

Contratante

Razão Social: SIMEPAR (SINDICATOS DOS MEDICOS DO PARANÁ)
CNPJ/MF: 76.904.820/0001-70
E-mail Titular: JLSXIMENES@GMAIL.COM

Dados dos Beneficiários

| | | |
|--------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Tit | Nome Completo | JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES |
| | CPF | 010.189.265-93 |
| | CNS | 700001706150401 |
| | Nº Registro do Plano de Destino | 704385996 |
| Dep 1 | Nome Completo | ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA |
| | CPF | 025.066.981-16 |
| | CNS | 700402740452250 |
| | Nº Registro do Plano de Destino | 704385996 |
| Dep 2 | Nome Completo | MARCOS ROSA XIMENES |
| | CPF | 020.744.199-53 |
| | CNS | 700506356613858 |
| | Nº Registro do Plano de Destino | 704385996 |
| Dep 3 | Nome Completo | EDUARDO ROSA XIMENES |
| | CPF | 020.756.369-15 |
| | CNS | 700506327489753 |
| | Nº Registro do Plano de Destino | 704385996 |
| Dep 4 | Nome Completo | AUGUSTO ROSA XIMENES |
| | CPF | 020.763.149-20 |
| | CNS | 702006329263982 |
| | Nº Registro do Plano de Destino | 704385996 |
| Dep 5 | Nome Completo | |
| | CPF | |
| | CNS | |
| | Nº Registro do Plano de Destino | |
| Dep 6 | Nome Completo | |
| | CPF | |
| | CNS | |
| | Nº Registro do Plano de Destino | |

Declaro estar ciente de que:

1) A assinatura da presente proposta de admissão representa pedido formal de portabilidade de carências, conforme estipula a Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cuja efetivação depende da avaliação e aprovação da Unimed Curitiba quanto aos requisitos legais definidos naquela normativa no prazo máximo de 10 (dez) dias, conforme o disposto no artigo 17, parágrafo único da mesma regra.
2) Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 não tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa. Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba informará o aceite da proposta de admissão.

3) O início da vigência e direito às coberturas dar-se-á no dia em que eu for incluído no plano de saúde coletivo, de acordo com o cronograma de movimentação cadastral estipulado contratualmente entre a empresa contratante e a Unimed Curitiba.
A partir desta data, estou ciente de que é obrigação do beneficiário solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias. Caso deixe de solicitar o cancelamento, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências e CPT cabíveis no plano da Unimed Curitiba

Tenho plena ciência de que, na hipótese do(s) beneficiário(s) estar(em) sob internação hospitalar, a portabilidade de carências poderá ser exercida somente após a comprovação de sua alta, exceto nos casos de extinção da operadora de origem, morte do titular do contrato ou perda da condição de dependência, conforme a previsão dos artigos 8º, 12 e 13 da Resolução Normativa nº. 438/2018 da ANS, sob pena da sua invalidação por fraude e aplicação imediata dos prazos de carência previstos no Art. 12, inciso V, da Lei 9.656/98, além de ficar sob a minha responsabilidade o pagamento de todos os custos decorrentes

das coberturas assistenciais até então utilizadas. Estou ciente, também, que uma vez invalidada a portabilidade, o(s) beneficiário(s) aderente(s) se submeterá(ão) ao fluxo normal de contratação do plano de saúde, inclusive com relação ao dever de preenchimento da Declaração de Saúde a ser fornecida pela Unimed Curitiba.

Declaro, por fim, que preenchi esta proposta com atenção e que todas as informações prestadas em meu nome e de meus dependentes são verdadeiras e completas.

Data Assinatura

Assinatura Titular

ANS - nº 30470-1



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 jlaximenes@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

PROTOCOLO

Número de protocolo: 20241122.2.357706

Data da emissão: 22/11/2024 12:56

Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

CPF: 010.189.265-93

Tel. Celular: (41)99221-9395

Data de nascimento: 07/09/1986

Email: JLSXIMENES@GMAIL.

