garantidas pelo Seguro até que sejam cumpridos os prazos previstos na proposta do Seguro.

As coberturas garantidas ao Segurado titular e aos seus dependentes e agregados por esse Seguro somente terão efeito após serem cumpridos os períodos de carência, contados a partir da data de seu ingresso na apólice.

Os prazos de carência, quando previstos pela legislação, estarão descritos no Cartão de Identificação, obedecidos os limites impostos pela Regulamentação dos Planos de Saúde.

Estão isentos do cumprimento dos prazos de carência os Segurados que ingressarem no Seguro cujo número de vidas seguradas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso, desde que:

- O pedido de adesão seja feito à Seguradora em até 30 (trinta) dias da data do início de vigência da apólice, para os Segurados que já pertenciam ao grupo Segurável na época da contratação do Seguro; ou
- O pedido de adesão seja feito à Seguradora em até 30 (trinta) dias a contar de sua elegibilidade, para aqueles que ingressem no Grupo Segurável após a data do início da apólice.

Além disso, ficam garantidas as seguintes situações:

- A inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, desde que se enquadre na condição de dependente, isento de cumprimento dos períodos de carência, desde que a inclusão na apólice ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;
- A inclusão na apólice de filho adotivo do Segurado titular, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo Segurados adotante; e
- Nos casos de transferência para seguro superior ao contratado, independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados, para as diferenças de níveis de reembolso e utilização da Rede Referenciada, os prazos de carência de 180 dias para internações e 300 dias para partos à termo. Se o novo plano possuir outras coberturas, além das previstas no plano anterior, serão aplicadas as carências relativas a essas coberturas.



➤ O que é Rede Referenciada?

São todos os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais e de exames de apoio diagnóstico constantes no Guia Médico do plano contratado, e que você e seus dependentes e agregados podem utilizar apresentando apenas o Cartão de Identificação e o documento oficial com foto (não é preciso fazer qualquer desembolso no ato do atendimento, desde que seja caracterizada a cobertura contratual do procedimento realizado).

Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso referenciado disponível, você deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à Seguradora, dentro das condições previstas para o seu plano.

A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.

Veja como identificar, no seu Cartão, qual é a abrangência da rede referenciada, o tipo de acomodação e o plano contratado:





Atenção: Na utilização da rede referenciada, o Segurado deverá recorrer aos prestadores de serviços indicados no Guia Médico específica do seu plano.

21

➤ Como utilizar os serviços da Rede Referenciada Seguros Unimed

➤ Consulta Médica

- Consulte o Guia Médico e escolha o médico da especialidade que necessita.
- Ligue e marque a consulta.
- Compareça ao consultório médico no horário marcado, levando o seu Cartão de Identificação e o seu documento oficial com foto.
- O prestador de serviço preencherá a Guia de Consulta.
- Caso o médico identifique a necessidade de realizar algum procedimento além da consulta, o prestador de serviço preencherá a Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT). Esse comprovante de serviço terá a função de efetivar o pagamento de alguns exames realizados no próprio consultório, tais como eletrocardiogramas, ultrassonografias, exames de vista, entre outros.
- Nunca assine a Guia de Consulta ou Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) em branco.

Atenção:

Se ocorrer um imprevisto que o impossibilite de ir ao médico no dia marcado, ligue, com antecedência de 24 (vinte e quatro) horas, para desmarcar a consulta.



➤ **Exames**

- Escolha, no Guia Médico, um estabelecimento para realizar os exames solicitados (se necessário, peça uma indicação para o médico).
- Ligue para o estabelecimento onde vai ser realizado o exame para saber se é preciso marcar hora e se há procedimentos que devem ser realizados antes do exame (por exemplo: fazer jejum, colher a primeira urina do dia, etc.).
- No local do exame, apresente a solicitação feita pelo médico, o seu Cartão de Identificação e o seu documento oficial com foto.
- O prestador de serviço preencherá a Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT), a qual não deverá ser assinada se estiver em branco.
- No caso de exames que necessitam de autorização prévia, o referenciado entrará em contato com a Seguros Unimed e solicitará a senha para realizar o procedimento.

