



SUA SAÚDE SEM FRAUDES

DESVENDANDO AS FRAUDES
EM PLANOS DE SAÚDE.



Sumário

Introdução	03
Fraude é um crime	04
Tipos de Fraude	05
Elegibilidade	05
Empresa de fachada.....	05
Vínculo irregular	06
Exemplo prático (empresarial).....	07
Exemplo prático (por adesão)	07
Comprovante de plano anterior	08
Reembolso.....	09
Reembolso sem desembolso.....	09
Reembolso assistido	10
Recibos fracionados.....	10
Falsos procedimentos	11
Prestador	12
Enxerto de contas	12
Principais incidências de enxerto de contas	12
Procedimentos não realizados	13
Proteção de dados pessoais.....	14
Proposta de contratação	14
Declaração de saúde	15
Carta de permanência.....	16
Login/Senha.....	17
Oferecimento de crédito.....	17
Cuidados com a solicitação de 2ª via	19
E-mails alarmistas: “Urgente, boleto em aberto!”	20
Site fantasma.....	21
Golpes Virtuais	22
Propaganda enganosa.....	22
Falsa central de atendimento.....	23
Dicas úteis de como identificar boleto fraudado	23
Dicas úteis.....	24
Canal de Denúncias.....	25



Introdução

Nos últimos anos, o aumento de fraudes tem sido uma preocupação crescente para operadoras de saúde e seus beneficiários.

A integridade e a transparência são pilares essenciais para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. Nesse contexto, é fundamental esclarecer o que caracteriza fraudes em planos de saúde e os impactos que essas práticas geram para beneficiários, operadoras, prestadores e para todo o setor.

Fraudes em planos de saúde ocorrem quando há utilização indevida dos serviços, informações falsas ou distorcidas, cobranças por procedimentos não realizados, superfaturamento, compartilhamento irregular de benefícios ou qualquer outra prática que viole normas contratuais e legais.

Essas condutas comprometem o equilíbrio financeiro do sistema, elevam custos assistenciais e, como consequência, impactam diretamente a qualidade dos serviços e os valores praticados para os usuários.

O combate às fraudes é uma responsabilidade compartilhada. A colaboração de clientes, parceiros e colaboradores internos é essencial para a identificação e prevenção dessas práticas, contribuindo para um ambiente mais justo, ético e sustentável.

Este material traz orientações práticas e dicas valiosas para ajudar você a identificar possíveis sinais de fraude e proteger seus pagamentos.

FIQUE ATENTO E FORTALEÇA SUA SEGURANÇA.



Fraude é um crime que busca obter vantagem sobre a vítima

A fraude é uma prática ilícita caracterizada pela obtenção de vantagem indevida, podendo essa vantagem ser econômica ou não, mediante engano, omissão ou manipulação de informações, causando prejuízo direto ou indireto à vítima. Trata-se de conduta tipificada na legislação brasileira, que viola princípios fundamentais como a boa-fé, a lealdade contratual e a confiança entre as partes.

Do ponto de vista técnico, a fraude ocorre quando um agente, de forma intencional, utiliza meios enganosos para induzir outra parte ao erro, levando-a a autorizar pagamentos, conceder benefícios ou reconhecer direitos que não seriam devidos caso a realidade dos fatos fosse conhecida. Esse comportamento pode envolver falsificação de documentos, simulação de eventos, declarações inverídicas ou a distorção de informações relevantes.



Tipos de Fraude

Elegibilidade

O que é?

A elegibilidade consiste na **atividade de verificar se estão preenchidos todos os requisitos que tornam o beneficiário**, seja ele titular ou dependente, elegível (apto) para o atendimento solicitado, mesmo nos procedimentos que não demandem senha de autorização.

Empresa de fachada

Uma empresa de fachada (frequentemente associada a “falsos coletivos empresariais”) é uma pessoa jurídica constituída legalmente, mas sem operação real, funcionários ou sede física ativa. Criada com o único propósito de contratar planos de saúde empresariais, que são geralmente mais baratos e não exigem carência longa.