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Registro ANS: 006246

Nome do plano: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP

Registro do plano: 476937166

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Não

Cobertura adicional: Transplantes não obrigatórios, Outros

Abrangência geográfica: Nacional

Valor pago pelo plano atual: R\$ 1.827,86

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS: 304701

Nome do plano: PLANO AMIGO AMB HOSP APTO OBST ADESÃO CO-PART I

Registro do plano: 704385996

Local de contratação: Curitiba/PR

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Abrangência geográfica: Nacional

Área geográfica de atuação:

Nacional

Faixa etária: Entre 34 e 38 anos

Preço informado: R\$606,20

Preço máximo da faixa etária: R\$788,06

*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

**Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

***Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

**RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS**

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- 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. 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 por adesão;

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 apresentando 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.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo: 20241122.2.357712Data da emissão: 22/11/2024 13:02

Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo: ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA

CPF: 025.066.981-16Data de nascimento: 14/03/1988

Tel. Celular: (41)99221-9395Email: JLSXIMENES@GMAIL.

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Registro ANS: 006246

Nome do plano: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP

Registro do plano: 476937166

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Não

Cobertura adicional: Transplantes não obrigatórios, Outros

Abrangência geográfica: Nacional

Valor pago pelo plano atual: R\$ 1.827,86

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS: 304701

Nome do plano: PLANO AMIGO AMB HOSP APTO OBST ADESÃO CO-PART I

Registro do plano: 704385996

Local de contratação: Curitiba/PR

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Abrangência geográfica: Nacional

Área geográfica de atuação:

Nacional

Faixa etária: Entre 34 e 38 anos

Preço informado: R\$606,20

Preço máximo da faixa etária: R\$788,06

*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.
**Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.
***Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

**RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS**

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- 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. 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 por adesão;

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.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo: 20241122.2.357715

Data da emissão: 22/11/2024 13:08

Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo: MARCOS ROSA XIMENES

CPF: 020.744.199-53

Tel. Celular: (41)99221-9395

Data de nascimento: 03/09/2024

Email: JLSXIMENES@GMAIL.

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Registro ANS: 006246

Nome do plano: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP

Registro do plano: 476937166

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Não

Cobertura adicional: Transplantes não obrigatórios, Outros

Abrangência geográfica: Nacional

Valor pago pelo plano atual: R\$ 943,89

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS: 304701

Nome do plano: PLANO AMIGO AMB HOSP APTO OBST ADESÃO CO-PART I

Registro do plano: 704385996

Local de contratação: Curitiba/PR

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Abrangência geográfica: Nacional

Área geográfica de atuação:

Nacional

Faixa etária: Entre 0 e 18 anos

Preço informado: R\$313,91

Preço máximo da faixa etária: R\$408,08

*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

**Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

***Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- 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. 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 por adesão;

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 apresentando 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.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo: 20241122.2.357726

Data da emissão: 22/11/2024 13:18

Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo: EDUARDO ROSA XIMENES

CPF: 020.756.369-15

Tel. Celular: (41)99221-9395

Data de nascimento: 03/09/2024

Email: JLSXIMENES@GMAIL.

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Registro ANS: 006246

Nome do plano: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP

Registro do plano: 476937166

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Não

Cobertura adicional: Transplantes não obrigatórios, Outros

Abrangência geográfica: Nacional

Valor pago pelo plano atual: R\$ 943,89

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS: 304701

Nome do plano: PLANO AMIGO AMB HOSP APTO OBST ADESÃO CO-PART I

Registro do plano: 704385996

Local de contratação: Curitiba/PR

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Abrangência geográfica: Nacional

Área geográfica de atuação:

Nacional

Faixa etária: Entre 0 e 18 anos

Preço informado: R\$313,91

Preço máximo da faixa etária: R\$408,08

*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

**Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

***Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

**RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS**

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- 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. 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 por adesão;

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 apresentando 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.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo: 20241122.2.357746

Data da emissão: 22/11/2024 13:27

Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo: AUGUSTO ROSA XIMENES

CPF: 020.763.149-20

Tel. Celular: (41)99221-9395

Data de nascimento: 03/09/2024

Email: JLSXIMENES@GMAIL.

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Registro ANS: 006246

Nome do plano: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP

Registro do plano: 476937166

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Não

Cobertura adicional: Transplantes não obrigatórios, Outros

Abrangência geográfica: Nacional

Valor pago pelo plano atual: R\$ 943,89

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS: 304701

Nome do plano: PLANO AMIGO AMB HOSP APTO OBST ADESÃO CO-PART I

Registro do plano: 704385996

Local de contratação: Curitiba/PR

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Abrangência geográfica: Nacional

Área geográfica de atuação:

Nacional

Faixa etária: Entre 0 e 18 anos

Preço informado: R\$313,91

Preço máximo da faixa etária: R\$408,08

*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

**Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

***Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

**RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE
CARÊNCIAS**

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- 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. 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 por adesão;

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 apresentando 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.

