

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| Unimed | | CAMPO GRANDE | |
| NA001 | | | |
| 0 051 30035000072 0 | | | |
| 3/3/1980 <small>Data Nasc.</small> | 3-Empresarial <small>Tp. Contr.</small> | APARTAMENTO <small>Acomodação</small> | 31/12/2011 <small>Validade</small> |
| JOSE SILVEIRA JUNIOR | | | |
| <small>Nome do Beneficiário</small> | | | |
| 51 <small>Cobrança</small> | AMB-APT-OBS <small>Produto Não Regulamentado</small> | Nacional. <small>Abrangência</small> | 3 <small>Via</small> |
| NAO HA <small>Cobertura Parcial Temporária</small> | | UNIMED CAMPO GRAND <small>Empresa</small> | |

Na seqüência numérica que segue estes dois primeiros números que sucedem o 0051, correspondem à modalidade do plano contratado, podendo ser:

- 10 – Pessoa Física Regulamentado
- 20 – Pessoa Física Não Regulamentado
- 30 – Pessoa Jurídica Regulamentado
- 40 – Pessoa Jurídica Não Regulamentado
- 50 – Pessoa Jurídica Regulamentado Contrato de Repasse.
- 60 – Custo Operacional Pessoa Jurídica
- 80 – Medicina Ocupacional
- 90 – Plano de Continuidade Assistencial (pessoa física)
- 93 – Plano de Continuidade Assistencial (pessoa jurídica)
- 94 – Seguro Desemprego Pessoa Jurídica

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| Unimed | | CAMPO GRANDE | |
| NA001 | | | |
| 0 051 30035000072 0 | | | |
| 3/3/1980 <small>Data Nasc.</small> | 3-Empresarial <small>Tp. Contr.</small> | APARTAMENTO <small>Acomodação</small> | 31/12/2011 <small>Validade</small> |
| JOSE SILVEIRA JUNIOR | | | |
| <small>Nome do Beneficiário</small> | | | |
| 51 <small>Cobrança</small> | AMB-APT-OBS <small>Produto Não Regulamentado</small> | Nacional. <small>Abrangência</small> | 3 <small>Via</small> |
| NAO HA <small>Cobertura Parcial Temporária</small> | | UNIMED CAMPO GRAND <small>Empresa</small> | |

Os outros cinco números que sucedem a numeração 30 ou 40, neste caso, correspondem ao termo o qual você está inserido. Fique atento, o seu termo corresponde ao seu contrato conosco.

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| Unimed | | CAMPO GRANDE | |
| NA001 | | | |
| 0 051 30035000072 0 | | | |
| 3/3/1980 <small>Data Nasc.</small> | 3-Empresarial <small>Tp. Contr.</small> | APARTAMENTO <small>Acomodação</small> | 31/12/2011 <small>Validade</small> |
| JOSE SILVEIRA JUNIOR | | | |
| <small>Nome do Beneficiário</small> | | | |
| 51 <small>Cobrança</small> | AMB-APT-OBS <small>Produto Não Regulamentado</small> | Nacional. <small>Abrangência</small> | 3 <small>Via</small> |
| NAO HA <small>Cobertura Parcial Temporária</small> | | UNIMED CAMPO GRAND <small>Empresa</small> | |

Neste espaço você pode identificar o seu tipo de plano, neste caso: AMB – APTO – OBS. Significa que este plano é ambulatorial - hospitalar, acomodação apartamento, com obstetria.



Esta data corresponde à data de validade do seu cartão.
No mês correspondente a data base do contrato, entre em contato com o RH da empresa para verificar se seu novo cartão já está disponível.



Neste espaço você pode verificar a abrangência de seu plano. Podendo ser:

- Nacional;
- Grupo de Municípios ou Municipal

Obs: Não deixe de consultar a rede referenciada ao utilizar seu plano em outras cidades. **Lembrando que a UNIMED Campo Grande não dá cobertura a Hospitais de tabela própria.**

Para procedimentos eletivos realizados em outras cidades é necessária programação mínima de 3 dias de antecedência (tempo mínimo estipulado para autorizações em intercâmbio).

Atenção: Seu cartão é de uso pessoal e intransferível.

Caso perca seu cartão, solicite no Recursos Humanos de sua empresa a segunda via. Para se consultar na rede credenciada apresente seu cartão UNIMED juntamente ao documento com foto.

Em caso de dúvida, você pode solicitar cópia do contrato em que está inserido no Recursos Humanos de sua empresa.

A BOA UTILIZAÇÃO DO SEU PLANO DE SAÚDE REFLETE NO TODO, SEJA COERENTE FAÇA SEUS RETORNOS NOS PRAZOS ESTIPULADOS PELO SEU MÉDICO.