

São Paulo, 31 de Outubro de 2024.

Atendendo sua solicitação seguem as informações referentes ao seu período de permanência nesta operadora:

Operadora

Nome Fantasia da Operadora: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE
Nº de registro da operadora na ANS: 006246

Beneficiário

Nome do Beneficiário: AUGUSTO ROSA XIMENES
Segurado em remissão: NÃO
Data de Nascimento: 03/09/2024
CPF: 2076314920
Número da Matrícula do Beneficiário no Plano: 88888 4667 6751 0120
Nome do Titular do plano: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

Produto / Contrato

Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
Segmentação Assistencial do Plano (cobertura): AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA
Área de Abrangência Geográfica: Nacional
Nome do Produto Registrado na ANS: Especial 100 Adesão Trad16 F AHO QP
Número de Registro do Plano na ANS: 476937166
Nome Comercial do Plano na SulAmérica: ESPECIAL 100
Padrão de Acomodação: Apartamento

Contrato: Pós Lei

Prazo de permanência do beneficiário no plano

Início: 01/10/2024 **Fim:** Ativo

Motivo do fim do contrato:

Situação de adimplência: Vide 3 últimos boletos pagos

Valor do último prêmio: Vide 3 últimos boletos pagos

Ingressou por portabilidade? () sim (X) não

Carência? Isento

Cobertura Parcial Temporária - CPT? NÃO

SulAmérica Companhia de Seguro Saúde

Documento gerado eletronicamente pela área restrita da SulAmérica em 31/10/2024 às 10:00h.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo:20250204.2.031098

Data da emissão:04/02/2025 08:20

Motivo para portabilidade:Rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica

BENEFICIÁRIO

Nome completo:LETICIA CAROLINE XOTESLEM R DE OLIVEIRA

CPF:083.025.079-46

Tel. Celular:(41)99910-0525

Data de nascimento:19/05/1992

Email:flaviobatista1988@hotmail.com

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora:UNIMED PARANÁ

Registro ANS:312720

Nome do plano:PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO ENFERMARIA COPART

Registro do plano:476342164

Tipo de contratação:Coletivo por Adesão

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:Emergência fora da abrangência geográfica contratada

Abrangência geográfica:Estadual

Valor pago pelo plano atual:-

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora:UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS:304701

Nome do plano:Plano Flex Adesão Co-Part 1 - Amb Hosp c/ Obst Enf

Registro do plano:458120082

Local de contratação:Curitiba/PR

Tipo de contratação:Coletivo por Adesão

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:Emergência fora da abrangência geográfica contratada, Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável

Abrangência geográfica:Grupo de Municípios

Área geográfica de atuação:

Adrianópolis/PR

Almirante Tamandaré/PR

Araucária/PR

Balsa Nova/PR

Bocaiúva do Sul/PR

Campina Grande do Sul/PR

Campo Largo/PR

Campo Magro/PR

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283, 82530-450, Tarumã, Curitiba-PR
SAC 0800 041 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009
Ouvidoria: www.unimed.coop.br/parana/ouvidoria

ALICE XOTESLEM DE OLIVEIRA			152.676.819-46	14/10/2019	
Registro Produto na ANS		Cód. Cartão	Plano Adaptado ?	Data da Adaptação	Beneficiário internado?
476342164		09750000011097275	Não		Não
Data de Inclusão	Valor da Mensalidade (somente para pré-pagamento)	Ingresso via Oferta Pública/Transferência de Carteira?	3 Últimos pagamentos		
02/12/2022	R\$ 162,11	Não	25/01/2025,25/12/2024,25/11/2024		
Proveniente de Portabilidade Anterior?			Doença ou Lesão Preexistente?		
Sim, sem ampliação da cobertura assistencial			Não		
Situação					
Plano ativo até a presente data					



"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues





Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 22/11/2024 às 14:20:31 (GMT -3:00)

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

 ID única do documento: #69245b95-3166-42cb-b08d-117abea25c8c

Hash do documento original (SHA256): 1171FC15870F8A19819E10DB4058D697C2365C2444C1CA8D845BAD6A8D6C3029

Este Log é exclusivo ao documento número #69245b95-3166-42cb-b08d-117abea25c8c e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (2)

- ✓ LUIZ FELIPE DO NASCIMENTO (Testemunha 1)
Assinou em 22/11/2024 às 13:11:07 (GMT -3:00)
- ✓ JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES (Contratante)
Assinou em 22/11/2024 às 14:20:31 (GMT -3:00)

Histórico completo

Data e hora

22/11/2024 às 13:00:57
(GMT -3:00)

22/11/2024 às 13:11:07
(GMT -3:00)

22/11/2024 às 14:20:31
(GMT -3:00)

Evento

Ana Diniz solicitou as assinaturas.

LUIZ FELIPE DO NASCIMENTO (CPF 058.141.299-05; E-mail luizn@grupovital.com.br; IP 177.220.181.207), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES (CPF 010.189.265-93; E-mail jlsximenes@gmail.com; IP 191.245.66.197), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.



Data e hora

22/11/2024 às 14:20:31
(GMT -3:00)

Evento

Documento assinado por todos os participantes.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil;

II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”**.

O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;

III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;

IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo**;

V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente**.

VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”**;

VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem**.

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso;

Prazo do(a) beneficiário(a):

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.

Prazo da Operadora:

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

Central de Atendimento:

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.