Essa prática é ilegal, configura falsidade ideológica e é alvo de operações policiais, além de consequência de cunho civil, como por exemplo restituição de valores.





Vínculo irregular

A Lei nº 9.656/98, popularmente conhecida como lei geral dos planos de saúde, prevê três categorias contratuais principais de planos de saúde: (i) individual/familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão. O coletivo empresarial pressupõe a contratação do plano por uma empresa, com extensão aos seus empregados (vínculo celetista ou estatutário), de modo que o vínculo irregular ocorre quando consumidores são inseridos em planos empresariais sem jamais terem tido vínculo empregatício com a suposta empresa contratante. No caso dos coletivos por adesão, a contratação de assistência é voltada para pessoas que possuem vínculo com uma entidade de classe, sindicato, associação profissional ou associações de servidores públicos, ou seja, é necessário que haja um vínculo associativo, sendo necessário comprovar o vínculo com a entidade (ex: OAB para advogados, CRM para médicos, sindicatos de classe).



Exemplo prático (empresarial)

Uma pessoa constitui uma empresa individual de fachada e a utiliza exclusivamente para contratar um plano de saúde e incluir como beneficiários seus pais e filhos, sem que qualquer um deles seja empregado registrado da empresa. Formalmente, é um plano empresarial. Materialmente, é um plano familiar disfarçado — e, portanto, um falso coletivo. distorcidos e/ou de baixa qualidade.

CONTRATO

EMPRESA TAL DE TAL

JOÃO FAKE DA SILVA — TITULAR
MARIA FAKE DA SILVA — ESPOSA
ANA FAKE DA SILVA — FILHA
ISA FAKE DA SILVA — FILHA
THÉO FAKE DA SILVA — FILHO
PAULA FAKE DA SILVA — IRMÃ

João Fake

Exemplo prático (por adesão)

O corretor orienta o consumidor a se associar a uma entidade fictícia ou irrelevante para, em seguida, contratar um plano coletivo por adesão com cobertura supostamente vantajosa. Na realidade, o vínculo associativo é meramente formal e não garante os direitos típicos de uma coletividade real.





Comprovante de plano anterior

A fraude na comprovação de plano de saúde anterior, ocorre quando o beneficiário ou corretor fornece documentos falsos, adulterados ou inidôneos para demonstrar vínculo anterior com outra operadora. O objetivo principal é eliminar ou reduzir o período de carência para procedimentos de alta complexidade ou doenças preexistentes na contratação de um novo plano de saúde.

Além de ter o plano excluído, essa prática é considerada crime de falsidade ideológica e estelionato, gerando graves consequências penais, civis e administrativas.





Reembolso

O que é?

Reembolso é o ressarcimento de despesas assistenciais, como consultas, exames e outros procedimentos, efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano de saúde. O reembolso só pode ser solicitado com a comprovação de que o serviço foi efetivamente realizado e pago, além da solicitação ser pessoal, não devendo o beneficiário compartilhar seus dados para que terceiro o realize.

Reembolso sem desembolso

Em diversas situações, o beneficiário é induzido a buscar atendimento fora da rede credenciada com a promessa de que não haverá qualquer custo pela consulta ou procedimento. Contudo, para que exista o direito ao reembolso, é indispensável que o beneficiário tenha efetivamente realizado o pagamento pelos serviços prestados, conforme entendimento recentemente reafirmado pelo Superior Tribunal de Justiça (REsp 1.959.929, julgado pela Terceira Turma em 2022, foi decidido que não é possível a cessão de direito de reembolso de despesas médico-hospitalares em favor de clínica particular, não conveniada ao plano de saúde, que prestou atendimento ao segurado sem exigir qualquer tipo de pagamento)

A operadora de saúde não possui obrigação de reembolsar atendimentos quando não há comprovação de desembolso prévio por parte do beneficiário. Diante disso, é fundamental redobrar a atenção: a oferta de “auxílio” para solicitar reembolsos pode, na verdade, mascarar práticas irregulares de captação de clientes, capazes de gerar prejuízos e responsabilidades para todos os envolvidos.



