

### DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL <b>Unimed Goiânia Cooperativa De Trabalho Médico</b>		NOME FANTASIA <b>Unimed Goiânia</b>		CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS <b>Cooperativa Médica</b>	
CNPJ <b>02.476.067/0001-22</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>ISENTO</b>	INSCRIÇÃO MUNICIPAL <b>028546-3</b>	REGISTRO NA JUCEG <b>52.40000826-5</b>	REGISTRO P. NA ANS. N° <b>382876</b>	CRM <b>232</b>
ENDEREÇO <b>PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA N° 650 (T-7 ESQ. C/ T-1).</b>			BAIRRO <b>SETOR BUENO</b>		
CIDADE <b>GOIÂNIA</b>		UF <b>GO</b>	CEP <b>74.210 - 250</b>	TELEFONE <b>(62) 3216- 8000 / 0800 642 8008</b>	

### DADOS DO CONTRATANTE

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

### IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE

NOME <b>MAURÍLIO RODRIGUES DOS SANTOS</b>			CARGO <b>PRESIDENTE</b>	
REGISTRO GERAL <b>1.404.576</b>	ÓRGÃO EMISSOR <b>SSP/GO</b>	CPF <b>226.431.170-34</b>	DATA DE NASCIMENTO <b>15/11/1953</b>	TELEFONE <b>(62)3255-0548</b>
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 <b>IRACEMA ALVES FERREIRA</b>	DEPTO. (SETOR) <b>FINANCEIRO</b>	DDD/TELEFONE <b>(62) 3255-0548</b>
---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DADOS DO PLANO

EDIÇÃO <b>2ª</b>	NOME COMERCIAL <b>UNIESTADUAL</b>	CÓD. PLANO (USO EXCLUSIVO CADASTRO) <b>3502</b>	
TIPO DE CONTRATAÇÃO <b>COLETIVO POR ADESÃO</b>		TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA <b>AMBULATORIAL + HOSPITAL COM OBSTETRÍCIA</b>	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO <b>ENFERMARIA</b>		REGISTRO NA ANS <b>431.575/00-8</b>	
INÍCIO VIGÊNCIA (DD/MM/AAAA) <b>01/07/2011</b>		DIA DE VENCIMENTO DA FATURA <b>10</b>	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL <b>20</b>
CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 31ª DIÁRIA) <b>COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO</b>		ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
COPARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA <b>NÃO -</b> % SOBRE: -		LIMITE MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO <b>NÃO</b>	
PRÊMIO (VALOR DO SEGURO GARANTIA FUNERAL - SGF) <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, R\$ 1.000,00		FORMAÇÃO DO PREÇO <b>PRÉ-ESTABELECIDO</b>	INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE <b>R\$ 10,00 (DEZ REAIS)</b>