

DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL Unimed Goiânia Cooperativa De Trabalho Médico		NOME FANTASIA Unimed Goiânia		CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS Cooperativa Médica	
CNPJ 02.476.067/0001-22	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 028546-3	REGISTRO NA JUCEG 52.40000826-5	REGISTRO P. NA ANS. Nº 382876	CRM 232
ENDEREÇO PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA Nº 650 (T-7 ESQ. C/ T-1).			BAIRRO SETOR BUENO		
CIDADE GOIÂNIA	UF GO	CEP 74.210 - 250	TELEFONE (62) 3216- 8000 / 0800 642 8008		

DADOS DO CONTRATANTE

CÓDIGO 51225	FILIAL 4	RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA POLÍCIA FEDERAL EM GOIÁS			
NOME DE FANTASIA ANSEF GOIÁS					
CEP 74.823-460	ENDEREÇO R S 5				NÚMERO S/N
COMPLEMENTO QD S 34, LT 24		BAIRRO SETOR BELA VISTA		CIDADE GOIÂNIA	UF GO
DDD/TELEFONE (62)3255-0548	COMERCIAL	CELULAR	E-MAIL (ENDEREÇO ELETRÔNICO) ansefgoias@terra.com.br		
CNPJ / CEI 03.964.755/0001-02			INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
CEP	ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA				NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO		CIDADE	UF	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE

NOME MAURÍLIO RODRIGUES DOS SANTOS			CARGO PRESIDENTE		
REGISTRO GERAL 1.404.576	ÓRGÃO EMISSOR SSP/GO	CPF 226.431.170-34	DATA DE NASCIMENTO 15/11/1953	TELEFONE (62)3255-0548	
NOME			CARGO		
REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	
NOME			CARGO		
REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	

PESSOA PARA CONTATO

NOME IRACEMA ALVES FERREIRA	DEPTO. (SETOR) FINANCEIRO	DDD/TELEFONE (62) 3255-0548
---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

DADOS DO PLANO

EDIÇÃO 2ª	NOME COMERCIAL UNIESTADUAL	CÓD. PLANO (USO EXCLUSIVO CADASTRO) 3502	
TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO		TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITAL COM OBSTETRÍCIA	
PADRÃO DE ACOMODação APARTAMENTO		REGISTRO NA ANS 431.576/00-6	
INÍCIO VIGÊNCIA (DD/MM/AAAA) 01/07/2011	DIA DE VENCIMENTO DA FATURA 10	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL 20	
CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 31ª DIÁRIA) COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO		ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
COPARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA NÃO - % SOBRE: -		LIMITE MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO NÃO _____	
PRÊMIO (VALOR DO SEGURO GARANTIA FUNERAL - SGF) <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, R\$ 1.000,00		FORMAÇÃO DO PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO	INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS)