

ATENDIMENTO AO CLIENTE

PROTOCOLO: _____

Unimed: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cliente: _____

Atendente: _____

Prazo de retorno:

☐ até 5 dias úteis

☐ até 10 dias úteis

☐ até _____

Em caso de dúvidas, entrar em contato: 0800 275 1818 ou 4020 1818.

Prezado cliente,

Caso **não tenha ficado satisfeito com o retorno dessa solicitação** e deseje reanálise pela última instância da operadora, entre em contato com a **Ouvidoria** através do 0800 275 0625 ou 4020 3333 (ligações de celular), segunda à sexta, das 08h às 17h, exceto em feriados, se preferir, através do portal da Unimed Fortaleza: <http://www.unimedfortaleza.com.br/ouvidoria>

Unimed 
Fortaleza

PROTOCOLO: _____

Data: ____ / ____ / ____

Ass. Cliente: _____

Prezado cliente,

Caso **não tenha ficado satisfeito com o retorno dessa solicitação** e deseje reanálise pela última instância da operadora, entre em contato com a **Ouvidoria** através do 0800 275 06 25 ou 4020 3333 (ligações de celular), segunda à sexta, das 08h às 17h, exceto em feriados, se preferir, através do portal da Unimed Fortaleza: <http://www.unimedfortaleza.com.br/ouvidoria>

Unimed 
Fortaleza