Reembolso assistido

Na prática, essa modalidade costuma envolver a entrega de dados pessoais do beneficiário, como login e senha de acesso ao portal da operadora do plano de saúde, sob a promessa de simplificar ou “agilizar” a solicitação de reembolso.

O compartilhamento dessas informações, no entanto, expõe o beneficiário a riscos relevantes, permitindo que terceiros acessem dados sensíveis, utilizem-nos de forma indevida, alterem valores de solicitações ou até mesmo requeiram reembolsos por exames e procedimentos que não foram realizados.

Em muitos casos, há ainda a assinatura de contratos particulares com prestadores de serviços para o repasse integral dos valores pagos pelo plano de saúde, mesmo sem qualquer pagamento prévio por parte do beneficiário. Tais práticas podem ser consideradas irregulares e sujeitam os envolvidos a consequências jurídicas nas esferas cível e criminal.

É importante observar que essa modalidade de fraude não se confunde com o apoio eventual prestado por um familiar, situação que inexistente qualquer finalidade econômica.

Recibos fracionados

Quando uma única consulta ou procedimento é realizado, mas emite-se mais de um recibo ou nota fiscal, com o objetivo de conseguir um reembolso total mais alto, configura-se uma prática irregular e fraudulenta.

Podem ser enquadrados como fraudadores tanto aqueles que recebem as notas fiscais ou recibos fracionados, assim como aqueles que as emitem. O pedido de reembolso deve informar corretamente o procedimento ou a consulta realizada, assim como o valor efetivamente desembolsado, para pagamento com base nas cláusulas contratuais.



Falsos procedimentos

Configura-se quando é realizado um procedimento não previsto na cobertura do plano e, ainda assim, o recibo ou a nota fiscal apresenta descrição divergente daquilo que efetivamente foi executado. O mesmo ocorre quando a solicitação de reembolso é deliberadamente maior, com a inclusão de procedimentos que não foram realizados, com o objetivo de elevar o valor a ser recebido.

É essencial que tanto o procedimento quanto o valor efetivamente cobrado sejam informados de forma correta e fiel à realidade. Nessas situações, a prática fraudulenta pode ser atribuída tanto ao beneficiário que formaliza o pedido quanto ao prestador que altera ou falseia as informações para obtenção de vantagem financeira indevida.



Fique atento

Essas práticas, seja na modalidade tentada ou consumada, podem acarretar sanções criminais.

Confira o Código Penal brasileiro, e veja os artigos listados abaixo, que são infringidos quando se cometem os atos citados: Estelionato (artigo 171), Falsificação de documento particular (artigo 298), Falsidade ideológica (artigo 299), Falsa identidade (artigo 307) e Uso de documento falso (artigo 304).



Prestador

Enxerto de contas

Consiste na inclusão indevida de procedimentos, materiais, medicamentos ou taxas não realizados/utilizados na fatura final enviada à operadora de saúde. Essa prática visa aumentar o valor a ser recebido pelo prestador de serviço (hospital, clínica ou médico) de forma desonesta.

Principais incidências de enxerto de contas

- 1 Manipulação de Faturamento:** O prestador adiciona itens falsos a uma conta real. Exemplo: cobrar por 10 seringas quando apenas 2 foram utilizadas, ou incluir procedimentos cirúrgicos que não foram realizados.
- 2 Uso de Materiais/Medicamentos:** Inclusão de órteses, próteses ou medicamentos de alto custo que nunca foram aplicados ao paciente.
- 3 Cobrança de Procedimentos Realizados:** O paciente realiza um exame, mas a clínica cobra por três ou quatro variações diferentes que não foram feitas.



Procedimentos não realizados

Ocorre quando o prestador ou clínica cobram do plano por um tratamento que não foi realizado.

Fique atento ao histórico de procedimentos realizados e, sempre que possível, confirme o que realmente foi feito.



Dicas de segurança

- Confira os procedimentos lançados na guia de atendimento antes de assinar;
- Monitore os extratos para facilitar a identificação de cobranças indevidas.



Proteção de dados pessoais

O que é?

