

SEGUROS
Unimed 

Al. Ministro Rocha Azevedo, 366
CEP 01410-901 - São Paulo - SP - Brasil
E-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br
Atendimento Nacional: 0800 016 6633
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81
Unimed Seguro Saúde Empresarial Versátil nº ANS444.181/03-8 • ALMOX 9526-5 (versão 10/08)

ANS nº 000701



Preservação.
A Seguros Unimed acredita nesse recurso.
Impresso em papel reciclado.

Unimed Seguro Saúde

EMPRESARIAL VERSÁTIL

SEGUROS
Unimed 

Cuidado inspirado em você.

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 benefícios especiais que irão garantir segurança e tranquilidade a você e aos seus dependentes.

Nossos produtos são diferenciados pelo tipo de acomodação, níveis de reembolso, rede de atendimento e benefícios. Portanto, a utilização de seu seguro deve sempre acompanhar as **Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde Empresarial Versátil**.

Neste manual procuramos, de forma clara, resumir as garantias contratuais, normas de utilização da Rede Referenciada e do sistema de reembolso. Disponibilizamos ainda:

- Atendimento ao Cliente 24 horas
- Cartão Individual de Identificação
- Manual do UNIMED ASSIST Internacional
- Livretos Informativos dos benefícios:
 - Garantia Funeral
 - Unimed Assistência Residencial
 - Unimed Desconto em Medicamentos
 - Orientação Médica Telefônica e Emergências Médicas Domiciliares

A Apólice, suas **Condições Gerais e Condições Particulares** encontram-se em poder da sua Empresa.

Para mais esclarecimentos, críticas ou sugestões, fale com o Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas. Teremos muito prazer em atendê-lo(a).

Para contato com a Seguros Unimed, ligue:

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

SUMÁRIO

1. DEFINIÇÕES	3
2. INSTRUÇÕES GERAIS.....	9
3. ASSISTÊNCIA MÉDICA	9
4. AUTORIZAÇÕES.....	11
5. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	13
6. CARÊNCIAS.....	13
7. DEPENDENTES	14
8. GARANTIAS PRINCIPAIS.....	15
9. OUTRAS COBERTURAS	19
10. DESPESAS NÃO COBERTAS	24
11. LIMITAÇÕES	27
12. REEMBOLSO DE DESPESAS	28
13. FRANQUIA E CO-PARTICIPAÇÃO	32
14. BENEFÍCIOS ESPECIAIS.....	32

1. DEFINIÇÕES

Apresentamos a seguir algumas definições que facilitarão a compreensão deste manual.

- **Acidente Pessoal** é a ocorrência, com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico;
- **Acidente de Trabalho** é toda lesão corporal, perturbação funcional ou doença, produzidas pelo exercício do trabalho ou em consequência deste;
- **Agravo** é o acréscimo, no valor do prêmio do seguro de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes;
- **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar** é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado e regulado pela Lei nº 9.961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar de saúde;
- **Apólice** é o documento emitido pela Seguradora, após a aceitação da proposta, que instrumenta o contrato de seguro;
- **Atendimento de Emergência** é aquele decorrente de risco de morte imediato ou de lesões irreparáveis ao paciente, comprovado em declaração do médico assistente. Este atendimento **está limitado às primeiras doze horas, ou até que se torne necessária a internação hospitalar, prevalecendo o que ocorrer primeiro;**
- **Atendimento de Urgência** é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional. Este atendimento, no caso de processo gestacional, quando em carência, **está limitado às primeiras doze horas do atendimento, ou ao momento da caracterização da necessidade da internação hospitalar, prevalecendo o que ocorrer primeiro;**

- **Autorização Prévia** é aquela necessária à realização de determinados procedimentos médicos ou hospitalares, mediante solicitação do médico assistente e registro formal, na Seguradora, dessa solicitação, conforme condições contratuais;
- **Benefício Especial** é a cobertura, não obrigatória, oferecida aos beneficiários designados contratualmente;
- **Carência** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado não tem direito às coberturas contratadas, embora sejam devidos os pagamentos dos prêmios;
- **Cartão Individual de Identificação** é o documento que identifica o Segurado e seu respectivo seguro junto à Rede Referenciada;
- **Cartão-Proposta** é o documento preenchido pelo Segurado Principal, responsável pela própria declaração de saúde e de seus dependentes, objetivando a contratação do seguro;
- **Check-up** é o conjunto de procedimentos clínicos e laboratoriais que, conforme faixa etária e periodicidade pré-definida, conforme o plano contratado, são realizados com a finalidade de detecção precoce e possibilitam tratamento preventivo;
- **CID 10** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - versão 10;
- **CMS - Coeficiente Médico da Seguradora** é o valor, expresso em Reais, que serve como base para determinação dos valores de reembolso dos procedimentos cobertos por este Seguro, e que está discriminado nas Condições Particulares da Apólice;
- **Cobertura Parcial Temporária** é o período de até 24 meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo Segurado, não têm coberturas integrais, havendo nesse período exclusão da cobertura para eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS (conforme Rol de Procedimentos adotado para este contrato)

e internações em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas por normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

