

CARTILHA DE UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS UGF



Como a Unimed utiliza dados pessoais (DP)?

Dados informados pelos beneficiários

Na maior parte das vezes, a Unimed utiliza os DP dos beneficiários para identificação, tais como nome, CPF, telefone, endereço, e-mail, e, ainda, os DPs necessários para prover os serviços da Unimed de forma eficiente e segura, por exemplo, endereço para entregar o cartão do plano, enviar comunicações assistenciais de saúde, enviar o boleto de pagamento, para regularização de débitos e outras informações relativas ao contrato.

Além disso, os DPs são empregados para identificar o beneficiário em atendimentos presenciais ou on-line, em uma consulta eletiva ou de urgência na rede de atendimento coberta pelo plano, para a entrega de resultados de exame, para fornecer laudos e relatórios, realizar transcrições de exames, validar guias e outros serviços.

Os DP também são utilizados para identificar e autenticar o acesso ao aplicativo do cliente, websites e outros canais de atendimento físico ou on-line da Unimed.

O beneficiário também pode agendar consultas, fazer buscas no Guia Médico, acompanhar a situação de solicitações à Unimed, para acessar informações regulatórias e de contrato.

Outros dados coletados

A Unimed coleta informações que os usuários enviam quando entram em contato com o atendimento ao cliente, seja de forma presencial, por meio de telefone ou contact center, aplicativos de envio de mensagens instantâneas, chatbot, acesso ao sítio, através dos cookies, seja quando entra em contato para realizar solicitações, autorizações de agendamentos. Isso pode incluir comentários, fotos ou outros registros feitos pelo usuário.

Principais situações em que há coleta/compartilhamento de dados

- 1 Para a contratação do plano** – a correta identificação dos beneficiários é primordial para a prestação de serviços. Os dados são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas, aplicativos de envio de mensagens instantâneas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da operadora de planos de saúde.
- 2 No caso de contratos coletivos** – para a comprovação de vínculo entre a pessoa jurídica contratante e o beneficiário, e entre o beneficiário titular e os seus dependentes.
- 3 Consulta a cadastros de restrição ao crédito** – listas de impedidos e assemelhados.
- 4 Preenchimento da Declaração de Saúde** – o beneficiário, em algumas situações, tem de preencher a declaração de saúde informando as doenças e lesões preexistentes de que saiba ser portador no momento da contratação. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos, gravações telefônicas ou mensagens instantâneas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas, aplicativos de envio de mensagens instantâneas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da operadora de planos de saúde.
- 5 Análise de carência e Cobertura Parcial Temporária** – análise dos dados da contratação com emissão de declarações, termos e assemelhados.
- 6 Contratação do seguro de proteção familiar** – cujos dados são repassados para a Seguradora com a qual a operadora firma o contrato.
- 7 Viabilização do FEA – Fundo de Extensão Assistencial** – quando componente da contratação do plano de saúde.
- 8 Termo de opção de permanência** – em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria, a empregadora ofertará a permanência em plano de saúde, exclusivamente para inativos ou não, por meio do termo de opção. As informações constantes neste termo serão conferidas pela operadora junto ao beneficiário e/ou ao contratante, presencialmente, por meio de ligação gravada ou outros.
- 9 Perícia Médica** – a operadora pode requisitar que o beneficiário passe por perícia médica, onde serão gerados documentos físicos e/ou eletrônicos e ocasião na qual o médico perito pode pedir exames, laudos e outros documentos relacionados à saúde do beneficiário. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos, gravações telefônicas ou mensagens instantâneas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas, aplicativos de envio de mensagens instantâneas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da operadora de planos de saúde.

