

TSE

SAÚDE

Prezado 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 e agregados, se previstos no Seguro.

Neste manual procuramos de forma sucinta resumir algumas das garantias contratuais e normas de utilização da rede referenciada e do sistema de reembolso. A íntegra dessas informações deve ser consultada nas Condições Gerais do produto.

Esclarecemos ainda 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.

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

Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 – SAC Opção 6

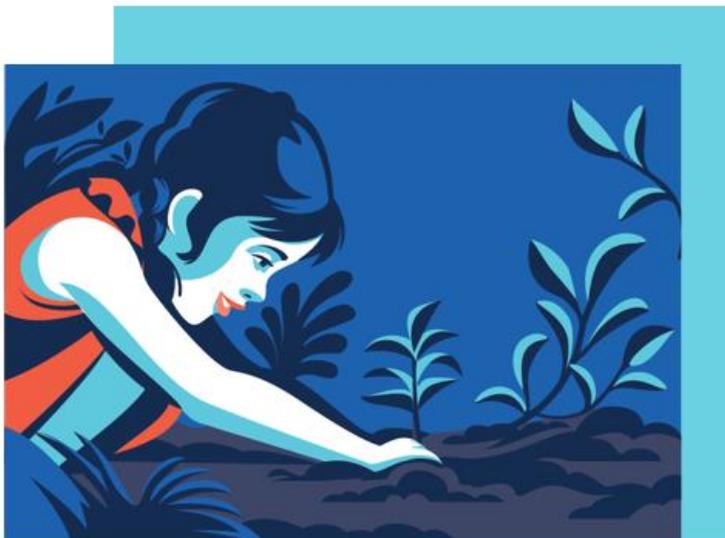
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Ouvidoria: 0800 001 2565 ou acesse: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria

SUMÁRIO

1. CONHEÇA SEU PRODUTO	4
2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	4
3. SEGURADO TITULAR E DEPENDENTES.....	5
4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE.....	6
5. COBERTURAS	6
6. DESPESAS NÃO COBERTAS PELO SEGURO.....	14
7. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.....	16
8. CARÊNCIA	17
9. REDE REFERENCIADA.....	18
10. ATENDIMENTO POR REEMBOLSO (LIVRE ESCOLHA)	22
11. MANUTENÇÃO DO SEGURO SAÚDE APÓS DESLIGAMENTO DA EMPRESA	27
12. INFORMAÇÕES IMPORTANTES	29
13. DIREITOS E DEVERES DOS SEGURADOS	31
14. CANAIS DE COMUNICAÇÃO DA SEGUROS UNIMED	32
15. PRODUTOS DA SEGUROS UNIMED	37

1. CONHEÇA SEU PRODUTO



Nossos produtos são diferenciados principalmente pelo tipo de acomodação, coberturas, múltiplos de reembolso e rede de atendimento.

A modalidade contratual do seu plano é **Coletivo Empresarial** e veremos adiante sua elegibilidade.

Os planos do produto **TSE** são:

Empresarial Básico TSE - 495.663/23-0

Empresarial Prático TSE - 495.662/23-1

Empresarial Versátil TSE - 495.661/23-3

Empresarial Dinâmico TSE - 495.660/23-5

Verifique no seu cartão de identificação qual é o seu plano.

2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

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

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 no serviço Guia Médico, e preencha as informações pertinentes aos seus dados e plano para consulta da rede referenciada.

Na hora de usar qualquer serviço do guia médico é preciso apresentar o Cartão de Identificação do Segurado com documento oficial com foto.

O recém-nascido, filho do Segurado, 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.

Você pode acessar seu cartão de identificação pelo Portal do Cliente PF (<https://www.segurosunimed.com.br/login-cliente>) ou pelo nosso Super App:

1. Na loja de aplicativos do seu smartphone pesquise por Super App Seguros Unimed e faça o download.
2. Entre no aplicativo e digite seu CPF e senha, se já tiver cadastro no portal da Seguros Unimed. Caso ainda não tenha acesso, selecione a opção *Não possui cadastro?* Para efetuar o registro.
3. Ao fazer o login, clique no ícone Cartão virtual e depois em Seguro Saúde.
4. Pronto! Seu cartão virtual será exibido.