22

➤ **Atendimento Ambulatorial**

- Escolha um estabelecimento, no Guia Médico, no item Clínicas por Especialidade.
- Apresente, no local, o seu Cartão de Identificação e o seu documento oficial com foto.
- O prestador de serviço preencherá a Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT), a qual não deverá ser assinada se estiver em branco.
- No caso de atendimento ambulatorial que necessite de autorização prévia, o prestador de serviço entrará em contato com a Seguros Unimed ou com a Unimed local e solicitará a senha para realizar o procedimento.

➤ **Internações**

- Se o médico que está realizando um atendimento no consultório ou pronto-socorro diagnosticar a necessidade de uma internação de emergência ou eletiva (cirurgia ou tratamento), escolha um hospital, no Guia Médico.
- No ato da internação, apresente o seu Cartão de Identificação e o seu documento oficial com foto.
- O pedido de internação pode ser entregue ao hospital pelo médico ou Segurado e precisa estar carimbado e assinado.



- Antes de realizar qualquer internação ou cirurgia eletiva na Rede Referenciada, informe-se através da Central de Relacionamento sobre a rotina de autorização e documentos necessários.
- Através da Rede UNIMED, não há necessidade de autorização prévia para procedimentos de urgência ou emergência.
- A liberação de internação da Seguros Unimed é feita por um período necessário para o tratamento. Poderá haver uma prorrogação desse período, desde que seja solicitada pelo médico assistente antes do término do primeiro prazo e com a devida justificativa.

Atenção:

Confirme previamente com o hospital, se a internação foi autorizada.

Verifique, com o médico, se toda a equipe que vai participar do atendimento faz parte da rede referenciada, para que não tenha que ser feito qualquer desembolso na hora da alta.

➤ **Terapias**

- Com a solicitação do médico em mãos, ligue e marque hora para o tratamento.
- Compareça ao local onde será realizada a terapia com o seu Cartão de Identificação e o seu documento oficial com foto.
- O prestador de serviço preencherá a Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT), a qual não deverá ser assinada se estiver em branco.
- O referenciado solicitará a autorização (senha) à Seguros Unimed ou para a Unimed local, para realizar a terapia.



Conheça os formulários utilizados para realização de consultas, exames, terapias, atendimento ambulatorial e remoção em ambulância.

Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Dados de Autorização

1 - Registro ANS _____ 2 - Número da Guia Principal _____
 3 - Data de Autorização _____ 4 - Senha _____ 5 - Data de Validade da Guia _____ 6 - Número da Guia Autorizada pela Operadora _____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira _____ 8 - Validade da Carteira _____ 9 - Nome _____ 10 - Centro Nacional de Saúde _____ 11 - Atendimento a RII _____

Dados do Solicitante

12 - Código na Operadora _____ 13 - Nome do Contratado _____

14 - Nome do Profissional Solicitante _____ 15 - Conselho Profissional _____ 16 - Número no Conselho _____ 17 - UF _____ 18 - Código CBO _____ 19 - Assinatura do Profissional Solicitante _____

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Anestesiológico Solicitados

20 - Caracter do Atendimento _____ 21 - Data da Solicitação _____ 22 - Indicação Clínica _____

23 - Nome Pac.	24 - Código do Procedimento ou Item Anestesiológico	25 - Descrição	26 - Qtd Solic.	27 - Qtd Real.

Dados do Contratado Operadora

28 - Código na Operadora _____ 29 - Nome do Contratado _____ 30 - Código CNES _____

Dados do Atendimento

31 - Tipo de Atendimento _____ 32 - Indicação de Admissão (Acidente ou doença/Malocclusão) _____ 33 - Tipo de Consulta _____ 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data	36 - Hora Inicial	37 - Hora Final	38 - Tabata	39 - Código do Procedimento	40 - Descrição	41 - Qtd.	42 - Hora	43 - Pac.	44 - Pac. Red./Homem	45 - Valor Unitário (R\$)	46 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Envolvidos