- **Coligada** é a Sociedade Comercial ou Civil vinculada a Empresa mediante participação no seu capital;
- **Competência** é o período ao qual se refere o pagamento do prêmio;
- **Condições Gerais** são condições contratuais, descritas conforme normas da ANS, respeitando-se o Código de Defesa do Consumidor, aplicáveis a todos os planos do seguro, que somente poderão ser alteradas nas Condições Particulares ou mediante aditivo;
- **Condições Particulares** é o documento que instrumenta as variáveis e particularidades do seguro contratado;
- **Contrato Coletivo Empresarial** é aquele que abrange o grupo delimitado e vinculado ao Estipulante através de relação empregatícia, associativa ou sindical, com adesão automática, sendo os prêmios cobrados diretamente da Empresa;
- **Co-participação** é o valor percentual de responsabilidade do Estipulante ou do segurado pela utilização das coberturas deste contrato por seus segurados, conforme especificado nas Condições Particulares;
- **Eletivo** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência, que podem ser realizados em data preestabelecida;
- **Estipulante** é a pessoa jurídica que celebra o contrato e administra o Seguro em favor de seus empregados, associados ou cooperados, responsável pelo pagamento dos prêmios mensais;
- **Evento Coberto** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do Segurado, em decorrência de acidente ou doença, **desde que tenha se verificado durante a vigência do seguro e não figure como exclusão de**

cobertura; o evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do Segurado, ou com a sua morte;

- **Franquia** é o valor de responsabilidade a cargo da Empresa, estabelecido nas Condições Particulares da Apólice, acima dos quais se inicia a responsabilidade da Seguradora;
- **Grupo familiar** é o conjunto dos dependentes seguráveis e agregados, do segurado principal;
- **Grupo de inativos** é aquele constituído por segurados que por força de normas legais, fazem jus a permanência no seguro, em consequência da exoneração ou demissão sem justa causa, ou aposentadoria;
- **Grupo Segurado** é, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente aceitas e incluídas no seguro, cujas coberturas estejam em vigor;
- **Grupo Segurável** é o conjunto de pessoas que apresentam vínculo com o Estipulante, que possam ser incluídas no seguro;
- **Hospital de Tabela Própria** é aquele que utiliza sua própria tabela de preços e procedimentos, realizando os atendimentos conforme rotinas administrativas diferenciadas dos padrões definidos pela Rede UNIMED e/ou Seguradora;
- **Importância Segurada** é o valor máximo a ser pago em caso de reembolso de despesas para fins do benefício Garantia Funeral;
- **Internação Hospitalar** é a hospitalização do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo). A nova internação ocorrida no período de 7 (sete) dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia, será considerada um único evento;
- **Médico Assistente** é o profissional médico que atende (assiste) o

Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;

- **Níveis de Reembolso** são os valores máximos estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice de responsabilidade da Seguradora;
- **Órtese** é o material usado em atos cirúrgicos para suportar, alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou para melhorar a função de partes móveis do corpo;
- **Patologias ou Doença** é o conjunto de alterações físicas e/ou mentais e/ou psíquicas, com repercussões sintomáticas e/ou funcionais, instalado a partir de fatores internos ou externos, inclusive as decorrentes de acidentes;
- **Plano** é o conjunto composto pelo padrão de coberturas, acomodação hospitalar, múltiplo de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal;
- **Preexistência** é toda condição mórbida, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou, indiretamente, por suas consequências, da qual o proponente tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico antes da assinatura do contrato;
- **Prêmio** é a importância paga mensalmente pela Empresa à Seguradora, para obtenção das coberturas previstas no contrato;
- **Prestadora Contratada** é a pessoa jurídica, devidamente habilitada, contratada pela Seguradora para prestação das coberturas deste seguro, previsto no Anexo I;
- **Procedimento Ambulatorial** é aquele que embora não necessite internação, precisa de apoio de estrutura hospitalar, por período inferior a 12 horas;
- **Prótese** é o material, empregado em atos cirúrgicos, que substitui definitivamente órgão ou membro, ou parte de órgão, reproduzindo sua forma e/ou função;

