



Manual do **Beneficiário**

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Cartão do Beneficiário	4
3. O Guia Médico	7
4. Prazos Máximos para atendimento	8
5. Tipos de Plano	9
6. Coberturas, Carências e CPT.....	9
7. Reajustes e mensalidades.....	10
8. Dicas de Utilização do Plano	11
9. Reembolso	11
10. Remoção	12
11. Inclusões e Exclusões	12
12. Portabilidade de carências	14
13. Atendimentos fora da área da Unimed Nordeste Paulista.....	14
14. Ouvidoria.....	15
15. Canais de Atendimento	16
16. Glossário.....	17

Introdução

Prezado beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed Nordeste Paulista, uma Cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

Nosso plano é cuidar das pessoas. Sabemos da responsabilidade que é zelar pela sua saúde e do quanto uma vida saudável reflete em sorrisos, tranquilidade e realizações. A Unimed Nordeste Paulista é caracterizada dentro do Sistema Nacional Unimed, como Federação Intrafederativa. Seu quadro social é composto por 17 Unimed Singulares localizadas nas seguintes cidades:

- **Alta Mogiana (Orlândia);**
- **Araraquara;**
- **Barretos;**
- **Batatais;**
- **Bebedouro;**
- **Franca;**
- **Ibitinga;**
- **Jaboticabal**
- **Mococa;**
- **Monte Alto;**
- **Norte Paulista (Ituverava);**
- **Pitangueiras**
- **Ribeirão Preto;**
- **Santa Rita/Santa Rosa/São Simão;**
- **São Carlos**
- **São José do Rio Pardo;**
- **Sertãozinho.**

A Unimed Federação Intrafederativa Nordeste Paulista iniciou suas atividades em 16 de agosto de 1.996, com o objetivo de integrar as cooperativas e propiciar-lhes assessorias nas áreas técnicas, orientando, coordenando, normatizando e cultivando a filosofia cooperativista entre dirigentes, médicos cooperados e colaboradores.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é considerado o maior sistema privado de saúde do Brasil.

Preparamos este Manual do Beneficiário para que você o tenha sempre em mãos, ou mantenha em local de fácil acesso, pois o conteúdo o ajudará com dicas e informações sobre como usar o seu plano de saúde da melhor forma, garantindo a sua saúde, segurança e satisfação.

Além deste manual, estamos sempre à sua disposição, por meio da nossa Central de Atendimento ao Cliente, e também pelo nosso site, onde de forma prática, segura e fácil você consegue resolver assuntos como 2ª via de boleto, consultar o Guia Médico, entre outros.

SEJA MUITO BEM-VINDO À UNIMED NORDESTE PAULISTA E CONTE SEMPRE CONOSCO.

Cuidar de você. Esse é o plano!

2. Cartão do Beneficiário

O seu cartão é pessoal e intransferível. Carregue-o sempre com você e o mantenha em bom estado.

Para ser atendido, você precisa ter o cartão sempre em mãos, juntamente com um documento de identificação com foto.

O atendimento também acontece com a validação biométrica do paciente, que é o escaneamento pela impressão digital.

É muito importante que os dados de cadastro estejam sempre atualizados. Qualquer alteração, comunique a Unimed Nordeste Paulista.

IMPORTANTE

Em caso de perda, roubo ou extravio do cartão, informe imediatamente a **Central de Atendimento ao Cliente pelo 0800 723 1134, opção 1, opção 2.**

Caso o seu plano seja empresarial, consulte a área de **Recursos Humanos da sua empresa.**

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato com a Central de Atendimento ao Cliente.

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO - FRENTE

SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:

Tipo de contratação:

Individual ou familiar: o cliente contrata o plano na operadora.

Coletivo por adesão: contratação feita por associação profissional ou sindicato.

Coletivo empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador.

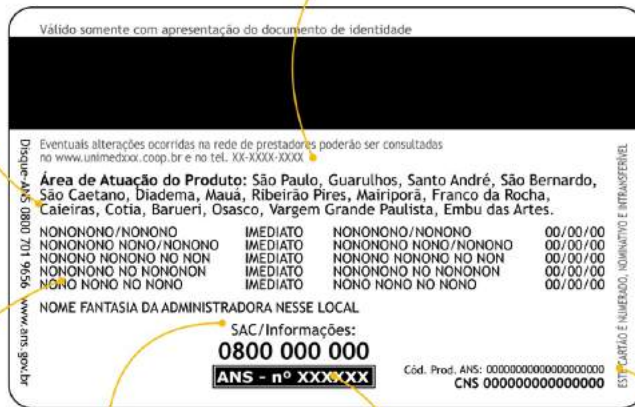


CARTÃO DO BENEFICIÁRIO - VERSO

SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:

Local onde o cliente pode ter atendimento.