47 - Selo/CPF 48 - Selo/CPF 49 - Código na Operadora/CPF _____ 50 - Nome do Profissional _____ 51 - Conselho Profissional _____ 52 - Número no Conselho _____ 53 - UF _____ 54 - Código CBO _____

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - _____ 58 - _____ 59 - _____ 60 - _____ 61 - _____ 62 - _____

Observação / Justificativa

63 - Total de Procedimentos (R\$) _____ 64 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____ 65 - Total de Honorários (R\$) _____ 66 - Total de OSME (R\$) _____ 67 - Total de Medicamentos (R\$) _____ 68 - Total de Gases Medicinais (R\$) _____ 69 - Total Geral (R\$) _____

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____ 71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ 72 - Assinatura do Contratado _____



Guia de Consulta

SEGUROS Unimed		2- Nº Guia no Prestador	
GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)	
7 - Nome		8 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNEB	
12 - Nome do Profissional Exeoutante	13 - Conselho Profissional	14 - Número no Conselho	15 - UF
			16 - Código CBO
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
18 - Data do Atendimento	19 - Tipo de Consulta	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento
			22 - Valor do Procedimento
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Exeoutante		26 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Como solicitar auxílio em caso de encerramento de atividades de um profissional ou serviço

Em caso de encerramento de atividades de um profissional ou serviço médico-hospitalar referenciado, o Segurado poderá obter auxílio por meio do Guia Médico, ou ainda entrar em contato com a Central de Relacionamento com o Cliente, cujo número do telefone consta no verso do seu Cartão de Identificação, que o auxiliará a encontrar outro prestador.



➤ Atendimento por Reembolso (Livre Escolha)

Você pode utilizar qualquer serviço que esteja coberto pelo Seguro Saúde com um prestador de sua livre escolha que não faça parte do Guia Médico, desde que respeitadas a abrangência geográfica, área de atuação do produto contratado e **Tabela da SEGURADORA**, onde estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada **no 3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo** e na **SEGURADORA**, à disposição dos Segurados.

No caso de optar por serviço médico-hospitalar não referenciado, você escolhe um prestador de seu interesse, paga pelo serviço utilizado, solicita a documentação necessária referente ao serviço utilizado e a apresenta a Seguros Unimed para reembolso, o qual será feito de acordo com os limites estabelecidos pelo seu Seguro.

Para acesso ao Formulário de solicitação de reembolso, acesse por meio de nosso site (www.segurosunimed.com.br) na barra de menu clique em Serviços > Formulário Reembolso. Preencha corretamente o formulário e envie juntamente com toda documentação necessária diretamente à Seguradora, via correio.

Unimed Seguros Saúde - Setor de Reembolso

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - CEP 01410-901 - São Paulo - SP

O valor do reembolso apresentado será de acordo com os limites previstos na apólice. Eventuais diferenças serão de sua responsabilidade.

Antes de solicitar o reembolso, tire cópia dos recibos para sua Declaração de Imposto de Renda.



Atenção:

Você poderá solicitar a prévia do seu reembolso através de nosso site: www.segurosunimed.com.br na opção **Fale Conosco**, preencha o formulário on line e selecione o assunto **Prévia de Reembolso**.

O prazo de retorno da prévia é de 5 (cinco) dias úteis.

27

➤ **Processamento do Reembolso**

A Seguros Unimed fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme coberturas e limites contratuais do Seguro.

O prazo estabelecido em lei para pagamento é de 30 (trinta) dias, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda a documentação correta e completa, sob protocolo.

O crédito do valor a ser reembolsado será efetuado diretamente na conta corrente do Segurado titular, ou de seu dependente caso o atendimento tenha ocorrido ao mesmo. Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados de sua conta corrente estejam sempre atualizados junto a Seguradora.

➤ **Documentos que você precisa apresentar para solicitar o Reembolso**

Consulta Médica - Recibo do médico ou Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data da consulta, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento/especialidade. Do recibo deverão constar, ainda, os dados do médico (nome, CPF, CRM, especialidade, assinatura e endereço completo).