Atenção: O Cartão de Identificação é pessoal e intransferível. Cada pessoa do seu grupo familiar que estiver incluído no contrato de seu Seguro Saúde terá um cartão próprio de Identificação.

3. SEGURADO TITULAR E DEPENDENTES

- **Quem está coberto pelo Plano de Saúde?**

O Segurado titular, seus dependentes incluídos no Seguro.

- **Quem pode ser Segurado Titular?**

Segurado titular, previsto no Edital TSE n.º 17/2023.

- **Quem são os Dependentes?**

Segurado dependente, previsto no Edital TSE n.º 17/2023.

INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Os novos Segurados têm até 30 (trinta) dias após a data de admissão para inclusão de seus dependentes. 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.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

Verifique o tipo de acomodação e cobertura de refeição para acompanhante de acordo com o seu plano:

ACOMODAÇÃO E REFEIÇÃO	BÁSICO	PRÁTICO	VERSÁTIL	DINÂMICO
Acomodação	Coletiva (Enfermaria)	Individual (Apartamento)	Individual (Apartamento)	Individual (Apartamento)
Refeição para acompanhante	Internados menores de 18 anos e a partir de 60 anos	Internados menores de 18 anos e a partir de 60 anos	Internados menores de 18 anos e a partir de 60 anos	Internados menores de 18 anos e a partir de 60 anos

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

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

Informações sujeitas a alterações, conforme a negociação da sua empresa.

5. COBERTURAS

Conheça o que está coberto pelo seu plano, de acordo com as Diretrizes da ANS:

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 os prazos previstos pela CPT (Cobertura Parcial Temporária).

O que é o Rol de Procedimentos da ANS?

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que os planos de saúde devem oferecer aos segurados.

- **Cobertura de consultas médicas** em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e regulamentadas dentro da cobertura prevista pelo Rol de Procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde.
- **Cobertura de consultas pré-natal e puerpério com enfermeiro obstétrico e obstetrix** até o limite previsto como sendo de “cobertura mínima obrigatória”, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização - DUT, vigente à época do evento.
- **Cobertura de consultas com nutricionista**, até o limite previsto como sendo de “cobertura mínima obrigatória”, por ano de contrato, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização - DUT, vigente à época do evento.
- **Cobertura de consultas e sessões**, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, com **psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional**, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento.
- **Cobertura de consultas e sessões obrigatórias com psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo**

e fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, para o tratamento do beneficiário diagnosticado como sendo portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos globais do desenvolvimento.

- **Cobertura de sessões de psicoterapia**, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, as quais poderão ser realizados tanto por médico como por psicólogo devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.
- **Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais**, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou pelo médico cirurgião-dentista assistente.
- **Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física**, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.
- **Cobertura de ações de planejamento familiar** conforme critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

O que é DUT (Diretriz de utilização)?

É o estabelecimento das regras de utilização para acesso à cobertura dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS.

- **Serviços de Pronto Socorro** (primeiro atendimento, aplicação de injeções, curativos, inalação simples, etc.).
- **Procedimentos especiais**, sendo eles:
 - a. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial;

c. medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

d. radioterapias de forma ambulatorial;

e. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

f. hemoterapia ambulatorial e;

g. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

• **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 e teste ergométrico.

b. Especiais: Angiografia, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral, ultrassonografia, 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, eletronterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial, fisioterapia, acupuntura, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica e radiologia intervencionista e cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, outros procedimentos previstos no Rol.

- **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).

- **Internações Psiquiátricas:**

- a. Cobertura para Internações psiquiátricas, conforme estabelecido nas Condições Gerais do produto e Diretrizes da ANS.

- b. Atendimento/acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico, de acordo com as Diretrizes da ANS.

- **Acidente de Trabalho**

Esta cobertura consiste no **atendimento médico-hospitalar**, previsto neste Seguro, em caso de ocorrência de Acidente de Trabalho.

Ficam excluídas da cobertura Acidente de Trabalho:

- 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.
- 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.

- **Acupuntura**

Estarão cobertas as consultas de acupuntura mediante reembolso ou em rede referenciada, 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.

- **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.

- **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.

- **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 previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS**

O protocolo será seguido, de acordo com as normas editadas no Rol de Procedimentos e Diretrizes da ANS. 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.

- **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 titular, por intermédio do **ESTIPULANTE**, na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado titular, conforme os termos das Condições Gerais em posse do **Estipulante**.

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

- a. diárias de internação do Segurado, 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 a remoção terrestre não seja viável, mediante solicitação e justificativa do médico assistente, poderá ser feita por via aérea **exclusivamente por prestador autorizado pela SEGURADORA.**

Verifique a cobertura abaixo de acordo com o seu plano:

COBERTURAS	BÁSICO	PRÁTICO	VERSÁTIL	DINÂMICO
Cirurgia Refrativa	Miopia a partir de 5 graus			

• 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:

- Miopia moderada e grave, de graus de acordo com a cobertura do plano, com ou sem astigmatismo associado com grau até $-4,0$ DC com a refração medida através de cilindro negativo;
- 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.

Verifique as coberturas extra rol abaixo de acordo com o seu plano:

COBERTURAS	BÁSICO	PRÁTICO	VERSÁTIL	DINÂMICO
Escleroterapia	-	-	-	12 sessões/ano
RPG (Reeducação Postural Global)	-	-	-	10 sessões/ano
Hidroterapia	-	-	-	20 sessões/ano

• Escleroterapia

Procedimento médico para tratar vasinhos e microvarizes de membros inferiores.

• R.P.G. (Reeducação Postural Global)

Método de terapia manual que permite uma avaliação minuciosa da postura e uma abordagem global de cada indivíduo. É necessário relatório do médico assistente e relatório do especialista.

- **Hidroterapia**

Procedimentos de reabilitação física na água, que exige a apresentação de justificativa em relatório do médico assistente.

6. DESPESAS NÃO COBERTAS PELO SEGURO

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 de seu plano;
- l. Tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais diagnósticos e de prevenção, inseminação artificial, fertilização in vitro ou qualquer outra forma de reprodução assistida, 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 pessoas idosas; 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 pessoas idosas e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- s. Sonoterapia;
- t. Outras terapias; excetuando-se aquelas previstos no anexo de plano das Condições Gerais;
- u. Saúde Ocupacional, de acordo com as normas da ANS;
- v. Próteses importadas não nacionalizadas (sem registro na Anvisa) ligadas ao ato cirúrgico;
- w. Transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS;
- x. Check-up;
- y. Vacinas;
- z. Medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
- a.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com espuma e técnica à laser.

Informações sujeitas a alterações, conforme a negociação da sua empresa.

7. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Considera-se **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** o período de **24 (vinte e quatro) meses**, contados da inclusão do Segurado no contrato, no qual ele, 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 à 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 possam 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 do contrato 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 do contrato.

Atenção: Caso a Seguradora identifique durante a vigência do Seguro possível omissão de informações por parte do Segurado ou de seu representante legal, relativa às 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.

8. CARÊNCIA

Entende-se por **carência** o tempo corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do Segurado no contrato, 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 por esse Seguro somente terão efeito após serem cumpridos os períodos de carência, contados a partir da data de seu ingresso no contrato.

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 inclusão seja feito à Seguradora em até 30 (trinta) dias da data do início de vigência do contrato, para os Segurados que já pertenciam ao grupo Segurável na época da contratação do Seguro; ou
- O pedido de inclusão 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 do contrato.

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 do contrato ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;
- A inclusão no contrato de filho adotivo do Segurado titular, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo Segurados adotante; e
- A inclusão de inativos, assim considerados aqueles contribuintes na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9656/98 e suas regulamentações.
- 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 a termo. Se o novo plano possuir outras coberturas além das previstas no plano anterior, serão aplicadas as carências relativas à essas coberturas.

Informações sujeitas a alterações, conforme a negociação da sua empresa.

9. REDE REFERENCIADA

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 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.

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

Como utilizar os serviços da Rede Referenciada da 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, apresente 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.
- Você também poderá realizar consultas para algumas especialidades de maneira virtual pelo nosso aplicativo, basta buscar o agendamento virtual.

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.
- A autorização poderá ser solicitada pelo App, onde o segurado preencherá os campos referentes ao prestador escolhido e anexará o pedido médico.