Trata-se do conjunto de regras, princípios e práticas que têm como objetivo garantir que informações relacionadas a uma pessoa natural sejam coletadas, usadas, armazenadas e compartilhadas de forma segura, ética e legal. Nesse sentido, quando padrões de qualidade e segurança não são observados, desvios de fraude podem ocorrer, sendo eles:



Proposta de contratação

O preenchimento da proposta de contratação envolve um profissional de vendas – o corretor –, e implica na coleta de dados pessoais, como nome, idade, endereço e atividade profissional. Essas informações serão fundamentais para definir as condições do contrato.

Antes de assiná-lo, confira junto ao seu corretor se todos os dados foram reportados corretamente. O preenchimento de informações inverídicas configura fraude e pode acarretar consequências como o cancelamento do plano de saúde ou exclusão do beneficiário. Caso seja comprovada a irregularidade, beneficiário e corretor estarão sujeitos a sanções cíveis e criminais.



Declaração de saúde

No ato da contratação do plano de saúde, assume especial relevância o processo de **Declaração de Saúde**, instrumento destinado ao registro das doenças ou lesões preexistentes de que o contratante tenha conhecimento no momento da adesão.

O beneficiário possui o direito de preencher esse documento por meio de **entrevista qualificada**, conduzida por médico credenciado pela operadora, sem qualquer custo adicional. Esse procedimento tem por finalidade orientar o contratante, esclarecer dúvidas sobre a cobertura assistencial e informar as possíveis consequências decorrentes da omissão de dados relevantes.

A partir da avaliação das informações declaradas, a operadora poderá, quando cabível, aplicar a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**. Nessa hipótese, determinados serviços vinculados à doença ou lesão informada — como procedimentos de alta complexidade, utilização de leitos de alta tecnologia e cirurgias — poderão ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até **24 meses**, contados do início da vigência do contrato.

Consequências

Não informar doenças ou lesões preexistentes ao contratar o seu plano de saúde pode ser caracterizado como fraude. Nesses casos, o contrato fica sujeito à suspensão da cobertura ou cancelamento, conforme regulação do setor. A operadora também poderá solicitar judicialmente o ressarcimento dos valores pagos para os eventos e procedimentos que foram cobertos indevidamente.





Carta de permanência

A carta de permanência é um documento fornecido pela operadora de plano de saúde mediante solicitação do beneficiário, tem como principal finalidade comprovar o histórico contratual para fins de portabilidade, possibilitando o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos no plano anterior.

Nesse documento são registradas informações essenciais, como a identificação do beneficiário e de seus dependentes, operadora de origem, data de ingresso no plano, tipo de acomodação, abrangência geográfica, segmentação assistencial e a eventual existência de Cobertura Parcial Temporária (CPT), entre outros dados relevantes.

O tempo de vínculo com a operadora anterior é elemento fundamental para que a operadora de destino possa analisar corretamente a elegibilidade do beneficiário à portabilidade e ao aproveitamento das carências.

A alteração, falsificação ou manipulação das informações constantes na carta de permanência caracteriza prática fraudulenta e pode ensejar consequências legais, inclusive a rescisão do contrato pela operadora, além da adoção de medidas judiciais para reparação de eventuais prejuízos.

Dependendo do caso, também poderão ser aplicadas sanções nas esferas cível e penal.



Login/Senha

Não compartilhe seu login e senha de acesso ao portal do cliente ou aplicativo do plano de saúde. Com posse desses dados, terceiros podem ter acesso a informações pessoais e utilizá-las de forma inadequada, como:

- 1** Trocar os dados bancários do beneficiário;
- 2** Abrir contas digitais em seu nome;
- 3** Alterar os valores de reembolso;
- 4** Solicitar a cobertura ou reembolso de exames e procedimentos não realizados.

É importante observar o sigilo em seus dados de acesso ao gov.br, que passaram a ser exigidos para a abertura de reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Oferecimento de crédito

Alguns prestadores podem se utilizar de dados pessoais, sem a anuência do beneficiário, para a abertura de uma linha de crédito em bancos digitais ou instituições financeiras. O objetivo é oferecer tratamentos e procedimentos sem cobrança imediata para, em seguida, solicitar o reembolso à operadora de plano de saúde. Outros prestadores podem orientar que os clientes façam declarações falsas de pagamento em espécie, como forma de comprovação de desembolso para obtenção do reembolso.