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: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES
Segurado em remissão: NÃO
Data de Nascimento: 07/09/1986
CPF: 1018926593
Número da Matrícula do Beneficiário no Plano: 88888 4667 6751 0015
Nome do Titular do plano: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

Produto / Contrato

Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
Segmentação Assistencial do Plano (cobertura): AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA
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: 01/10/2019 **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? SIM

Data Início da carência: 01/10/2019 **Data Fim da carência:** 29/03/2020

Cobertura Parcial Temporária - CPT? SIM

Data Início CPT: 01/10/2019 **Data Fim CPT:** 01/10/2021

SulAmérica Companhia de Seguro Saúde

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

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: ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA
Segurado em remissão: NÃO
Data de Nascimento: 14/03/1988
CPF: 2506698116
Número da Matrícula do Beneficiário no Plano: 88888 4667 6751 0023
Nome do Titular do plano: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

Produto / Contrato

Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
Segmentação Assistencial do Plano (cobertura): AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA
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: 01/10/2019 **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? SIM

Data Início da carência: 01/10/2019 **Data Fim da carência:** 27/07/2020

Cobertura Parcial Temporária - CPT? SIM

Data Início CPT: 01/10/2019 **Data Fim CPT:** 01/10/2021

SulAmérica Companhia de Seguro Saúde

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

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: MARCOS ROSA XIMENES
Segurado em remissão: NÃO
Data de Nascimento: 03/09/2024
CPF: 2074419953
Número da Matrícula do Beneficiário no Plano: 88888 4667 6751 0104
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.

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: EDUARDO ROSA XIMENES
Segurado em remissão: NÃO
Data de Nascimento: 03/09/2024
CPF: 2075636915
Número da Matrícula do Beneficiário no Plano: 88888 4667 6751 0112
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

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.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

CRM/UF

41766/PR



FILIAÇÃO

NADJA GREY SARAIVA XIMENES

JORGE LUIZ JANJA XIMENES



DATA DE INSCRIÇÃO

08/02/2019

VIA

01

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF

010.189.265-93

RG/ÓRGÃO EMISSOR

1149726563 / SSP-BA

TÍTULO DE ELEITOR

111963040540

SEÇÃO

0079

ZONA

251

DATA DE NASCIMENTO

07/09/1986

NATURALIDADE

SALVADOR-BA

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR 11/02/2019

388449



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

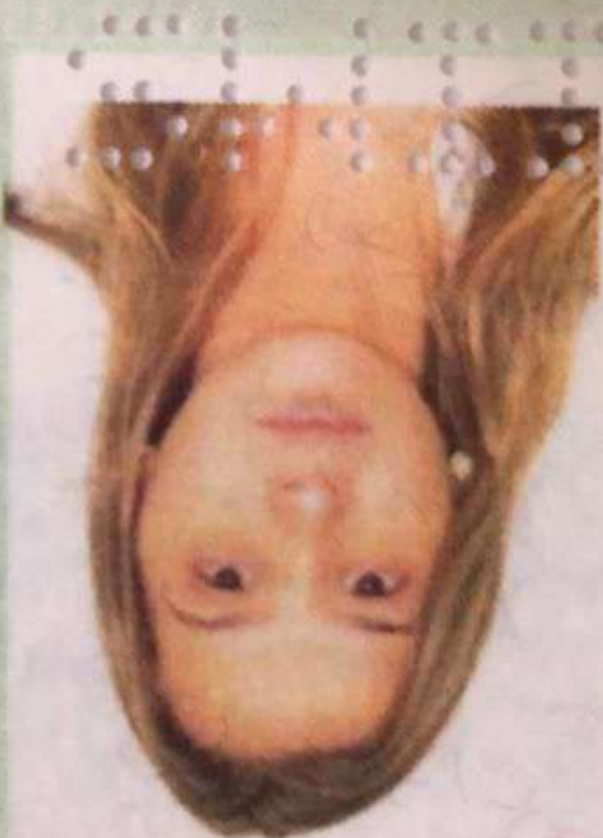


ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA"