- **Protocolos** são os critérios da Seguradora para análise de concessão de determinados serviços, englobando solicitação de laudos e exames, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgar necessários;
- **Rede Referenciada** é aquela indicada pela Seguradora para facilitar o atendimento, sendo o pagamento feito diretamente a esses prestadores pela própria seguradora sem desembolso por parte do segurado;
- **Rede Unimed** é aquela disponibilizada pelas cooperativas Unimed para prestar serviços médicos hospitalares, sendo o pagamento feito diretamente a cooperativa a Cooperativa UNIMED, sem desembolso por parte do segurado;
- **Risco** é a possibilidade de ocorrência de evento coberto;
- **Rol de Procedimentos** é a lista publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados, oferecidos pelo seguro-saúde;
- **Segurado Dependente** é a pessoa vinculada ao Segurado Principal, efetivamente incluído no seguro;
- **Segurado Principal** é o componente do grupo segurado efetivamente incluído no seguro e responsável pelas informações prestadas no Cartão-Proposta, que mantém vínculo direto com o Estipulante;
- **Seguradora** é a UNIMED Seguros Saúde S.A., companhia legalmente autorizada pelo Governo Federal, **registrada na ANS sob o número 000701**, que assume as coberturas descritas nas Condições Gerais e Particulares deste seguro;
- **Seguro Contributário** é aquele para o qual o Segurado contribui para o pagamento do prêmio. Não se considera contributário, a participação do Segurado a título de co-participação ou franquia;
- **Sinistralidade** é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês da ocorrência pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os últimos três meses do período analisado.

- **Tabela SIMPRO** é uma publicação especializada em divulgar preços de materiais e medicamentos de abrangência nacional;
- **Tabela da Seguradora é a tabela da Unimed Seguros Saúde** em que estão relacionados os procedimentos e quantidade 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 e do Estipulante, e será entregue por meio magnético ou outro a Empresa, que se obriga a disponibilizá-la aos Segurados;
- **Urgência** é a situação resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
- **Vigência** é o período em que estão em vigor as coberturas deste seguro.

2. INSTRUÇÕES GERAIS

Sendo a modalidade contratual **coletiva e empresarial**, é responsabilidade da Empresa, na qualidade de Estipulante da Apólice de Seguro, dar ciência das condições deste seguro, bem como alterações ocorridas na vigência do contrato, respondendo, sob todos os aspectos legais, por prejuízos que você possa sofrer por ausência de qualquer comunicação.

3. ASSISTÊNCIA MÉDICA

Em qualquer evento coberto por este seguro é preservada ao Segurado a LIVRE ESCOLHA dos serviços médicos e hospitalares, **desde que legalmente habilitados**.

Como utilizar a Rede UNIMED

Sendo atendido pela Rede UNIMED, você terá à sua disposição,

sem desembolso, pelas coberturas previstas no seguro, uma ampla rede nacional de recursos médicos, laboratoriais e hospitalares referenciados, mediante apresentação de seu Cartão de Identificação acompanhado do documento de identidade.

Você tem direito à retirar, gratuitamente, um Guia Médico na UNIMED da localidade onde utilizará a assistência, e o seu atendimento será disponibilizado conforme normas operacionais locais e recursos referenciados de acordo com o seguro contratado.

O Guia Médico Unimed é desenvolvido conforme a área de atendimento, seus recursos referenciados e particularidades dos planos locais.

Caso você tenha optado por plano superior e estando cumprindo as carências previstas no item 6 - Carências deste manual, a rede de hospitais estará disponível conforme o plano anterior contratado até que as novas carências tenham sido cumpridas.

Conforme o procedimento ou especialidade, **não havendo recurso credenciado 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.

Optando por acomodação hospitalar superior àquela contratada, **deverá arcar com a diferença de preço hospitalar e da complementação dos honorários médicos, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital, estando a Seguradora isenta de responsabilidade por qualquer acordo ajustado particularmente com médicos, hospitais ou entidades, mesmo quando referenciados por ela.**

Para obter informações sobre quais procedimentos necessitam de autorização prévia contate nosso Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas. Atendimento Nacional: 0800 016 6633 e Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611.

Informações sobre a Rede UNIMED, acesse nosso site: www.segurosunimed.com.br – ícones: Produtos – Pessoa Jurídica – Saúde – Seguro Saúde Empresarial – Utilização – Hospital de 1ª linha.

Como utilizar a Livre Escolha

Se você optar por prestadores médicos, hospitalares ou laboratoriais não pertencentes à Rede UNIMED, remunere-os diretamente e, depois, solicite o reembolso à Seguros Unimed, que realizará o ressarcimento conforme coberturas e limites contratados. Esse procedimento poderá ser adotado também para atendimentos no exterior, uma vez que a Rede Referenciada está disponível somente no Brasil.

Principalmente nos eventos de alto custo, sempre que optar pelo sistema de livre escolha, informe-se com a Seguradora sobre os limites e coberturas do seu seguro e prazos para pagamento do reembolso.

Conforme o tipo do evento, os valores prévios informados poderão sofrer alterações quando da época do ressarcimento. Por este motivo, principalmente nos eventos hospitalares, é imprescindível informar-se sobre os limites contratuais apresentando o relatório médico.

4. AUTORIZAÇÕES

Através da Rede UNIMED, não há necessidade de autorização prévia para procedimentos de urgência ou emergência.