Fique atento

Para solicitar o reembolso é necessário apresentar comprovante de que o serviço foi de fato realizado e pago. Existem denúncias de consumidores que sofreram ameaças de ter o nome negativado pelas empresas de crédito após a operadora negar o “reembolso” do procedimento solicitado de forma irregular.

Transações financeiras falsas podem ser comunicadas pelas operadoras ao Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF). Além disso, o uso indevido de dados de terceiros configura crime de estelionato, sujeito a multa e reclusão, conforme Art. 171 do Código Penal.

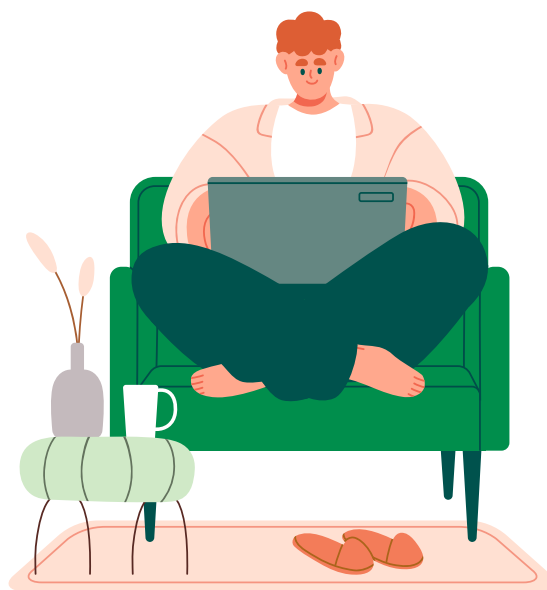


Cuidados com a solicitação de 2ª via.

É bem comum que fraudadores enviem boletos falsos informando que ocorreu um erro no pagamento do plano de saúde e que se trata de uma guia corrigida referente ao ocorrido.

Nesses casos, a fatura enviada costuma ser bem parecida com a original, apenas com um diferencial: a conta do beneficiário é a conta do fraudador e não a conta correspondente do prestador do serviço/produto.

Portanto, é crucial efetuar o pagamento exclusivamente através de boletos emitidos pelas plataformas oficiais da Unimed, como o site ou o WhatsApp. Além disso, ao solicitar a segunda via, o pagamento deve ser realizado somente se a fatura original já estiver vencida ou se uma nova guia tiver sido requisitada.





E-mails alarmistas: “Urgente, boleto em aberto!”

Uma estratégia clássica de golpe por e-mail envolve o envio de supostas cobranças com títulos alarmantes. O processo, geralmente, ocorre da seguinte maneira:

1

No e-mail, existe um link ou um anexo que redireciona o usuário para uma página falsa, onde ele é induzido a fornecer alguns dados, tais como, data de vencimento do boleto, valor da mensalidade e outros dados pessoais que irão compor o boleto falsificado.

2

Ao pagar o boleto com o código alterado, você estará transferindo seu dinheiro para a conta bancária do criminoso.



A solução para esses casos é estar atento a e-mails alarmantes e utilizar um sistema confiável de antivírus/antimalware. Isso garantirá a proteção do seu computador contra todos os tipos de softwares maliciosos, incluindo vírus.