PI02



Polegar Direito



Adunio E. do Nascimento Rosa

ASSINATURA DO TITULAR

4D41746D

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA

PROIBIDO FALSIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.192.437

DATA DE
EXPEDIÇÃO

10/07/2015

NOME

Roberta Godoy de Souza Rosa

FILIAÇÃO

Roberto Ocariz de Souza Rosa

Tania Maria Godoy de Souza Rosa

NATURALIDADE

Bela Vista - MS

DATA DE NASCIMENTO

14/03/1988

DOC. ORIGEM

C N 10.519 L A-30 F 299

Bela Vista - MS

CPF

025.066.981-16

Rubens Cylos Pereira
Perito Escofopista

ASSINATURA DO DIRETOR

PIS/PASEP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

FUNARPEN



SELO DE FISCALIZAÇÃO

SFRCI.KbYjv.4e4uh

DkeJr.F388q

<https://selo.funarpen.com.br>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

MARCOS ROSA XIMENES

CPF: 020.744.199-53 **

Matrícula

129759 01 55 2024 1 00585 002 0190202 10

Data do nascimento por extenso

Três de setembro de dois mil e vinte e quatro **

Dia
03Mês
09Ano
2024

Hora

09h 24min

Naturalidade

Curitiba-PR **

Município de registro e unidade de federação

Curitiba-PR **

Local, Município de Nascimento e UF

Hospital Santa Cruz, Curitiba-PR **

Sexo

Masculino

Filiação

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES e ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA, ele natural de Salvador/BA, ela natural de Bela Vista/MS, residentes na Rua Capistrano de Abreu, 426, casa 11, Boa Vista, em Curitiba/PR **

Avós

JORGE LUIZ JANJA XIMENES, NADJA GREY SARAIVA XIMENES, ROBERTO OCARIZ DE SOUZA ROSA E TANIA MARIA GODOY DE SOUZA ROSA **

Gêmeo
Sim

Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s)

EDUARDO ROSA XIMENES (matrícula: 129759 01 55 2024 1 00585 003 0190203 19) e
AUGUSTO ROSA XIMENES (matrícula: 129759 01 55 2024 1 00585 004 0190204 17)

Data do registro por extenso

Cinco de setembro de dois mil e vinte e quatro **

Número da D.N.V

30-92170506-0

OBSERVAÇÃO/ANOTAÇÕES A ACRESCER

MARCOS ROSA XIMENES, nasceu em primeiro. Custas Isentas(Lei Federal 9.534/97). **

Anotações de cadastro

Nada consta. **

Nome do Ofício

4º Serviço de Registro Civil de Pessoas Naturais e
16º Serviço Notarial do Foro Extrajudicial

Oficial Registrador

Adilson Taborda

Município e Comarca / UF

Município e Comarca de Curitiba - Paraná

Endereço

Rua Voluntários da Pátria, 262, Centro, Curitiba-PR
CEP: 80.020-000 - Fone: (41)3233-2444

Impresso por: Luciana

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba-PR, 05 de setembro de 2024.

Luciana das Graças Munhoz
Escrevente

FUNARPEN BC 006062389 BRP

FUNARPEN



SELO DE FISCALIZAÇÃO

SFRCI.Kb2jv.4e4uh

FkoJr.F388q

<https://selo.funarpen.com.br>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

EDUARDO ROSA XIMENES

CPF: 020.756.369-15 **

Matrícula

129759 01 55 2024 1 00585 003 0190203 19

Data do nascimento por extenso

Três de setembro de dois mil e vinte e quatro **

Dia
03Mês
09Ano
2024

Hora

09h 27min

Naturalidade

Curitiba-PR **

Município de registro e unidade de federação

Curitiba-PR **

Local, Município de Nascimento e UF

Hospital Santa Cruz, Curitiba-PR **

Sexo

Masculino

Filiação

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES e ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA, ele natural de Salvador/BA, ela natural de Bela Vista/MS, residentes na Rua Capistrano de Abreu, 426, casa 11, Boa Vista, em Curitiba/PR **

Avós

JORGE LUIZ JANJA XIMENES, NADJA GREY SARAIVA XIMENES, ROBERTO OCARIZ DE SOUZA ROSA E TANIA MARIA GODOY DE SOUZA ROSA **

Gêmeo

Sim

Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s)