As consultas e exames de rotina serão realizados conforme nor-

mas da localidade. Verifique no seu Cartão de Identificação se a cobertura foi contratada e se há carência a ser cumprida.

Os procedimentos de diagnose, terapia e atendimentos ambulatoriais **deverão ser requisitados pelo médico assistente e constar do Rol de Procedimentos da ANS, em vigor na data da contratação do seguro pela Empresa.** Se não constar desse Rol, o atendimento será viabilizado considerando-se a **Tabela da Seguradora**, se estiver coberto.

A realização dos procedimentos médico-hospitalares e dos serviços descritos a seguir **dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da Seguradora:**

- a. Procedimentos de diagnose e terapia de alto custo;
- b. Procedimentos de terapia cujas sessões são limitadas contratualmente;
- c. Internações clínicas e cirúrgicas, incluindo-se as obstétricas e as psiquiátricas;
- d. Internações em Hospital-Dia;
- e. Outros, conforme critério da Unimed local.

Considerando-se as particularidades de algumas unidades da Rede UNIMED, estas **poderão ter normas próprias para atendimento ao Segurado, bem como exigir autorização para outros procedimentos além dos descritos acima.**

Todas as internações hospitalares devem ser precedidas de prescrição médica, exceto os casos de urgência ou emergência.

O Segurado deverá apresentar relatório do médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto, época do início da enfermidade e duração provável da internação.

Importante:

Antes de realizar qualquer internação ou cirurgia eletiva na

Rede Referenciada, informe-se através do Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas sobre a rotina de autorização e documentos necessários.

5. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Tenha sempre à mão seu Cartão de Identificação, pois ele possibilita sua identificação e agiliza seu atendimento junto à Rede UNIMED.

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 de identidade do acompanhante responsável.

Na hipótese de exclusão ou rescisão contratual, é obrigação do Segurado devolver a Empresa o seu Cartão de Identificação e dos seus dependentes e agregados, se houver.

O Cartão de Identificação é pessoal e intransferível, e a correta utilização é de seu interesse e responsabilidade. O seu uso indevido, a critério da Seguradora, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do Segurado Titular.

Ocorrendo a perda ou extravio do cartão, o segurado deverá comunicar imediatamente sua Empresa, para que este solicite o cancelamento e a emissão de 2ª via à Seguradora, sujeitando-se à cobrança do custo dessa emissão.

6. CARÊNCIAS

Os prazos de carência estão, descritos no Cartão de Identificação, obedecidos os limites impostos pela legislação pertinente.

Comunique o quanto antes a Empresa a inclusão de novos dependentes. Serão aceitos, sem carências, os dependentes inscritos no seguro até 30 (trinta) dias da data que lhes facultou o direito de inscrição (casamento, nascimento, adoção, concessão de guarda provisória, etc).

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.

Se o novo plano possuir outras coberturas, além das previstas no plano anterior, serão aplicadas as carências relativas a essas coberturas.

Estando em período de carência, o atendimento para urgências e emergências estará coberto até o momento da caracterização da necessidade de internação, ou até o máximo de 12 horas, prevalecendo o que ocorrer primeiro. Após esse prazo, a Seguradora se responsabilizará pelas despesas da remoção do paciente para recurso hospitalar que atenda às expensas do SUS. **Na impossibilidade de remoção, devido a risco de morte, o próprio Segurado, ou seu responsável, deverá negociar as bases da continuidade do atendimento diretamente com o prestador dos serviços.**

7. DEPENDENTES

Sempre **vinculados ao plano contratado**, você poderá inscrever os seguintes dependentes:

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filhos solteiros menores de 24 anos;
- Filhos inválidos de qualquer idade;
- Enteado ou menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.

Tão logo ocorra a perda da condição de dependência, é da responsabilidade do Segurado Principal a obrigatoriedade de solicitar, junto a Empresa, a exclusão do dependente ou do Agregado, se houver, respondendo pelos prejuízos a que der causa o descumprimento desta obrigação.

8. GARANTIAS PRINCIPAIS

As coberturas estarão garantidas desde que:

- Decorrentes de eventos cobertos, comprovados e justificados pelo médico assistente;
- Não constem como despesas não cobertas;
- Sejam cumpridas as carências contratuais.

Sem prejuízo dos limites, coberturas e demais condições, consideram-se despesas cobertas por este seguro:

- a. Internações clínicas;
- b. Internações cirúrgicas;
- c. Internações obstétricas;
- d. Transplantes de rim e córnea, de acordo com protocolo descrito no item 9 - Outras Coberturas deste manual;
- e. Transplante autólogo de medula óssea;
- f. Aquisição e implantação de órteses e próteses, **ligadas ao ato cirúrgico** (intra-operatório);
- g. Internações psiquiátricas;
- h. Remoção inter-hospitalar;
- i. atendimentos de urgência ou emergência;
- j. Cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e outras que necessitem de ambiente hospitalar, em caso de **urgência ou emergência**, decorrentes de acidente pessoal.