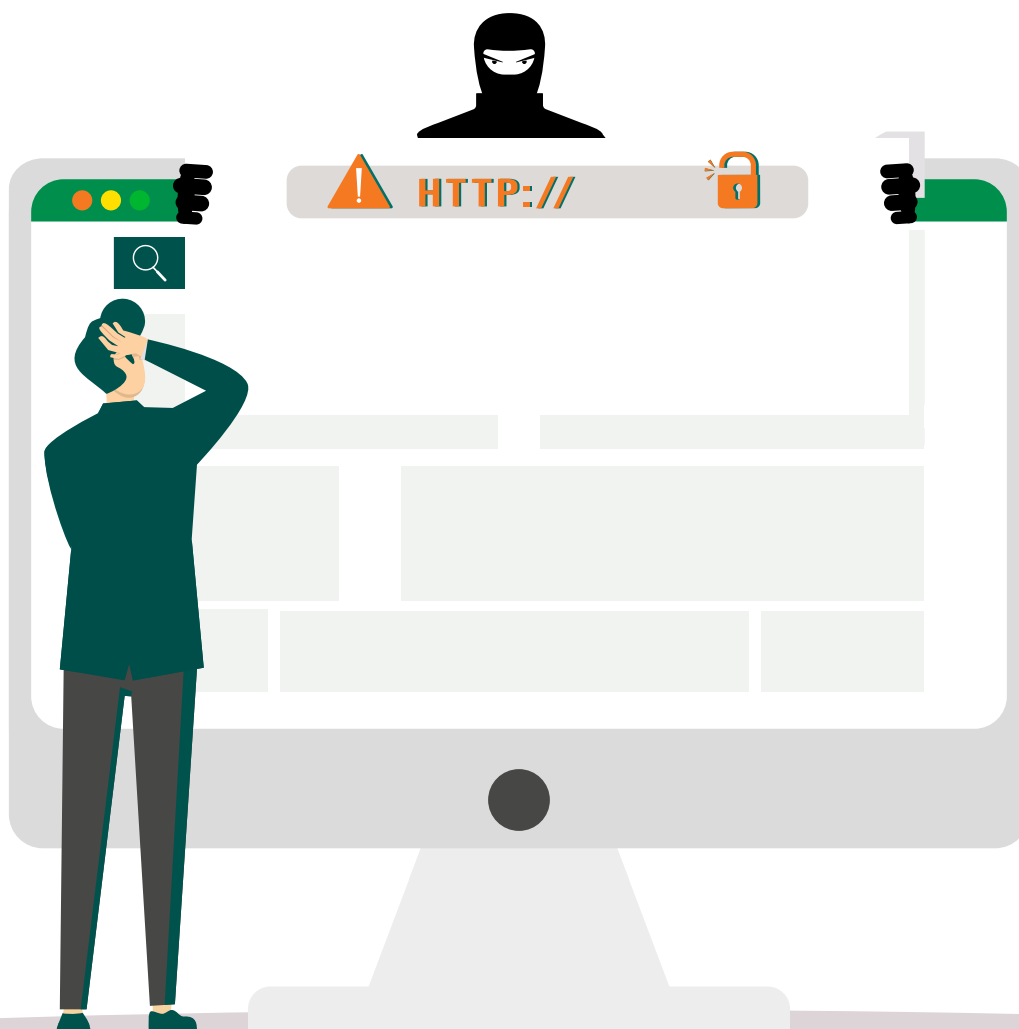


Site fantasma.

Nessa modalidade, os golpistas criam ambientes online que são quase idênticos à rede de saúde legítima e oferecem planos com “superpromoções” para atrair a atenção dos consumidores.

Conseqüentemente, as pessoas acabam realizando a assinatura e efetuando o pagamento por meio de um boleto. No entanto, uma vez que se trata de um site falso, a assinatura não é de fato concluída e o dinheiro investido é perdido.

Portanto, é crucial verificar se a URL é oficial e se o site é seguro antes de prosseguir. Para determinar se um site é seguro, basta verificar se ele possui certificação de segurança, que é indicada pelo cadeado ao lado da URL.