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 o atendimento no consultório ou pronto-socorro diagnosticar a necessidade de uma internação de emergência ou eletiva (cirurgia ou tratamento), verifique no Guia Médico se a indicação do hospital faz parte da rede referenciada do seu plano.
- 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 com a Central de Relacionamento sobre a rotina de autorização e documentos necessários.
- Por meio 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.

Quando a prestação de serviço ocorrer por intermediação das Cooperativas Unimeds, deverão ser respeitadas as regras de autorização de procedimentos da Unimed local.

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																					
1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Principal																			
4 - Data da Autorização			5 - Senha			6 - Data de Validade da Senha			7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora												
Dados do Beneficiário																					
8 - Número da Carteira				9 - Validade da Carteira				10 - Nome		11 - Causa Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RH									
Dados do Solicitante																					
13 - Código na Operadora				14 - Nome do Contratado																	
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
Dados de Solicitação / Procedimentos ou Item Anestesiológico Solicitado																					
21 - Código do Procedimento		22 - Data de Solicitação				23 - Indicação Clínica															
24 - Tabixa		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Data Solic.		28 - Data													
Dados do Contratado Circunscrito																					
29 - Código na Operadora				30 - Nome do Contratado				31 - Código CNCS													
Dados do Atendimento																					
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Admissão (acidente ou doença relacionada)				34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento													
Dados da Execução / Procedimentos e Datas Realizadas																					
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Código do Procedimento		40 - Descrição		41 - Data		42 - Hora		43 - Pac.		44 - Pac. Red. (Rac.)		45 - Valor Unitário (R\$)		46 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Circunscrito(s)																					
47 - Sexo		48 - Grau Prof.		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 do Procedimento em Sala																					
56 - Nome do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Nome do Contratado		59 - Assinatura do Contratado		60 - Assinatura da Operadora													
61 - Total de Procedimentos (R\$)																					
62 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		63 - Total de Honorários (R\$)		64 - Total de OPME (R\$)		65 - Total de Medicamentos (R\$)		66 - Total de Gases Medicinais (R\$)		67 - Total Geral (R\$)											
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				70 - Assinatura do Contratado															

Guia de Consulta

SEGUROS Unimed		2- Nº Guia no Prestador	
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		25 - 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, cujo número do telefone consta no verso do seu Cartão de Identificação, que o auxiliará a encontrar outro prestador.

10. 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 sejam respeitadas as regras de reembolso dos produtos conforme previsto no Edital TSE n.º 17/2023, a abrangência geográfica, área de atuação do

produto contratado e critérios estabelecidos na Tabela de Honorários Médicos e Serviços 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, na SEGURADORA, à disposição dos Segurados e no Portal da Seguradora (www.segurosunimed.com.br) em área logada. Os produtos contratados possuem diferentes políticas de reembolso, de acordo com o Edital TSE n.º 17/2023 e Condições Gerais, devendo ser considerado o seguinte: (I) Os planos Empresarial Básico TSE e Empresarial Prático TSE não contemplam a condição de livre escolha com a cobertura de reembolso das despesas médicas e hospitalares; (II) O plano Empresarial Versátil TSE permite reembolso por livre escolha somente para consultas ambulatoriais; e (III) O plano Empresarial Dinâmico TSE prevê a condição de livre escolha com a cobertura de reembolso das despesas médicas e hospitalares, seguindo os critérios do Edital TSE nº 17/2023, a Seguradora efetuará o devido reembolso do plano contratado (caso possua a condição de livre escolha) ao segurado no prazo de até 30 (dias), contados da data do recebimento da documentação completa na Seguradora ou por meio eletrônico, sob protocolo. Para os casos de esclarecimento de reembolso o segurado também poderá consultar a Central de Relacionamento, por meio dos canais indicados neste manual.

No caso de optar por serviço médico-hospitalar não referenciado, você escolhe um prestador de seu interesse, paga pelo serviço utilizado, solicita recibos e/ou notas fiscais referente ao serviço utilizado e os apresenta para reembolso, o qual será feito de acordo com os limites estabelecidos em seu Seguro, respeitadas as regras de cobrança de coparticipação previstas na Proposta de Contratação do Seguro em posse do Estipulante.