Procedimentos quando necessários à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

- a. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial);
- b. Quimioterapia e radioterapia (incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia);
- c. Hemoterapia;
- d. Nutrição enteral ou parenteral;
- e. Hemodinâmica;
- f. Embolizações e radiologia intervencionista;
- g. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- h. Fisioterapia;
- i. Acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto **medicação de manutenção**.

Estão também abrangidas as seguintes coberturas, em caráter ambulatorial:

- a. Consultas médicas eletivas, em todas as especialidades oficialmente reconhecidas, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina;
- b. Escleroterapia de varizes de membros inferiores, com limite de sessões/ano por segurado;
- c. Serviços de Pronto-Socorro (primeiro atendimento, aplicação de injeções, curativos, inalação simples, etc.);
- d. Tratamentos e procedimentos de diagnose e terapia.

São consideradas despesas hospitalares:

- a. Diárias de internação do Segurado em **quarto privativo**, e 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**;
- 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, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, **limitada aos recursos do estabelecimento**;
- j. Acomodação e alimentação fornecida pelo hospital a um acompanhante, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar**;
- l. **No regime de internação**, também estará coberta a remoção terrestre do Segurado, mediante reembolso ou pela Rede, **de um recurso hospitalar para outro**, quando comprovadamente necessária ao atendimento 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, esta poderá ser feita por via aérea, mediante prévia autorização da Seguradora.

Obstetrícia:

- a. Consultas médicas, 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 e parto cesariana, desde que devidamente justificado pelo médico assistente, berçário e tratamento clínico obstétrico;

- c. Estarão cobertos, desde que praticados e justificados por médico, os casos de abortamentos; legalmente autorizados;
- d. Honorários médicos, diárias de berçário e CTI ou UTI do recém-nascido, bem como medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento, 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 na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado Principal.

Psiquiatria:

- a. Atendimentos às **emergências**, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o Segurado ou para terceiros, bem como risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b. Psicoterapia incluindo psicanálise realizada por médico psiquiatra ou por psicólogo, **limitada a 20 (vinte) sessões, por segurado, por ano de vigência da apólice;**
- c. Consultas prestadas por médico psiquiatra ou por psicólogo;
- d. Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- e. 15 (quinze) dias por ano de vigência da Apólice, para internação em hospital geral, para segurados portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação. **A partir do 16° dia de internação haverá continuidade da cobertura somente com autorização prévia da Empresa, aplicando-se co-participação;**
- f. 30 (trinta) dias por ano de vigência da Apólice, para internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, em casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise. **A partir do 31° dia de internação haverá continuidade da cobertura somente com autorização prévia da Empresa, aplicando-se co-participação;**

- g. Nas situações de crise, para transtornos psiquiátricos, o tratamento será estendido até 8 (oito) semanas de tratamento por ano de vigência da Apólice, **em regime de hospital-dia.**
- h. Será estendido também, em situação de crise, até 180 (cento e oitenta dias) por Segurado, por ano de vigência da Apólice, o tratamento em regime de hospital-dia, dos seguintes diagnósticos, conforme elencados no CID 10: F00 a F09 - Transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos, F20 a F29 - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, F70 a F79 - Retardo Mental e F90 a F98 - Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

9. OUTRAS COBERTURAS

Acomodação e Acompanhante

Plano Versátil

a. **Acomodação** - quarto privativo

b. **Acompanhante:**

Acomodação - para acompanhante de segurado internado de qualquer idade;

Alimentação - para acompanhante do internado menor de 18 anos e a partir de 60 anos.

Acidente de Trabalho

Esta cobertura é exclusiva para o **Segurado Principal** de todos os planos, e consiste no **atendimento médico-hospitalar**, previsto neste seguro, em caso de ocorrência de lesões traumatológicas de caráter individual, ocorridas no trabalho ou no percurso de casa para o trabalho e do trabalho para casa.

Caso o Segurado esteja em carência, será prestado o atendimento de **urgência ou emergência**, assim entendidas **as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que se caracterize a necessidade de internação**, o que ocorrer primeiro.

Ficam excluídos desta cobertura:

- a. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional; isto é, que visem fornecer os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho. Esta exclusão não se aplica as sessões de Terapia ocupacional;
- b. Atendimentos ou tratamentos destinados à readaptação social e profissional;
- c. Qualquer tipo de indenização reparatória ou compensatória decorrente de doenças ou de lesões traumatológicas de qualquer natureza;
- d. Tratamentos para doenças, moléstias ou enfermidades profissionais, embora incluídas no conceito de Acidente de Trabalho.

Excetuam-se da exclusão os tratamentos para L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinite e Sinovite.