Exames Laboratoriais e Radiológicos - Pedido do médico assistente acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado com o respectivo valor unitário, região corpórea (exame por imagem).

28

Terapias especiais realizadas em sessões (fisioterapia, acupuntura, outras) - A cada 10 sessões realizadas, haverá obrigatoriedade de apresentação do relatório atualizado do médico solicitante informando o diagnóstico, tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhado do recibo ou da Nota Fiscal, que deverá conter: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo de atendimento. No recibo, deverão constar os dados do Prestador: Nome/CPF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, assinatura e endereço completo.

Despesas Hospitalares:

- a. Relatório emitido pelo médico assistente, informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;
- a. Cópia do(s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anatomopatológico(s) ou polissonografia(s);
- b. Recibos ou Nota Fiscal dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares);
- d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

Do conteúdo do(s) recibo(s) ou da(s) Nota(s) Fiscal(is): deverá constar o nome do paciente, data do evento, valor cobrado (numérico e por extenso), recibos de honorários médicos individualizados constando os dados do profissional (nome, CPF, CRM, função exercida no evento e assinatura).

Os honorários apresentados em Nota Fiscal deverá constar a descrição da equipe médica (nome, CRM, função dentro da equipe e valor cobrado para cada profissional).

Na Nota Fiscal hospitalar deverá constar: nome do Segurado, período da internação, descritivo com valores e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, serviços complementares, materiais e medicamentos.



Órteses e Próteses ligadas ao ato cirúrgico – Relatório médico justificando a implantação do aparelho, acompanhado da Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de aparelho.

Remoção Inter Hospitalar – Relatório médico informando o diagnóstico do paciente e necessidade da remoção, juntamente com a Nota Fiscal contendo; nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do total de quilômetros rodados, valor unitário da quilometragem, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou simples).

➤ **Manutenção do Seguro Saúde após desligamento da empresa**

Para sua modalidade de Seguro, Coletivo por Adesão, não se aplicam a este contrato as regras previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

➤ **Informações Importantes**

A Seguros Unimed dispõem de Portal na internet que oferece várias funcionalidades que podem ser acessadas a qualquer hora e de qualquer lugar. Por meio do site www.segurosunimed.com.br, você terá, dentre outros serviços, acesso ao Guia Médico atualizado.

Sempre que for utilizar um serviço do Guia Médico, não se esqueça de levar seu Cartão de Identificação e o seu documento oficial com foto. Caso seja menor, sem a referida documentação, o acompanhante deverá apresentar sua própria identificação.

No caso de internação em hospital, verifique, no Guia Médico se o estabelecimento de sua escolha traza mesma opção de acomodação indicada em seu Cartão:

- **ENF:** internação em **quarto coletivo**.
- **APTO:** internação em **quarto individual** com banheiro privativo.

Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital, ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos, para o acompanhante de idosos a partir de 60 (sessenta)



anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

30

Procure fazer as consultas de rotina em consultório médico, evite fazê-las em hospital ou pronto-socorro. Deixe o atendimento em hospital e pronto-socorro para os casos de urgência.

O Segurado deve estar sempre atento às mudanças quanto a cobertura mínima de procedimentos determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para isso, basta acessar o site www.ans.gov.br ou disque 0800 7019656.

➤ Orientações Básicas aos Segurados quanto ao melhor aproveitamento de suas Consultas Médicas

A consulta médica é o momento no qual você obtém informações a respeito de algum problema de saúde. É nesse momento que o médico toma conhecimento da sua condição de saúde. Portanto as informações devem ser as mais precisas possíveis.

Para melhor aproveitamento de sua consulta médica, relate, com clareza, todos os seus sintomas, leve os resultados dos exames realizados anteriormente e informe os procedimentos aos quais foi submetido, a lista dos medicamentos usados atualmente e, se possível, apresente receitas médicas anteriores.