Site e telefone da operadora.



Número de telefone do SAC, se a Unimed possuir o serviço.

Registro da Operadora na ANS conforme Resolução Normativa nº 16.

Carências que o cliente possui. Porém, carências já cumpridas poderão ser omitidas e a frase "Sem carências a cumprir" constará neste local.

Código do Produto ANS na Unimed contratada e número do Cartão Nacional da Saúde.

3. O Guia Médico

Para consultar o Guia Médico basta acessar o site **www.ufenesp.com.br**, e clicar no ícone no item **"Guia Médico"** no canto superior esquerdo. Em seguida, selecione **"Guia Médico Nacional"** e **"Busca Detalhada"**.

Passo 1

Acesse a aba "Guia médico" na home.



Passo 2

Na janela seguinte escolha a opção "Guia Médico Nacional".



Passo 3

Na próxima janela selecione a aba "Busca detalhada" e preencha o campo "Cidade" com a sua opção de atendimento.



4. Prazos máximos para atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos abaixo mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.

Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (quatorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e Emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

5. Tipos de plano

QUANTO AO TIPO DE CONTRATAÇÃO

- a) Individual ou Familiar: permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar.
- b) Coletivo Empresarial: permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres).
- c) Coletivo por Adesão: permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações.

QUANTO À ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

- a) Municipal
- b) Grupo de municípios
- c) Nacional
- d) Estadual

QUANTO À MODALIDADE DE PAGAMENTO

- a) Com coparticipação: trata-se do percentual atribuído ao beneficiário pela utilização (sua e/ou de seus dependentes) dos serviços da operadora de saúde, como exames, consultas, procedimentos médicos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas, de acordo com o contrato. Ou seja, além da mensalidade, pagará parte da despesa assistencial.
- b) Sem coparticipação: quando o beneficiário paga somente a mensalidade assistencial.

QUANTO AO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

- a) Enfermaria (acomodação coletiva)
- b) Apartamento (acomodação individual)

6. Coberturas, Carências e CPT

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano, podendo ter no máximo os seguintes prazos:

- **24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências**
- **300 (trezentos) dias para internações, incluso parto a termo**
- **Até 180 (centro e oitenta) dias para os demais procedimentos**

- *Para planos coletivos empresariais, consulte o responsável pelo plano de sua empresa.**
- *Para planos coletivos por adesão, consulte o responsável pelo plano de sua associação.**

CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Conforme legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a Unimed Guarulhos aplica um formulário denominado “Declaração de Saúde” e, sendo identificada ou constatada alguma doença/lesão preexistente, o beneficiário fica com a cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em UTI diretamente relacionados com doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses contados de sua adesão ao contrato.

7. Reajustes e Mensalidades

SEU PLANO FOI CONTRATADO PELO SEU EMPREGADOR, SINDICATO OU ASSOCIAÇÃO?

Se o seu plano for do tipo Coletivo, ou seja, se ele foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (exemplo: a empresa em que você trabalha, sindicato ou associação ao qual está vinculado), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser combinados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. A medida acontece devido a Resolução Normativa 309 (RN 309) da ANS.

REAJUSTE PARA PLANOS INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Para planos Individual ou Familiar a ANS define, anualmente, o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares contratados posteriormente à Lei nº 9656/98. As operadoras só podem aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da ANS.

Esse reajuste acontece no mês de “aniversário do contrato”, ou seja, se o contrato foi firmado em 01/março, todo reajuste acontecerá neste mês, de acordo com o índice (%) definido pela ANS.

Um outro reajuste acontece quando há a mudança de faixa etária.

8. Dicas de utilização do plano

Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.

Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão de identificação e a carteira de identidade.

Em caso de perda do cartão de identificação, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa, ou na sede da Unimed, evitando, assim, que um desconhecido utilize seu cartão.

Nunca empreste o seu cartão de identificação a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo a sua exclusão.

Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

9. Reembolso

A Unimed Nordeste Paulista assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados.