- 10 Para a emissão das carteiras de identificação** – com a contratação do plano de saúde; cada beneficiário receberá uma carteira do plano (física e/ou virtual), com um número de identificação específico, denominada matrícula, que será um dos responsáveis por identificá-lo.
- 11 Identificação do beneficiário** – o beneficiário se identificará civilmente e por meio da carteira do plano de saúde, para fazer jus à prestação de serviços, quando de solicitações via telefônica, e-mail, chatbots, aplicativos e outros canais de comunicação disponibilizados pela operadora ou por terceiros por ela contratados, para sua segurança e da operadora.
- 12 Elaboração do prontuário** – as unidades e profissionais de saúde elaborarão prontuários médicos com os dados dos beneficiários.
- 13 Análises de prontuários** – para investigação de eventos adversos, segurança do paciente, doenças de comunicação obrigatória, busca de leitos, aquisição de órteses/próteses e materiais especiais, monitoramento de epidemias/pandemias e dados epidemiológicos, análise sobre a prestação de serviços da rede prestadora, otimização de atendimento, conferência de conta, análise da TISS, estudos sobre fraudes e desperdício de recursos.
- 14 Visitas comerciais, assistência/programas de assistência à saúde** – a depender do produto ou serviço contratado, o beneficiário pode receber visitas em seu endereço residencial informado no ato da contratação e/ou da solicitação.
- 15 Contatos telefônicos, e-mails, carta, contatos presenciais nas unidades de atendimento – são canais regulares de comunicação dos setores** – I – comerciais/marketing; II – atendimento ao cliente; III – médicos auditores; IV – enfermeiros auditores; V- ouvidoria; VI – jurídico; VII – atendimento administrativo em geral; VIII – financeiro e cobrança; IX – pesquisa de satisfação do cliente. Em alguns casos, o contato poderá ser feito por empresa terceirizada, sendo encaminhado a esta um mínimo de dados para que o escopo do contato seja alcançado.
- 16 Acesso a dados para solução de demandas** – requeridas pelo próprio beneficiário ou pelo interlocutor da demanda, em seu nome, com compartilhamento com entidades da rede, seguradora e setores internos.
- 17 Todos os dados necessários para os eventos de cobrança e pagamento das mensalidades e coparticipações do plano de saúde, assim como eventuais reembolsos, conforme processo aberto pelo beneficiário** – A operadora pode fazer estudos, relatórios, painéis informativos sobre toda a movimentação de receitas e despesas dos planos de saúde.
- 18 Elaboração das contas pelos componentes da rede do plano de saúde** – (entidades, profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros), as quais são abertas, com discriminação de item a item, procedimento a procedimento, assim como o DRG (Diagnosis Related Group), os quais servem como forma de remuneração dos mencionados componentes da rede.

- 19 Troca de Informações em Saúde complementar** – são finalidades do Padrão TISS – Troca de Informações de Saúde Suplementar: I – padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas; II – subsidiar as ações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e III – compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
- 20 Envio do SIB** – (Sistema de Informação de Beneficiários) à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, composto pelos dados pessoais do beneficiário.
- 21 Auditoria de contas** – isso permite que a operadora verifique a regularidade do que foi prestado ao beneficiário, para efetuar os pagamentos à rede, como uma forma de zelar pelo cumprimento da lei e da saúde financeira dos planos de saúde.
- 22 Auditoria médica e de enfermagem.**
- 23 Preenchimento de guias físicas e eletrônicas de solicitação de procedimentos** – sua análise/auditoria pré-autorização, armazenamento e estudos relacionados – as quais são remetidas para a operadora, para verificação de conformidade contratual e/ou com o Rol da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas Diretrizes Clínicas e/ou Diretrizes de Utilização.
- 24 Laudos médicos e de outros profissionais da área de saúde, de exames e procedimentos** – para subsidiar os processos de autorização e quaisquer outros necessários para a execução do contrato de plano de saúde.
- 25 Avaliações, estudos, análises, construção de indicadores, levantamento de custos, sinistralidade** – eventos que sejam necessários para a realização da atividade empresarial da operadora de planos de saúde, pagamento de prestadores de serviços (rede e outros), elaboração de orçamentos, estudos e regras contábeis, provisões técnicas e financeiras.
- 26 Para o cumprimento de leis, regulamentos, normas, recomendações, portarias e assemelhados.**
- 27 Para a realização de auditorias de processos** – essas auditorias têm por objetivo a melhoria contínua, aprimoramento constante, nas áreas assistencial, de segurança, prevenção de fraude, atendimento ao cliente, ouvidoria, governança, segurança do paciente.
- 28 Investigação de fraudes, controles de acessos, segurança eletrônica, desenvolvimento de sistemas/algoritmos** – para otimização dos serviços prestados pela Operadora.