Existem diferentes tipos de consultas médicas, seja para acompanhamento de rotina, seja em caso de doença. Nesse último caso, é importante conhecer melhor sobre todos os aspectos que envolvem a doença. Certifique-se de que, ao sair da consulta, você tenha os seguintes questionamentos respondidos:

- **Diagnóstico:** o primeiro passo em conjunto com seu médico é conhecer a causa de sua doença e o surgimento dela, se é contagiosa ou não, se ela tem causa hereditária (se transmite de pais para filhos), quais são os principais sintomas dessa doença ou se a mesma apresenta complicações. Seu médico também informará qual o tipo de alimentação ou quais restrições você poderá fazer a partir de então.



- **Exames:** com relação aos exames que seu médico solicitará a você, é interessante conhecer se o exame requer alguma recomendação (preparo) para a realização e se apresenta riscos ou não.
- **Tratamento:** nesse aspecto é necessário esclarecer, com seu médico, quais são as alternativas possíveis de tratamento, seja medicamentoso, seja por cirurgia. Em relação aos medicamentos, verifique, com seu médico, quais são os efeitos colaterais, qual é a duração do tratamento e se você poderá receber suas receitas com o nome genérico do medicamento. Já em relação à cirurgia, conhecer melhor o tipo de intervenção, suas complicações e as chances de cura após o procedimento torna melhores as decisões relativas ao cuidado.

Lembre-se:

Tire todas as suas dúvidas!

O resultado do tratamento depende muito de você, de suas informações, de sua dedicação em tomar a medicação e do cumprimento dos cuidados recomendados.

➤ Direitos e Deveres do Segurado

Direitos

- Ter acesso a informação adequadas e claras sobre o seu Seguro Saúde por intermédio do seu corretor, pelo Portal Saúde ou através da Central de Relacionamento;
- Ser tratado com dignidade, ética e respeito;
- Receber o Cartão de Identificação;
- Ter acesso à relação atualizada da rede referenciada através do Guia Médico;
- Receber informações claras relativas à negativa de procedimentos se houver;



- Ter conhecimento de que as informações de natureza médica a que a Seguradora venha ter acesso, em razão da assistência médico-hospitalar prestada por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios aos Segurados cobertos pela apólice contratada, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo médico, e o fluxo dessas informações observará, ainda, a forma prevista na regulamentação em vigor;
- Ser reembolsado das despesas cobertas de acordo com as condições gerais de seu Seguro Saúde, quando o atendimento coberto se der fora da rede referenciada Seguros Unimed;
- Ter acesso aos Canais de Atendimento ao Segurado para dirimir dúvidas, registrar reclamações ou denúncias. Os telefones são:

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Ouvidoria: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis.

- Ter garantido o sigilo profissional acerca de suas informações médicas, desde que não acarrete riscos à terceiros ou à saúde pública;
- Ter acesso ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e ao Guia de Leitura Contratual – GLC, se contratou ou foi incluído no contrato de Seguro Saúde após 03/11/2009;
- Consultar a Seguros Unimed sobre a previsão de cobertura do tratamento indicado pelo profissional de saúde.

Deveres:

- Fornecer informações corretas e completas sobre seu estado de saúde e/ou de seus familiares à Seguros Unimed e a todos os profissionais de saúde;
- Ler seu contrato de Seguro Saúde com atenção;
- Manter o pagamento em dia, garantindo a cobertura contratada, evitando a suspensão do atendimento e conseqüentemente cancelamento do Seguro Saúde;
- Tratar os profissionais que o atendem com ética, dignidade e respeito;
- Comunicar à Seguros Unimed situações que possam indicar fraude ou prejuízos ao seu Seguro Saúde;
- Cuidar de forma consciente do seu contrato, utilizando-o quando for necessário;
- Não emprestar o Cartão de Identificação para o atendimento de outras pessoas. Isso é considerado fraude, com conseqüente penalidade prevista em lei;



- Apresentar recibos originais e outros documentos para reembolso de procedimentos efetivamente realizados.