Acupuntura

Estarão cobertas as consultas de acupuntura mediante reembolso ou rede referenciada local com limite de sessões/ano por segurado, 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 aos mesmos critérios estabelecidos para as demais consultas.

Câmara Hiperbárica

Cobertura para Câmara Hiperbárica ou Oxigenoterapia Hiperbárica, com limite, por Segurado. Serão reconhecidas as aplicações clínicas da Oxigenoterapia Hiperbárica, para os casos previamente avaliados e autorizados pela auditoria médica da Seguradora.

Cirurgias Oftalmológicas Refrativas

Estarão cobertas cirurgias corretivas para vícios de refração, para os dois olhos, para pacientes com mais de 18 anos e grau estabilizado há um ano, para casos que se enquadrem em um dos seguintes parâmetros:

- Miopia entre 5 e 10 graus, com ou sem astigmatismo associado (até 4 graus) ou
- Hipermetropia até 6 graus, com ou sem astigmatismo associado (até 4 graus).

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.**

Gigantomastia

Haverá cobertura para as cirurgias de mamas volumosas que repercutam sobre a coluna vertebral, com confirmação radiológica e relatório do médico ortopedista. O Segurado deverá, obrigatória-

mente, submeter-se à perícia médica com cirurgião plástico, concomitantemente com médicos das especialidades em ortopedia, ginecologia ou mastologia.

Obesidade Mórbida

A cobertura para **cirurgias** é garantida a todos os planos e 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 seguintes requisitos:

- a. IMC - Índice de Massa Corpórea superior a 40 kg/m² ou entre 35 e 40 kg/m², quando acompanhado de co-morbidades clinicamente importantes, tais como: diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, doença cardiopulmonar grave;
- b. Obesidade presente por pelo menos 5 anos;
- c. Histórico de regimes alimentares sem resultado há mais de um ano;
- d. Ausência de dependência em relação a álcool e/ou drogas;
- e. Ausência de patologias endócrinas descompensadas;
- f. Idade entre 18 e 55 anos;
- g. Condições clínicas adequadas para ser submetido à cirurgia.

Outras Terapias

Somente através do sistema de reembolso, com limite de sessões/ano por especialidade, por segurado, estarão cobertas outras terapias, desde que devidamente justificada através de relatório do médico assistente e relatório do especialista.

Procedimento	Plano Versátil
Nutrição	06 sessões/ano
Terapia Ocupacional	06 sessões/ano
Fonoaudiologia	20 sessões/ano
Psicoterapia	20 sessões/ano

Próteses e Órteses

Cobertura de despesas relativas à aquisição de órteses e próteses de **fabricação nacional, 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.

R.P.G. - Reeducação Postural Global

Cobertura, **através do sistema de reembolso ou rede referenciada local**, desde que devidamente **justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista**, com limite de sessões/ ano por Segurado.

Transplantes de rim e córnea

A cobertura estará garantida, desde que o candidato a receptor esteja, exceto em caso de transplante intervivos, **inscrito em uma CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos)** e que se submeta aos critérios de fila e seleção da lista de receptores nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde, e às demais disposições dos órgãos competentes:

Do receptor:

- a. Despesas hospitalares, conforme disposto no item 8 - Garantias Principais deste manual, a partir da internação para transplante;
- b. Despesas decorrentes de complicações do transplante, inclusive diálise e hemodiálise, durante a hospitalização;
- c. Despesas de cirurgia para retirada, transporte e conservação do órgão a ser transplantado, em caso de doador morto.

Do doador vivo:

- a. Despesas hospitalares previstas no item 8 - Garantias Principais deste manual, a partir da internação para retirada do órgão a ser transplantado, **exclusivamente até a alta hospitalar;**
- b. **Não estarão cobertas quaisquer despesas relativas ao transporte do doador.**

Transplante autólogo de medula óssea – transplante de medula óssea feito com as células do próprio paciente.

Os limites previstos contratualmente **englobam a cobertura do doador** e procedimentos pré e pós-operatórios do receptor.

10. DESPESAS NÃO COBERTAS

As despesas que excederem os limites de cobertura e os níveis de reembolso do plano contratado, ou que não se relacionem com o tratamento médico-hospitalar previsto no seguro, correrão, sempre, por sua exclusiva responsabilidade, e serão pagas diretamente ao prestador do atendimento.