Fica estabelecido que o beneficiário não contempla reembolso de atendimento fora da área de abrangência, tampouco por troca de médico por preferência do usuário, ainda que por especialista, havendo serviço médico disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Documentos necessários:

- Preenchimento de formulário de reembolso;
- Recibo original do pagamento do serviço com nome do profissional executante, número de conselho de classe, CPF, especialidade;
- No formulário enviado o campo “nº protocolo” será preenchido pelo setor de Atendimento ao Cliente;
- Justificar a solicitação de reembolso no formulário enviado;

Para obter o formulário próprio entrar em contato com a central de atendimento disponível no verso do cartão (0800.7231134)

- 1) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- 2) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- 3) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- 4) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do serviço de atendimento prestado;

O prazo para efetuar o pagamento de reembolso será contabilizado após a análise da equipe de reembolso, conforme Art. 9, da Resolução Normativa 268 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, o prazo para reembolso são 30 (trinta) dias.

Enviar correspondência por carta registrada para endereço:

Rua: Antônio Moisés Saad nº 1155 – Bairro Lagoinha – Ribeirão Preto – SP

CEP: 14095-230 – Setor de Atendimento ao Cliente.

Reforçamos que o reembolso tem como limite os valores da tabela contratada pela empresa, procedimento coberto pelo plano e comprovada a inexistência de rede credenciada para o procedimento na região de saúde.

Dúvidas referente ao preenchimento do formulário de reembolso e envio do mesmo, por gentileza contatar o Atendimento ao Cliente em horário comercial através do telefone 0800 723 1134, opção 1.

10. Remoções

A Unimed Nordeste Paulista disponibiliza aos seus clientes a remoção terrestre interhospitalar. Trata-se de cobertura para transferência entre redes hospitalares dentro das regras contratuais e nos limites da abrangência geográfica contratada.

Para mais informações, entre em contato a nossa Central de Relacionamento com o Cliente, pelo telefone 0800 723.1134.

11. Inclusões e Exclusões

No caso de planos Coletivos, o indivíduo deve procurar o Recursos Humanos de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento).

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. Verifique com sua empresa essa condição.

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

Nos Planos Individuais ou Familiares, as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

QUEM PODE SER DEPENDENTE?

Usualmente, são dependentes:

- a)** Cônjuge;
- b)** Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com a sua empresa esta condição);
- c)** O enteado, o menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d)** O(a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e)** Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil (no caso de planos coletivos, verifique com a sua empresa esta condição).

São considerados dependentes do titular, aptos a aderirem ao plano, aqueles descritos no contrato firmado. Perderão a condição de dependência e, portanto, serão excluídos do plano aqueles que atingirem a idade limite ou que, de algum modo, percam o vínculo familiar com o titular.

COMO FICA A INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?

O prazo para inclusão de recém-nascido (filho natural ou adotado) no plano é de 30 dias, a contar da data do nascimento. O recém-nascido que não possui o cartão Unimed será atendido desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o seu cartão do plano, seu documento de identificação com foto e a certidão de nascimento do bebê. A criança só receberá atendimento sem o seu cartão Unimed durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento.

Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, as precisará cumprir todos os prazos de carências. A partir desse prazo, já deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu cartão do beneficiário pessoal.

O recém-casado terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual, seguindo também o prazo de 30 dias a contar do dia do casamento.

12. Portabilidade de carências

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. A portabilidade será exercida desde que cumpridos todos os requisitos previstos na resolução normativa 438/2018 da ANS e suas posteriores atualizações. Caso queira exercer seu direito de portabilidade, procura sua Operadora de Plano de Saúde de origem.

13. Orientações sobre o atendimento da Unimed Nordeste Paulista

Para utilização da rede credenciada da Unimed, o beneficiário precisa dirigir-se à Unimed local (unidade de atendimento da sua cidade, conforme cobertura contratual).

COMO PASSAR EM CONSULTA MÉDICA?

O beneficiário deverá escolher o médico cooperado que consta no guia médico da Unimed Nordeste Paulista que está disponível no site [**www.unimed.coop.br/guia-medico#**](http://www.unimed.coop.br/guia-medico#/) buscar a especialidade desejada; ligar no consultório do médico e agendar sua consulta.

No dia e horário marcado, o beneficiário deverá comparecer no consultório tendo em mãos o seu cartão Unimed e um documento de identificação pessoal com foto.

Dificuldade no atendimento orientamos a entrar em contato com a nossa central de atendimento disponível no verso do cartão.

Como proceder em caso de desistência?

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você, e nem os outros, precisarão esperar mais do que o necessário.

Como autorizar exames e procedimentos?