33

➤ Canais de Comunicação da Seguros Unimed

Para garantir a comodidade de seus Segurados, a Seguros Unimed coloca, à sua disposição, canais de comunicação que funcionam 24 horas por dia, 365 dias por ano, e que oferecem ampla gama de informações e diversos serviços on-line. Com atendimento rápido e fácil, os Segurados poderão esclarecer dúvidas e obter informações a qualquer hora e de qualquer lugar. Conheça, a seguir, as opções:

• Central de Relacionamento com o Cliente

Atendimento 24 horas prestando informações sobre seu plano de saúde, esclarecendo dúvidas sobre coberturas, carências, benefícios, rede referenciada, prévia de reembolso, entre outros.

Com uma simples ligação, você esclarece dúvidas, dá sugestões e solicita informações e serviços.

- Atendimento Nacional: 0800 016 6633
- Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

• Fale Conosco

Atendimento 24 horas por meio do site (www.segurosunimed.com.br) para esclarecer dúvidas, prévia de reembolso, solicitações, sugestões, elogios e reclamações.

Basta clicar na opção Fale Conosco, no menu de serviços inferior, e preencher o formulário com a sua solicitação.

• Ouvidoria

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes mediante a defesa de seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.



É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia e está sempre pronta a atender os clientes, caso não tenham obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais:

Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar solicitações, tais como: manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:

Todos os Segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretor (atuando em nome dos Segurados) que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da Seguradora, e que não concordam com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto à Seguros Unimed e que ainda não tenham recorrido à esfera judicial.

Como e onde recorrer:

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo: o nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do Seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- **Pelo site:** www.segurosunimed.com.br/ouvidoria, preenchendo o formulário.
- **Por carta**, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à: Seguros Unimed – Ouvidoria - Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP: 01410- 901
- **Por telefone:** 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis.
- **Por e-mail:** ouvidoria@Segurosunimed.com.br



- **Presencial**, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed, localizada na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César, São Paulo - SP.

35

- **Escritórios Regionais**

Bauru/SP

Rua Vivaldo Guimarães, 15-55 - Sala 83
Jardim Nasralla - Ed. Portal do Bosque
CEP: 17012-120 - Bauru - SP
Tel: (014) 3226-4289
Fax: (014) 3227-7609
E-mail: bauru@segurosunimed.com.br

Ribeirão Preto/SP

Av. Braz Olaia Acosta, 727 - Cj. 2.004
20º andar - Ed. Office Tower - Jardim Califórnia
CEP: 14026-040 – Ribeirão Preto - SP
Tel: (016) 3911-5868
Fax: (016) 3913-4926
E-mail: ribeiraopreto@segurosunimed.com.br

Vale do Paraíba/SP

Av. Dr. Nelson D'avila, 389 - Salas 113 e 114
11º andar - Ed. Tech Tower - Jd. São Dimas
CEP: 12245-030 - São José dos Campos - SP
Tel: (012) 3941-7736
Tel/Fax: (012) 3911-9944
E-mail: valedoparaiba@segurosunimed.com.br

Belo Horizonte/MG

Av. Contorno, 3.257 - 2º andar - Santa Efigênia
CEP: 30110-017 - Belo Horizonte - MG
Tel: (031) 3485-1617
Fax: (031) 3485-6626
E-mail: atendimentobh@segurosunimed.com.br

Campinas/SP

Rua Alecrins, 914 - Salas 1.004 e 1.005
Cambui
CEP 13024-411 – Campinas - SP
Tel: (019) 3231-2116 / (019) 3237-8322
Fax: (019) 3231-8242
E-mail: campinas@segurosunimed.com.br

São José do Rio Preto/SP

Av. Emílio Trevisan, 655 - Sala 1.004
10º Andar - Bom Jardim
Ed. Plaza Capital
CEP: 15084-067 - São José do Rio Preto - SP
Tel: (017) 3222-2938
E-mail: sjriopreto@segurosunimed.com.br

Vitória/ES

Av. Nossa Senhora da Penha, 2.796, Térreo - Santa Luzia
CEP: 29045-402 - Vitória - ES
Tel: (027) 3324-8854 / (027) 3324-3490
E-mail: atendimentovitoria@segurosunimed.com.br