Golpes Virtuais

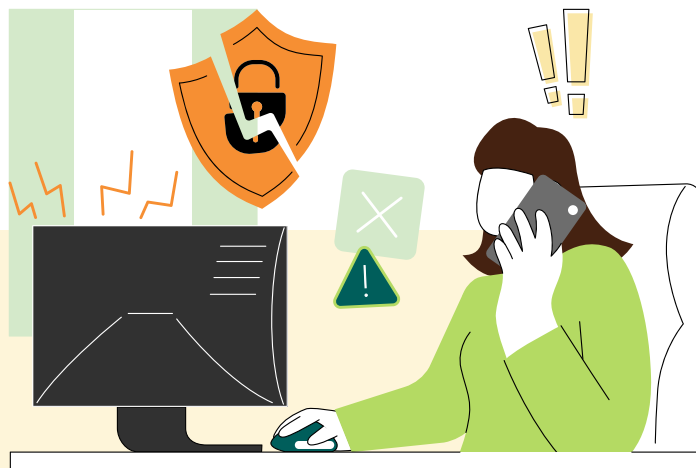


Propaganda enganosa

É recorrente a divulgação, em redes sociais, de conteúdos por parte de determinadas clínicas que apresentam procedimentos estéticos como se estivessem incluídos na cobertura dos planos de saúde, chegando, inclusive, a oferecer supostas vantagens financeiras, como descontos ou programas de cashback. Essa prática é irregular e caracteriza fraude, uma vez que os planos de saúde não contemplam tratamentos com finalidade exclusivamente estética.

Serviços como aplicação de toxina botulínica para fins de rejuvenescimento, massagens estéticas, acompanhamento com personal trainer, harmonização facial, entre outros procedimentos de natureza similar, não integram o rol de coberturas assistenciais dos planos de saúde.

Além disso, há casos em que perfis e estabelecimentos divulgam publicidade se apresentando indevidamente como integrantes da rede credenciada das operadoras, inclusive com a utilização não autorizada de logomarcas e elementos institucionais. Nessas situações, trata-se de publicidade enganosa, uma vez que os estabelecimentos anunciados não possuem vínculo contratual com as operadoras de planos de saúde.



Falsa central de atendimento

Neste golpe, os criminosos entram em contato por telefone, WhatsApp ou SMS, fingindo ser funcionários da Unimed, com a intenção de roubar dados ou dinheiro. Algumas ligações utilizam gravações que direcionam para outros canais falsos.

Durante o contato, pode ser solicitada uma transferência bancária sob a ameaça de cancelamento do plano de saúde caso o valor não seja pago. Outro golpe envolve a promessa de um grande reembolso, que só será liberado mediante o pagamento de uma pequena quantia. Também há casos em que pedem dinheiro para liberar a cirurgia de um familiar que estaria internado.

Dicas úteis de como identificar boleto fraudado

O preenchimento da proposta de contratação envolve um profissional de vendas – o corretor –, e implica na coleta de dados pessoais, como nome, idade, endereço e atividade profissional. Essas informações serão fundamentais para definir as condições do contrato.

Antes de assiná-lo, confira junto ao seu corretor se todos os dados foram reportados corretamente. O preenchimento de informações inverídicas configura fraude e pode acarretar consequências como o cancelamento do plano de saúde ou exclusão do beneficiário. Caso seja comprovada a irregularidade, beneficiário e corretor estarão sujeitos a sanções cíveis e criminais.



Dicas úteis.

A forma mais prática e rápida de identificar um boleto falso é examinar o campo referente ao beneficiário. Na hora de efetuar o pagamento, seja pela internet ou presencialmente, verifique o nome de quem receberá o pagamento.

Em boletos legítimos, o beneficiário será sempre:

Central Nacional Unimed Coop Central CNPJ 02.812.468/0001-06

Além disso, não se esqueça de verificar o banco emissor. Os parceiros oficiais da Unimed CNU são:

BANCO	Daycoval	Itaú	Safra	Sicoob	Sisprime	Sofisa
CÓDIGO	707	341	422	756	84	637

Verifique o número de registro do banco.

Os três primeiros números do código digitável devem ser iguais ao número do registro do banco.

Os últimos números do código digitável devem corresponder ao valor do documento.

Verifique nossa Razão Social e CNPJ.