Como autorizar - Exames simples: Sem necessidade de autorização – direto no prestador. O beneficiário deverá apresentar o cartão Unimed, um documento com foto e o pedido médico. Nos casos de solicitação médica emitida por médico particular, o beneficiário deverá se dirigir ao Atendimento Presencial da Unimed local.

Como autorizar - Exames especiais: O beneficiário deverá comparecer ao Atendimento Presencial da Unimed Local, apresentar o cartão Unimed válido, um documento com foto e o pedido médico.

Como autorizar - Internações programadas: Para solicitar autorização, o beneficiário deverá comparecer ao Atendimento Presencial da Unimed local, apresentar o cartão Unimed, um documento com foto, pedido médico, exames realizados, lista de materiais especiais (se houver) e relatório médico.

Atendimento de urgência e emergência: O beneficiário deverá se dirigir ao prestador, apresentar o cartão Unimed e um documento com foto. A solicitação de autorização do atendimento e/ou internação é realizada pelo Hospital diretamente à Unimed.

6. Transcrição de Guia: Nos casos de solicitação médica emitida por médico particular, o beneficiário deverá se dirigir ao Atendimento Presencial da Unimed local.

14. Ouvidoria

O principal objetivo da Ouvidoria é garantir a possibilidade de manifestação dos clientes. Todas as demandas são analisadas e seus resultados são devidamente comunicados aos interessados.

Segundo a Resolução Normativa nº 323/13, o prazo de retorno de manifestações é de até 7 dias úteis para resposta conclusiva. Em situações de maior complexidade, esse prazo pode se estender até 30 dias úteis.

A Ouvidoria da Unimed Nordeste Paulista trabalha para oferecer respostas aos seus clientes em até 5 dias úteis. Para casos de maior complexidade, os prazos são acertados com os beneficiários.

Os limites para pedidos de reanálise são definidos pela Resolução Normativa nº 259/11 da ANS.

Se você já procurou por canais de atendimento da Unimed Nordeste Paulista, mas não obteve resposta satisfatória, entre em contato com a Ouvidoria.

Site: <https://www.ufenesp.com.br/ouvidoria>

Telefone: 0800 723 1134 - seguir a opção da URA

E-mail: ouvidoria@ufenesp.com.br

Atendimento Presencial:

Rua Antônio Moisés Saadi, 1155 - Pq. Industrial Lagoinha

CEP: 14.095-230 - Ribeirão Preto

Horário: Segunda a sexta-feira das 08h às 18h

15. Canais de Atendimento

Em busca de um melhor atendimento e agilidade na resolução dos chamados, a Unimed Nordeste Paulista disponibiliza aos seus clientes diversos meios para entrar em contato com a cooperativa:

SAC

Possuímos uma central de atendimento disponível 24 horas/7 dias da semana pelo telefone 0800 723 1134.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA SEDE

De segunda-feira à sexta-feira de 8h às 18h

Endereço: Rua Antonio Moisés Saad, 1155 – Lagoinha – Ribeirão Preto, SP.

SITE INSTITUCIONAL

No endereço www.ufenesp.coop.br são disponibilizadas informações detalhadas sobre o seu plano de saúde, a cooperativa, o guia médico atualizado, produtos, serviços, notícias.

FALE CONOSCO

Você pode nos contatar diretamente pelo Fale Conosco disponível no site www.ufenesp.com.br, basta você preencher os dados e enviar a mensagem.

E-MAIL

Através do endereço atendimentoaocliente@ufenesp.com.br, você também consegue falar com a nossa Unimed.

Baixe agora o App
Unimed SP – Clientes



Aponte a câmera do seu celular para ler o QR Code



16. Glossário

Beneficiário – Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

Cobertura – É o agrupamento de procedimentos de acordo com a segmentação assistencial contratada.

Coparticipação – É quando o beneficiário além da mensalidade paga parte da despesa assistencial.

Empresa – É a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

Guia Médico – Material de referência do beneficiário para facilitar a sua busca por algum profissional ou serviço. Nele consta a relação de médicos e rede credenciada de hospitais, clínicas e laboratórios, de acordo com o plano contratado, além dos procedimentos para atendimento nos casos de urgência, emergência e internação.

Plano – É o produto registrado na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

Singular – Termo usado para definir uma ou mais Unimed, constituída por médicos cooperados e que pode ter área de atuação em um ou mais municípios.

Sistema Unimed – É o conjunto de todas as Unimeds (cooperativas de trabalho médico), associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos beneficiários.

Unimed Local – Unidade de atendimento da sua cidade.

ATENDIMENTO AO CLIENTE (24 horas)

0800 723 1134

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



ufensp.com.br