Varginha/MG

Rua Santa Cruz, 564 - Sala 601
CEP: 37002-090 - Varginha - MG
Tel: (035) 3221-4071
E-mail: varginha@segurosunimed.com.br



Rio de Janeiro/RJ

Travessa do Ouvidor, 50 - 1º Andar
CEP: 20040-040 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: (021) 2233-3393 / (021) 2233-0694
(021) 2233-2162
Tel/Fax: (021) 2507-0486
E-mail: atendimentorio@segurosunimed.com.br

Londrina/PR

Rua Senador Souza Naves, 1.044
Sala 203 – Centro
CEP: 86010-160 - Londrina - PR
Tel: (043) 3344-2211
Fax: (043) 3344-3822
E-mail: londrina@segurosunimed.com.br

Caxias do Sul/RS

Rua Os 18 de Forte, 1.092 - Salas 803 e 804
CEP: 95020-472 - Caxias do Sul - RS
Tel: (054) 3419-8103 / (054) 3202-1165 / (054) 3202 1130
E-mail: caxiasdosul@segurosunimed.com.br

Brasília/DF

Av. SEPS 702/902 Cj. B - Bloco A
Ed. General Alencastro - Asa Sul
CEP: 70390-025 - Brasília - DF
Tel: (061) 3323-1303 / (061) 3322-8702
Fax: (061) 3323-1616
E-mail: brasilvia@segurosunimed.com.br

Cuiabá/MT

Av. Miguel Sutil, 8388 – Sala 2 - Térreo
Prédio da Unimed Cuiabá - Centro Sul
CEP: 78040-365 - Cuiabá - MT
Tel: (065) 3324-1516
E-mail: cuiaba@segurosunimed.com.br

Curitiba/PR

Av. Anita Garibaldi, 850 - Sala 503
Cabral Prédio Infinity Prime Offices
CEP: 80540-180 - Curitiba - PR
Tel: (041) 3387-4149 / (041) 3387-4147
Fax: (041) 3264-9670
E-mail: curitiba@segurosunimed.com.br

Florianópolis/SC

Rua Conselheiro Mafra, 758 - Sala 4 – Centro
Ed. Kosmo
CEP: 88010-102 - Florianópolis - SC
Tel: (048) 3224-2842
Fax: (048) 3322-0402
E-mail: florianopolis@segurosunimed.com.br

Porto Alegre/RS

Av. Carlos Gomes, 700 - Salas 507 e 508
Boa Vista - CEP: 90480-000 - Porto Alegre - RS
Tel: (051) 3330-1006
Fax: (051) 3330-1006
E-mail: atendimentopoa@segurosunimed.com.br

Goiânia/GO

Av. T3 - Quadra A - Lote 9 - Sala 104
Galeria Via Vitrine - Setor Bueno
CEP: 74215-110 - Goiânia - GO
Tel: (062) 3251-6454
Fax: (062) 3251-6454
E-mail: goiania@segurosunimed.com.br

Fortaleza/CE

Rua Dr. José Lourenço, 870 - Lojas 5/6
Aldeota
CEP: 60115-280 - Fortaleza - CE
Tel: (085) 3264-5955
Fax: (085) 3264-5956
E-mail: fortaleza@segurosunimed.com.br



Recife/PE

Av. Governador Agamenon Magalhães, 4.575
Sala 1.003 - Boa Vista
CEP 50070-160 - Recife - PE
Tel: (081) 3222-7044 / (081) 3222-7045
Fax: (081) 3231-2809
E-mail: recife@segurosunimed.com.br

Aracajú/SE

Rua Campo do Brito, 651 - Sala 9
Bairro São José - Galeria Pam Mukale
CEP: 49020-380 - Aracajú - SE
Tel: (079) 3211-3781
E-mail: aracaju@segurosunimed.com.br

Salvador/BA

Rua Senador Theotônio Vilela, 190
Edf. Convention Center – Térreo
CEP: 40279-435 - Bairro Brotas - Salvador - BA
Tel: (071) 3342-6165
Fax: (071) 3342-6866
E-mail: salvador@segurosunimed.com.br