Será de sua responsabilidade a guarda dos recibos e/ou notas fiscais originais, relacionadas aos serviços realizados, quando a solicitação do reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos, conforme estabelecido pela legislação vigente.

Para calcular o quanto você receberá de reembolso, é necessário utilizar a seguinte fórmula:

CMS X MOEDA X MÚLTIPLO DE REEMBOLSO

Sendo que:

- CMS – Coeficiente Médico da Seguradora, trata-se do valor atribuído para cada procedimento na Tabela de Honorários Médicos e Serviços da Seguradora.

- Moeda – o valor da moeda de reembolso é fixado em moeda corrente do País e está informado na Proposta de Contratação do Seguro, em posse do Estipulante e respeita as regras de reajuste nas Condições Gerais do Seguro.
- Múltiplo de Reembolso – fator multiplicador que varia conforme o plano contratado e consta na Proposta de Contratação do Seguro, em posse do Estipulante.

Poderá ainda haver a situação de alguns procedimentos indicados na Proposta de Contratação do Seguro e/ou Condições Gerais com valores fixos para fins de reembolso, seja em reais ou CMS, esta documentação também é de posse do Estipulante. Para os procedimentos fixados em CMS a fórmula para o cálculo é a seguinte:

CMS X MOEDA

Estando o valor fixado em reais, este será o valor de reembolso sem aplicação de fórmula para resultado do cálculo.

Atenção: Você poderá solicitar a prévia do seu reembolso de consultas, honorários médicos e exames preenchendo o formulário em nosso site www.segurosunimed.com.br. Na área logada selecione a opção Reembolsos e Prévias. O prazo de retorno da prévia é de 10 (dez) dias úteis. Você poderá solicitar também pelo app Seguros Unimed.

O valor do reembolso apresentado será de acordo com os limites previstos no contrato. Eventuais diferenças serão de sua responsabilidade.

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 a ele, ou ainda ao seu procurador legalmente

constituído, por meio de procuração em que constem poderes específicos para receber e dar quitação. Nos casos de Segurados menores de 18 anos de idade, indicados como favorecidos em recibos e/ou notas fiscais, o pagamento ocorrerá em conta corrente do responsável legal.

Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados de sua conta corrente estejam sempre atualizados junto ao RH da sua empresa, e/ou no aplicativo da Seguros Unimed.

Documentos que você precisa para solicitar reembolso:

Consulta Médica - Recibo de quitação do médico ou Nota Fiscal devidamente quitada da instituição que efetuou o atendimento. Ambos os documentos deverão conter: 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, número do CNES, especialidade, assinatura e endereço completo). Não será considerado como documento para análise do reembolso a Nota Fiscal sem o respectivo comprovante de pagamento. Recibo emitido por pessoa jurídica, deverá, obrigatoriamente, ser encaminhado juntamente com a respectiva Nota Fiscal e, nos casos em que a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar a lei municipal comprovando a dispensa do documento fiscal.

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, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).

Terapias especiais realizadas em sessões (fisioterapia, acupuntura, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição) – A cada 03 (três) meses, haverá obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando o diagnóstico, tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando recibo de quitação do profissional ou Nota Fiscal devidamente quitada, da instituição que efetuou o atendimento. Ambos os documentos deverão conter: nome do paciente, data da sessão, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento. Do recibo, deverão constar, ainda, os dados do profissional (nome, CPF, respectivo Conselho de Classe, número do CNES, assinatura e endereço completo). Não será considerado como documento para análise do

reembolso a Nota Fiscal sem o respectivo comprovante de pagamento. Recibo emitido por pessoa jurídica, deverá, obrigatoriamente, ser encaminhado juntamente com a respectiva Nota Fiscal e, nos casos em que a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar a lei municipal comprovando a dispensa do documento fiscal.

Despesas Hospitalares/Ambulatoriais:

a. Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas hospitalares e descritivo cirúrgico caso houver;

b. Cópia do(s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anátomo(s) patológico(s) ou polissonografia(s);

c. Recibos ou Nota Fiscal dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares), acompanhado do descritivo cirúrgico, cujo reembolso será efetivado considerando o(s) procedimento(s) efetivamente constante(s) do descritivo cirúrgico.