- 29 Processo de aferição do valor a ser pago de coparticipações, emissão dos competentes documentos de cobrança** - (boletos, extratos de utilização/relatórios de utilização) elaboração e confecção da carteira de identificação do plano e quaisquer outros relatórios exigidos pelo beneficiário do plano – pode haver compartilhamento de dados com gráficas e bancos (instituições financeiras), com remessa mínima de dados para alcançar o escopo da atividade.
- 30 Para os serviços de remoção hospitalar, atenção domiciliar e outros oferecidos pela operadora** - ocasiões em que serão colhidos dados e alimentados sistemas eletrônicos e formulários específicos para a prestação desses tipos de serviços e prontuários próprios, quando for o caso.
- 31 Para uso em defesas administrativas, pré-administrativas, judiciais, respostas a ofícios, intimações, citações** - ou quaisquer atos oficiais de autoridades, entidades, órgãos públicos.
- 32 Para instauração/condução de ações judiciais, processos administrativos, ofícios a entidades públicas e privadas, órgãos públicos.**
- 33 Alimentação de sistemas informatizados** - aplicativos com resultados de exames, laudos, dados de saúde e todas as demais movimentações, solicitações, relacionadas ao contrato de plano de saúde.
- 34 Avaliação técnica de solicitações e procedimentos** - realizados para oferta de programas e serviços específicos, segundo interesses do beneficiário; avaliação de satisfação do beneficiário.
- 35 Avaliação de satisfação do beneficiário** - participante de programas, serviços de assistência à saúde, pela própria operadora ou por terceiro contratado.
- 36 Assinatura de termos de consentimento informado** - seu armazenamento e compartilhamento com órgãos públicos, quando for o caso.
- 37 Agendamento** - de consultas, controle e eventual contato para confirmação ou cancelamento, estudos relacionados a absenteísmo, frequência em serviços de urgência e emergência, uso de serviços de telessaúde, de determinada especialidade, de geolocalização e outros, com o mesmo viés.
- 38 Para realizar cuidados em saúde** - monitorar planos terapêuticos e ou de cuidado; recebimento, análise e estudos de dados recebidos por meio de vestíveis eletrônicos ou monitoramento remoto; estudos de preço e de mercado.

Dados criados durante o uso dos serviços da Unimed

- 1 Tratamento de dados de geolocalização** – para permitir à Unimed oferecer melhores serviços e garantir a segurança do beneficiário, como, por exemplo, indicando médicos cooperados ou prestadores de serviços de saúde próximos. Ou, ainda, para verificar se o beneficiário está dentro da rede de abrangência do plano contratado.
- 2 Coleta de informações de utilização relacionadas ao uso dos serviços da Unimed** – inclusive o tipo de serviço solicitado ou prestado, informações como local, data e hora em que o serviço foi prestado, se houve e qual o valor de coparticipação gerado.
- 3 Coleta de informações sobre a interação dos usuários com os serviços da Unimed** – Isso inclui datas e horários de acesso, recursos do app ou páginas visualizadas, problemas do app e outras atividades do sistema, tipo de navegador e sites ou serviços de terceiros utilizados antes da interação com os serviços da Unimed. Em alguns casos, a coleta é realizada por meio de cookies, pixels, tags e tecnologias similares que criam e mantêm identificadores únicos.
- 4 Coleta de dados de comunicação** – os quais permitem que os usuários se comuniquem com a Unimed por meio de apps para aparelhos móveis, aplicativos de envio de mensagens instantâneas e sites da Unimed. Estes dados podem ser empregados para serviços de atendimento ao cliente, para fins de segurança, para melhorar produtos e serviços e para análises.
- 5 Coleta de dados** – quando o usuário acessar websites de simulação de planos, agendamento de visitas com consultores de vendas, sites com conteúdo exclusivo, site de ações de marketing e promocionais.

Como e com quem a Unimed compartilha dados

- 1 Com a rede prestadora de serviços de saúde** – para reconhecer os beneficiários como cliente Unimed e, assim, fazer o atendimento do beneficiário.
- 2 Com outras Unimeds** – quando o cliente precisa ser atendido em rede de outra Unimed, ou, ainda, quando é realizado o atendimento de cliente de outra Unimed.
- 3 Com órgãos públicos ou governamentais** – de acordo com a legislação vigente, para o cumprimento de obrigações legais, ordens judiciais, ou por determinação de autoridades nacionais competentes.

Unimed 
Grande
Florianópolis

ANS – N° 36044-9