Salvo disposição em contrário, expressa nas Condições Particulares da Apólice, estão excluídas da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

- **Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;**
- **Check-up;**
- **Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, assim como cirurgias para mudança de sexo e suas conseqüências;**
- **Internações domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;**
- **Enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- **Exames pré-admissionais, demissionais e periódicos;**
- **Internações clínicas ou cirúrgicas iniciadas antes do início de vigência do seguro;**
- **Internações, tratamentos e cirurgias experimentais mesmo que decorrentes de emergência e urgência, exames, terapias, consultas e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas conseqüências;**
- **Laserterapia para tratamento de varizes, exceto escleroterapia (conforme item 8 - Garantias Principais deste manual);**
- **Medicamentos e materiais cirúrgicos, exceto em casos de internação ou atendimento em pronto-socorro; e**
- **Medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;**
- **Necropsia;**
- **Outras terapias (hidroterapia e psicomotricidade);**
- **Outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisão, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.) ou despesa com acompanhantes diferente da prevista no item 9 - Outras Coberturas deste manual;**
- **Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou soli-**

citados pelo médico assistente ou sem que o Segurado apresente doença ou sintoma, tais como check-up e exames para piscina ou ginástica;

- Sonoterapia;
- Quaisquer tratamentos odontológicos ou ortodônticos, mesmo decorrentes de acidentes pessoais, exceto cobertura para cirurgias buco-maxilo-facial conforme item 8 - Garantias Principais deste manual;
- Retorno à consulta médica, em período inferior a 15 (quinze) dias, com o mesmo médico e referente ao mesmo diagnóstico e patologia;
- Transplantes, exceto os de rim, córnea e transplante autólogo de medula óssea;
- Tratamento para doenças direta ou indiretamente profissionais, acidentes de trabalho e suas conseqüências, exceto previsto no item " Acidente de Trabalho";
- Tratamento para obesidade, exceto cirurgia para obesidade mórbida, conforme item 9 - Outras coberturas deste manual;
- Tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais diagnósticos e de prevenção para todos os tipos de impotência sexual, inseminação artificial e suas conseqüências, provas de paternidade, esterilização e suas conseqüências para retirada de função do órgão ou sistema, visando controle de natalidade, excetuando-se casos previstos na legislação referente ao Planejamento Familiar;
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos não previstos no Rol de Procedimentos, expedidos pela ANS, 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;
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- Tratamentos dínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade

estética, social, cosmética ou para alterações somáticas;

- Tratamentos de danos físicos e lesões resultantes do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- Tratamentos de moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de cataclismos, guerras, revoluções, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- Vacinas.

11. LIMITAÇÕES

Nas internações clínicas ou cirúrgicas, **as diárias estarão cobertas pelo período normalmente necessário ao tratamento da patologia.** Havendo necessidade de prorrogar o período inicialmente concedido, o médico assistente deverá emitir nova justificativa.

Os honorários do médico assistente estão **limitados a uma visita médica hospitalar por dia de internação hospitalar e por especialidade**, exceto para casos devidamente justificados através de relatório médico e aceitos pela Seguradora.

Nos casos de cirurgia, os honorários fixados incluem a assistência pré e pós-operatória.

Conforme o porte do ato cirúrgico, os honorários do(s) auxiliar(es), anestesista e do instrumentador ficam limitados a percentuais, conforme **Tabela da Seguradora**, em relação aos honorários devidos ao médico assistente.

Os medicamentos, e materiais utilizados no tratamento hospitalar ou ambulatorial do Segurado, inclusive sessões de quimioterapia, serão pagos ou reembolsados de acordo com os valores estabelecidos contratualmente.

12. REEMBOLSO DE DESPESAS

Qualquer despesa somente será reembolsada respeitando-se as coberturas, os níveis de reembolso, as franquias e co-participações contratadas, bem como os limites previstos contratualmente. Em nenhuma hipótese o reembolso será superior ao valor efetivamente pago ao profissional ou instituição médica.

Solicite o formulário **“Solicitação de Reembolso”** com a sua Empresa ou imprima o formulário disponível no nosso site www.segurosunimed.com.br – ícones: Produtos – Pessoa Jurídica – Saúde – Seguros Saúde Empresarial – Utilização – Reembolso – Formulário.

Prévia de Reembolso:

O cliente poderá, antecipadamente, saber o valor do seu reembolso através do fax: (011) 3265-9725. O tempo de retorno da prévia é de 48 horas.

Para informações sobre reembolso ligue para: (011) 3265-9789 / 3265-9689.

Para seu maior controle, guarde uma cópia dos documentos apresentados para 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

Respeitadas as condições do contrato, o reembolso cabível dependerá da apresentação dos seguintes documentos, sempre originais:

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).

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;
- b. Cópia do(s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anatomopatológico(s) ou polissonografia(s);
- c. Recibos ou Nota Fiscal dos profissionais (cirurgião, auxiliar,

anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares);

d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

- Conteúdo do(s) recibo(s) ou da(s) Nota(s) Fiscal(is): 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).
- Dos 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.

Próteses e Órteses 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 do 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).