Assinatura e carimbo profissional que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho e número do CNES;

Nos casos de recibos emitidos por pessoa jurídica, deverá ser enviada Nota Fiscal. Caso a pessoa jurídica seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI), encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal.

d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

Do Conteúdo do(s) recibo(s) ou da(s) Nota(s) Fiscal(is) deverá constar: nome do paciente, data do evento, valor cobrado (numérico e por extenso), recibos de honorários médicos individualizados contendo os dados do profissional (nome, CPF/MF, CRM, número do CNES, função exercida no evento e assinatura). Dos Honorários apresentados em Nota Fiscal, deverá constar a descrição da equipe médica (nome, CRM, número do CNES, função e valor cobrado para cada profissional).

Da 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, além das datas de atendimento.

Órteses e Próteses ligadas ao ato cirúrgico - Quando utilizadas deverá ser apresentado relatório médico

justificando a implantação do aparelho, acompanhando a Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso) e 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, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do total de quilômetros rodados, valor unitário da quilometragem, local de partida e destino e tipo de ambulância (UTI ou simples).

Estando caracterizada a cobertura, bem como a documentação acima relacionada, ou ainda se necessário, para elucidação e devida classificação de acordo com a Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA, deverá ser encaminhado relatório médico com indicação da patologia; tratamento proposto; indicação e diagnóstico; descritivo cirúrgico referente ao procedimento realizado; laudos e resultados de exames quando houver e/ou prontuário médico. A SEGURADORA, após o recebimento da documentação complementar, efetuará o devido reembolso ao Segurado no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na SEGURADORA, sob protocolo.

Quando o evento ocorrer no exterior, o reembolso será efetuado com base no câmbio oficial de venda da data de atendimento ao Segurado, de acordo com as coberturas e limite do múltiplo de reembolso do seguro contratado.

Para análise do reembolso das despesas ocorridas no exterior todos os documentos apresentados, deverão conter tradução juramentada, sendo estes: Recibo do médico ou Nota Fiscal quitada, laudos de exames, relatórios médicos e descritivos da cobrança.

11. MANUTENÇÃO DO SEGURO SAÚDE APÓS DESLIGAMENTO DA EMPRESA

De acordo com a Resolução Normativa – RN n.º 488, de 29 de março de 2022 e suas atualizações, o Segurado que contribuir para o pagamento do Seguro Saúde enquanto funcionário tem direito de permanecer no plano quando for demitido ou exonerado sem justa causa ou quando vier a se aposentar, desde que assuma o pagamento integral do prêmio (mensalidade).

São considerados contribuição:

- O pagamento integral ou de parte do prêmio mensal do Seguro saúde, inclusive com desconto em folha de pagamento; e/ou
- O pagamento da diferença entre o valor do plano oferecido pela empresa e o escolhido pelo Segurado em função de upgrade.

Não são considerados contribuição:

- O pagamento integral ou de parte do prêmio mensal do Seguro saúde relativo aos dependentes.

Atenção: Não possuem direito ao benefício os Segurados demitidos por justa causa, os demissionários, os estagiários, os trabalhadores temporários após o fim do contrato e os administradores.

PERÍODO DE MANUTENÇÃO DO SEGURO SAÚDE

• Rescisão ou Exoneração sem justa causa

O Segurado poderá permanecer no plano por período equivalente a 1/3 (um terço) do tempo de sua contribuição, sendo o prazo mínimo de 6 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

• Aposentadoria

Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for inferior a 10 (dez) anos

O Segurado poderá permanecer no plano por período correspondente a 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for igual ou superior a 10 (dez) anos

Nesse caso, é garantida a permanência do Segurado no plano por prazo indeterminado.

O Segurado fica obrigado a comunicar, imediatamente à SEGURADORA seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, ficando, na falta dessa comunicação, sujeito ao pagamento das despesas geradas, desde a data da cessação da sua inatividade, sem prejuízo de outras penalidades legais.

Em caso de morte do Segurado titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo Seguro, observadas as demais disposições constantes do contrato, em especial no que se refere ao período de permanência, desde que assumam o pagamento integral do Seguro.

CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO DO SEGURO SAÚDE

Será de responsabilidade de sua empresa a comunicação expressa e clara do seu direito a permanência no Seguro Saúde, no ato da comunicação do aviso prévio ou da aposentadoria.

Nesse caso, você poderá optar por permanecer no Seguro Saúde, mas, para isso, deverá manifestar-se formalmente no prazo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação da empresa. Havendo a opção, será assegurada a permanência no mesmo plano em que se encontrava quando da vigência do contrato de trabalho, podendo manter todo o seu grupo familiar.

No decorrer de sua permanência, não serão admitidas inclusões, exceto quando tratar-se de novo cônjuge e filhos. Caso essa inclusão se dê fora dos prazos previstos, haverá aplicação de carência e CPT.

Em caso de morte do titular, os dependentes cobertos pelo Seguro Saúde poderão permanecer no contrato, sendo mantida a obrigatoriedade de pagamento do prêmio.

• Cobrança do Prêmio

Para permanecer no Seguro Saúde, o Segurado deverá arcar com o valor total do prêmio (mensalidade), que poderá ser cobrado por Faixa Etária.

• Cancelamento do Seguro Saúde

O Seguro Saúde cancelado nas seguintes hipóteses:

- a) Ao final dos prazos estabelecidos no item Período de Manutenção do Seguro Saúde;
- b) Por solicitação formal do Segurado à empresa, mediante comunicação dessa à Seguradora;
- c) Se o Segurado (demitido ou aposentado) deixar de pagar o prêmio por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do Seguro Saúde;
- d) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do Seguro Saúde, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita à empresa;
- e) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- f) Se o contrato de Seguro Saúde for cancelado.

12. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Seguros Unimed dispõe de Portal na internet e um aplicativo que oferecem 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 e demais materiais informativos com conteúdo sobre seu produto.

Sempre que for utilizar um serviço do Guia Médico, não se esqueça de apresentar 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.

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 SOBRE O MELHOR APROVEITAMENTO DE 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, tornam 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.

13. DIREITOS E DEVERES DOS SEGURADOS

Direitos

- Ter acesso a informações adequadas e claras sobre o seu Seguro Saúde pelo Portal do Segurado ou pela Central de Relacionamento;
- Ser tratado com dignidade, ética e respeito;
- Ter acesso ao Cartão de Identificação;
- Ter acesso à relação atualizada da rede referenciada pelo 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 pelo contrato, 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 esclarecer 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 a 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;
- 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;
- 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;
- Utilizar de forma consciente seu plano;
- Não emprestar o Cartão de Identificação para o atendimento de outras pessoas. Isso é considerado fraude, com consequente penalidade prevista em lei.

14. 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 que presta informações sobre seu plano de saúde, esclarece 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.

- Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6

- 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 no serviço Fale Conosco 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 empresa, 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 do contrato/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.

• **Escritórios Regionais**

ARACAJU

Rua Campo do Brito, 651 – Sala 9 – Galeria Pam Mukale
Bairro: São José | CEP: 49020-380
Tel: (79) 3211-3781 | E-mail: aracaju@segurosunimed.com.br

BAURU

Rua Vivaldo Guimarães, 15-55 - Sala 83 - Ed. Portal do Bosque
Bairro: Jardim Nasralla | CEP: 17012-120
Tel: (14) 3226-4289 | E-mail: bauru@segurosunimed.com.br

BELO HORIZONTE

Avenida Contorno, 3.257 - 2º andar
Bairro: Santa Efigênia | CEP: 30110-017
Tel: (31) 3485-1617 | E-mail: atendimentobh@segurosunimed.com.br

BRASÍLIA

SBS Quadra 02, 12 - Bl. B - Sala 206 - Sobreloja
Bairro: Asa Sul | CEP: 70070-120
Tel: (61) 3323-1303 / (61) 3322-8702 | E-mail: brasilia@segurosunimed.com.br

CAMPINAS

Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ nº 04.087.255/0008-1
Rua Azevedo, 914 - Salas 1.004 e 1.005

Bairro: Cambui | CEP: 13024-411
Tel: (19) 3231-2116 / (19) 3237-8322 | E-mail: campinas@segurosunimed.com.br