ANS - nº 33967-9

UNIMED NACIONAL - CNPJ: 02.812.468/0001-06
Rua Frei Caneca, 1355 CEP: 00000-000 Bela Vista São Paulo SP
Tel: 00000000
www.unimednacional.coop.br

748-0 74891123210000800726238467821005193460000150000

Local de pagamento PAGAVEL EM QUALQUER INSTITUICAO FINANCEIRA				Data do vencimento 17/05/2023	
Cedente CENTRAL NACIONAL UNIMED COOP CENTRAL				CNPJ/CNPJ 02.812.468/0001-06	
Data do Documento 12/04/2023		Nº do Documento 00000000		Especie doc DM	
Aceite N		Data de processamento 17/04/2023		Nosso número 1/000000000	
Uso do Banco Carteira RG		Especie Moeda RS		Quantidade	
Instruções: Texto de responsabilidade do credente Após vencimento juros de 0,00% ao dia e multa de R\$0,00 Não receber após 60 dias vencido O pagamento desta, não quita dívidas anteriores.		Valor Moeda		Valor do documento R\$ 1500,00	
Sacador/ Avalista CENTRAL NACIONAL UNIMED COOP CENTRAL - 02.812.468/0001-06 Rua Frei Caneca, 1355 - CEP: 00000-000 - Bela Vista - São Paulo - SP				(-) Desconto/Abatimentos R\$0,00	
Sacado				(-) Outras Deduções R\$0,00	
				(+) Mora/Multa R\$0,00	
				(-/+) Outros Acréscimos R\$0,00	
				(+) Valor Cobrado R\$ 1500,00	

Atenção: Antes de confirmar o pagamento, é importante que você se **certifique se o beneficiário realmente é a Unimed CNU**. Também verifique se, no campo "Pagador", está o nome do titular do plano.

Conferindo essas informações, você garante a sua segurança.

Para acessar o seu boleto, insira os quatro primeiros números do CPF cadastrado em nosso sistema.

EXEMPLO:

CPF: 302.544.010-60

Senha: 3025

Você também pode acessar o seu boleto e atualizar os seus dados cadastrais pelo Portal do Beneficiário.

[Clique aqui para acessar o portal](#)



Canal de Denúncias



O Canal de Denúncias da Unimed CNU é um ambiente totalmente seguro para relatar condutas inadequadas ou indícios de fraude dentro da nossa cooperativa.

Nossos beneficiários podem acessá-lo **clcando aqui** ou ligando para o **0800 591 9026**, disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Veja como é fácil realizar um registro online:

- Acesse **“Reportar Conduta Inadequada”** e depois clique em **“Continuar”**.
- Em seguida, clique em **“Realizar Relato”** para visualizar os canais e opções disponíveis.
- Para prosseguir com sua denúncia, leia atentamente os termos e **dê o seu aceite**.
- Sua denúncia pode ser identificada ou anônima; ambas serão tratadas com total seriedade e confidencialidade. Informar um e-mail (anônimo ou não) é opcional, mas facilita caso a empresa independente precise de informações adicionais.
- Clique em **“Continuar”**.
- **Descreva o ocorrido**: informações como data, horário e pessoas envolvidas são muito valiosas, assim como documentos comprobatórios. Quanto mais detalhes, mais efetiva será a apuração.
- Ao final, você receberá um **número de protocolo**, que será a chave para acompanhar o **andamento da denúncia**.


Atenção: este número não deve ser compartilhado ou divulgado.

O Canal de Denúncias é indicado para relatar atos inadequados, como assédios, agressões, desvios, discriminações, conflitos de interesse e fraudes, entre outros. Para demais assuntos, utilize os canais oficiais de atendimento da cooperativa.


Não se preocupe: a investigação não é de conhecimento das pessoas envolvidas, mesmo que o relato não seja comprovado ao final do processo.

Canais oficiais de contato


Utilize apenas estes canais para falar com a Unimed CNU:


 **WhatsApp (11) 3268-7020**

 **Site oficial unimedcnu.coop.br**

 **Telefone 24h 0800 942 0011**

 **Atendimento em libras**

 **App Unimed CNU: Clique em “Fale Conosco” e selecione “Atendimento em Libras”**

 **Site Unimed CNU: Clique na opção “Fale Conosco” e selecione “Atendimento em Libras” na aba “Canal 24 horas”**

**Baixe nosso aplicativo
pelas plataformas digitais.**