Estando caracterizada a cobertura, a Seguradora efetuará o devido reembolso através de crédito em conta corrente do Segurado ou do responsável, no caso de titular menor, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis para consultas e 10 (dez) dias úteis para demais pro-

cedimentos, contados da data do **recebimento da documentação correta e completa na Seguradora, sob protocolo.**

A Seguradora poderá, a seu critério, solicitar laudos de exames realizados anteriormente, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgar necessários, **ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito a análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a recontagem do prazo acima estabelecido.**

Os eventos clínicos ou cirúrgicos e os procedimentos para avaliação diagnóstica, **cobertos pelo seguro e não previstos na Tabela da Seguradora, serão reembolsados por valores correspondentes aos casos análogos daquela tabela para este plano.**

Quando o evento ocorrer no exterior, o reembolso será efetuado com base no câmbio oficial de venda da **data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.**

Os eventos ocorridos no período de cumprimento das novas carências em face de transferência para plano superior, conforme item 6 - Carências deste manual, **serão reembolsados conforme limites contratuais do plano anterior.**

Fica reservado à Seguradora o direito de recusar pedidos de reembolso ou atendimentos abusivos, desnecessários ou que não se enquadrem nas condições do seguro contratado.

A Seguradora, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis contra o responsável por danos que lhe forem causados, **não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base neste seguro, caso haja, por parte da Empresa ou dos segurados:**

- a. Inexatidão ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influido na aceitação do seguro ou em qualquer pagamento previsto neste contrato;
- b. Fraude, tentativa de fraude ou dolo;

- c. Inobservância das obrigações contratuais;
- d. Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da Seguradora na elucidação do evento ou das respectivas despesas;
- e. Aprovação do risco.

13. FRANQUIA E CO-PARTICIPAÇÃO

As franquias ou co-participações quando estabelecidas serão cobradas:

No caso de reembolso, os valores de franquia ou co-participação **serão deduzidos dos valores a serem reembolsados aos segurados.**

No caso de utilização da Rede, esses valores **serão cobrados da Empresa** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos segurados.

14. BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Para seu maior conforto e de seus familiares, a Seguros Unimed disponibiliza benefícios exclusivos e que, para este seguro, são:

- **SEA - Seguro de Extensão Assistencial** - Continuidade, por até 5 (cinco) anos, da assistência médica e hospitalar contratada aos dependentes (cônjuge e filhos), sem nenhuma despesa, em caso do falecimento do titular, obedecidas as Condições Gerais e Particulares do seguro.
- **UNIMED ASSIST Internacional** - Este benefício prevê a assistência aos Segurados nos casos de urgência e emergência, quando em viagem pelo Brasil ou exterior, conforme o manual do Unimed Assist. Não se esqueça de levar em suas viagens esse manual.

Para utilizar esse benefício ligue:

No Brasil (discagem gratuita) 0800-55 5430

No Exterior (ligação a cobrar) 55 11 4689 5573

- **ORIENTAÇÃO MÉDICA POR TELEFONE e EMERGÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR** - Para todos os Segurados cadastrados no seguro, o serviço é disponibilizado para orientações sobre primeiros socorros, controle de pânico diante de uma emergência, orientação médica de situações do cotidiano, atenção a familiares de pacientes em internação domiciliar, atendimento médico de emergência e urgência médica.

- **PROGRAMA DE DESCONTO EM MEDICAMENTOS** (abrangência nacional) - O programa permite a todos os Segurados cadastrados a compra de medicamentos de alta qualidade com preços diferenciados. Informações de como utilizar este benefício acesse o site www.umimedseguros.com.br - ícone Produtos - Pessoa Jurídica - Saúde - Saúde Empresarial - Benefícios - Desconto em Medicamentos; ou ligue para nosso Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

- **UNIMED GARANTIA FUNERAL** - É o seguro que garante ao Segurado Principal e aos dependentes (cônjuge e filhos) a prestação do serviço de assistência ao funeral, respeitado o limite da importância segurada definida nas Condições Particulares do seguro.

Para utilizar esse benefício ligue:

No Brasil - 0800 702 0242

No exterior (solicite ligação a cobrar) - 55 11 4689 5781

- **UNIMED ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL** - O Segurado Principal poderá contar com uma rede de profissionais altamente qualificados na prestação de serviços emergenciais em sua residência.

Para utilizar esse benefício ligue: 0800 55 5430

Importante:
Os benefícios não são extensivos aos segurados demitidos ou aposentados.

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE**

Atendimento 24 horas para solucionar dúvidas sobre coberturas, carências, benefícios, solicitar autorizações de procedimentos e reembolsos, solicitar 2ª via de carteirinha, fazer alterações cadastrais. Entre outros.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br

- **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

- **FALE CONOSCO**

Atendimento 24 hs por meio do site para esclarecer dúvidas e reclamações.

www.segurosunimed.com.br

- **OUVIDORIA**

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

Para recorrer à Ouvidoria, o cliente deve esgotar as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa e não ter ficado satisfeito com a solução apresentada.

As manifestações poderão ser feitas via e-mail:

ouvidoria@segurosunimed.com.br, internet: www.segurosunimed.com.br, ou por carta: Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 10º andar - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP.