FO – 2547 v00

CAXIAS DO SUL

Rua Os 18 de Forte, 1.092 - Salas 803 e 804
Bairro: Centro | CEP: 95020-472
Tel: (54) 3419-8103 | E-mail: caxiasdosul@segurosunimed.com.br

CUIABÁ

Avenida Miguel Sutil, 8.388 – Sala 2 – Térreo – Prédio da Unimed Cuiabá
Bairro: Centro Sul | CEP: 78040-365
Tel: (65) 3324-1516 | E-mail: cuiaba@segurosunimed.com.br

CURITIBA

Avenida Anita Garibaldi, 850 – Sala 503 – Cabral Prédio Infinity Prime Offices
Bairro: Ahú | CEP: 80540-180
Tel: (41) 3387-4149 / (41) 3387-4147 | E-mail: curitiba@segurosunimed.com.br

FLORIANÓPOLIS

Avenida Trompowski, 354 - Salas 501 e 502
Bairro: Centro | CEP: 88015-300
Tel: (48) 3224-2842 | E-mail: florianopolis@segurosunimed.com.br

FORTALEZA

Rua Dr. José Lourenço, 870 – Lojas 5 e 6
Bairro: Aldeota | CEP: 60115-280
Tel: (85) 3264-5955 | E-mail: fortaleza@segurosunimed.com.br

GOIÂNIA

Avenida 136, Quadra F-44, Lote 2 E - Edifício Nasa Business Style - 11º andar - Sala 11
Bairro: Setor Sul | CEP: 74093-250
Tel: (62) 3251-6454 | E-mail: goiania@segurosunimed.com.br

LONDRINA

Avenida Ayrton Senna da Silva, 200 – Loja 11 - Térreo
Bairro: Gleba Fazenda Palhano | CEP: 86050-460
Tel: (43) 3344-2211 | E-mail: londrina@segurosunimed.com.br

PORTO ALEGRE

Avenida Carlos Gomes, 700 - Salas 507 e 508
Bairro: Boa Vista | CEP: 90480-000
Tel: (51) 3330-1006 | E-mail: atendimentopoa@segurosunimed.com.br

SÃO PAULO

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - 6º andar - Ed. Palmares
Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ/MF 04.487.255/0001-81
Bairro: Cerqueira César | CEP: 01410-901
Tel: (11) 3265-9555

FO – 2547 v00

VITÓRIA

Avenida Nossa Senhora da Penha, 2.796 - Térreo

Bairro: Santa Luzia | CEP: 29045-402

Tel: (27) 3324-8854 / (27) 3324-3490 | E-mail: atendimentovitoria@segurosunimed.com.br

15. PRODUTOS DA SEGUROS UNIMED

Conte conosco para protegê-lo e para garantir segurança e tranquilidade para sua família e sua residência. Temos também produtos para empresas e seus colaboradores. Veja quais soluções a Seguros Unimed oferece:



Saúde

Para uma assistência médica de qualidade quando você mais precisar e para incentivá-lo a manter sua integridade física e mental.



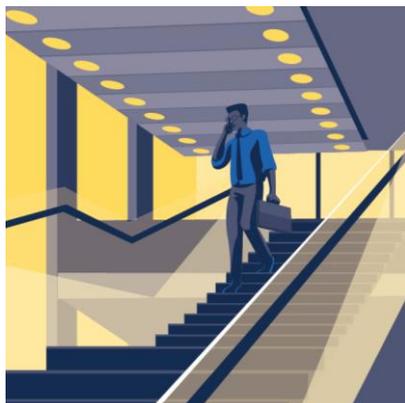
Vida

Para garantir proteção financeira aos familiares ou às pessoas que dependem do contratante, caso ele venha a faltar.



Previdência

Para se aposentar com tranquilidade, garantindo reserva financeira que banque no futuro os sonhos do presente.



Ramos Elementares

Para proteger o patrimônio e amparar os profissionais no exercício de suas funções, de forma que tenham mais tranquilidade ao tomar decisões.



Odonto

Para aumentar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida, garantindo uma saúde completa.



Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ/MF 04.487.255/0001-81

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP

Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br

Empresarial Básico TSE - 495.663/23-0

Empresarial Prático TSE - 495.662/23-1

Empresarial Versátil TSE - 495.661/23-3

Empresarial Dinâmico TSE - 495.660/23-5