MARCOS ROSA XIMENES (matrícula: 129759 01 55 2024 1 00585 002 0190202 10) e
AUGUSTO ROSA XIMENES (matrícula: 129759 01 55 2024 1 00585 004 0190204 17) **

Data do registro por extenso

Cinco de setembro de dois mil e vinte e quatro **

Número da D.N.V

30-92170507-9

OBSERVAÇÃO/ANOTAÇÕES A ACRESCER

EDUARDO ROSA XIMENES, nasceu em segundo. Custas Isentas(Lei Federal 9.534/97). **

Anotações de cadastro

Nada consta. **

Nome do Oficial

4º Serviço de Registro Civil de Pessoas Naturais e
16º Serviço Notarial do Foro Extrajudicial

Oficial Registrador

Adilson Taborda

Município e Comarca / UF

Município e Comarca de Curitiba - Paraná

Endereço

Rua Voluntários da Pátria, 262, Centro, Curitiba-PR
CEP: 80.020-000 - Fone: (41)3233-2444

Impresso por: Luciana

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba-PR, 05 de setembro de 2024.

Luciana das Graças Munhoz
Escrevente

FUNARPEN BC 006062367 BRP

FUNARPEN



SELO DE FISCALIZAÇÃO

SFRCI.Kb2jv.4e4uh

Gk3Jr.F388q

<https://selo.funarpen.com.br>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

AUGUSTO ROSA XIMENES

CPF: 020.763.149-20 **

Matrícula

129759 01 55 2024 1 00585 004 0190204 17

Data do nascimento por extenso

Três de setembro de dois mil e vinte e quatro **

Dia
03Mês
09Ano
2024

Hora

09h 29min

Naturalidade

Curitiba-PR **

Município de registro e unidade de federação

Curitiba-PR **

Local, Município de Nascimento e UF

Hospital Santa Cruz, Curitiba-PR **

Sexo

Masculino

Filiação

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES e ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA, ele natural de Salvador/BA, ela natural de Bela Vista/MS, residentes na Rua Capistrano de Abreu, 426, casa 11, Boa Vista, em Curitiba/PR **

Avós

JORGE LUIZ JANJA XIMENES, NADJA GREY SARAIVA XIMENES, ROBERTO OCARIZ DE SOUZA ROSA E TANIA MARIA GODOY DE SOUZA ROSA **

Gêmeo

Sim

Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s)

MARCOS ROSA XIMENES (matrícula: 129759 01 55 2024 1 00585 002 0190202 10) e
EDUARDO ROSA XIMENES (matrícula: 129759 01 55 2024 1 00585 003 0190203 19) **

Data do registro por extenso

Cinco de setembro de dois mil e vinte e quatro **

Número da D.N.V

30-92170508-7

OBSERVAÇÃO/ANOTAÇÕES A ACRESCEM

AUGUSTO ROSA XIMENES, nasceu em terceiro. Custas Isentas(Lei Federal 9.534/97). **

Anotações de cadastro

Nada consta. **

Nome do Oficial

4º Serviço de Registro Civil de Pessoas Naturais e
16º Serviço Notarial do Foro Extrajudicial

Oficial Registrador

Adilson Taborda

Município e Comarca / UF

Município e Comarca de Curitiba - Paraná

Endereço

Rua Voluntários da Pátria, 262, Centro, Curitiba-PR
CEP: 80.020-000 - Fone: (41)3233-2444
Impresso por: Luciana

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba-PR, 05 de setembro de 2024.

Luciana das Graças Munhoz
Escrevente

FUNARPEN BC 006062368 BRP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

CPF
010.189.265-93

ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA

CPF
025.066.981-16

MATRÍCULA

122721 01 55 2019 2 00084 102 0020577-93

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS DE NASCIMENTO, NATURALIDADE, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES, nascido no dia sete de setembro de mil novecentos e oitenta e seis (07/09/1986), em Salvador, Estado da Bahia, brasileiro, filho de JORGE LUIZ JANJA XIMENES e de NADJA GREY SARAIVA XIMENES.

ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA, nascida no dia quatorze de março de mil novecentos e oitenta e oito (14/03/1988), em Bela Vista, Estado do Mato Grosso do Sul, brasileira, filha de ROBERTO OCARIZ DE SOUZA ROSA e de TANIA MARIA GODOY DE SOUZA ROSA.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

VINTE E TRÊS DE FEVEREIRO DE DOIS MIL E DEZENOVE

DIA MÊS ANO
23 02 2019

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES: Continua a usar o MESMO NOME.

ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA: Continua a usar o MESMO NOME.

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES era solteiro. ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA era solteira. Ato registrado no livro B-0084, às fls. 102, sob nº 20577. NADA MAIS ME CUMPRIA CERTIFICAR.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES: SEM INFORMAÇÃO.

ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA: SEM INFORMAÇÃO.

* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais do
20º Subdistrito de Jardim América
Liana Varzella Minary - OFICIAL
Município e Comarca de São Paulo - Estado de São Paulo
Cep: 05413-010 - Rua Henrique Schaumann, 518 - Pinheiros
São Paulo/SP - Tel/fax: 3081-9388O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe.
São Paulo, 23 de fevereiro de 2019JACQUELINE DE SOUSA DA SILVA LIMA
ESCREVENTE AUTORIZADA

EMOLUMENTOS: Isento de Emolumentos.

REGISTRO CIVIL DO JARDIM AMÉRICA
Rua Henrique Schaumann, 518 - São Paulo - SP
CEP 05413-010 - Tel: (11) 3081-9388
JACQUELINE DE SOUSA DA SILVA LIMA
ESCREVENTE AUTORIZADA

12272-1-AA 000123692

12272-1-121001-127000-1218

NOVEMBRO AZUL

A saúde física e mental do homem importam! Previna-se. Cuide-se!



Endereço: Rua Engenheiros Rebouças, nº 1376
CEP: 80.215-900 Curitiba - PR
CNPJ MF: 76.484.013/0001-45
Inscrição Estadual: 101.80080-64
Site: www.sanepar.com.br
Teletendimento: 0800-200-0115
WhatsApp: (41)99544-0115

AVISO DE VENCIMENTO

| | | | |
|----------------------------|----------|------------------|-----------------------------------|
| NOME DO CLIENTE | | MATRÍCULA | |
| JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES | | 3262.6602 | |
| ENDEREÇO | | NÚMERO | Nº LADO - Nº FRENTE |
| R CAPISTRANO ABREU | | 426 | 395 |
| CASA 11 | | | |
| CEP | LOCAL | | |
| 82.540-320 | CURITIBA | | |
| ROTEIRO DE LEITURA | | HIDRÔMETRO | CAT - RES - COM - IND - UTP - POP |
| 001-57-21-340-51614 | | Y21SG0260929-4-1 | 011 001 000 000 000 000 |

| QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA | Turbidez | Cor | Cloro | Flúor | Coliformes Totais |
|----------------------------------------|----------|-----|-------|-------|-------------------|
| Nº Mínimo de Amostras Exigidas | 371 | 371 | 371 | | 371 |
| Nº Amostras Realizadas | 412 | 412 | 412 | 38 | 412 |
| Nº Amostras que Atenderam à Legislação | 411 | 411 | 412 | 38 | 412 |

Conclusão Foram solucionadas as amostras que nao atenderam a legislacao

| HISTÓRICO DE PAGAMENTOS | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ano | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| 2023 | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO |
| 2024 | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | PAGO | X | X | X | ---- | ---- |

| FAIXAS DE CONSUMO | | VOLUME | VALOR M3/R\$ | TOTAIS |
|-------------------|--|--------|--------------|--------|
| | | ÁGUA | ÁGUA | ESGOTO |
| RES MÍNIMO | | 5 | 50,42 | 42,86 |
| DE 6 A 10M3 | | 5 | 1,56 | 7,80 |
| DE 11 A 15M3 | | 5 | 8,69 | 43,45 |
| DE 16 A 20M3 | | 5 | 8,73 | 43,65 |
| DE 21 A 30M3 | | 6 | 8,81 | 52,86 |

| HISTÓRICO DE CONSUMO/m³ | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------|--------------|-------|-----------------------------------------|-------|---------------|-------|------------|-------|--------------------------|--|
| 11/23 | 12/23 | 01/24 | 02/24 | 03/24 | 04/24 | 05/24 | 06/24 | 07/24 | 08/24 | 09/24 | |
| 13 | 10 | 13 | 14 | 15 | 9 | 14 | 13 | 20 | 17 | 18 | |
| DIAS DE CONSUMO | | DATA LEITURA | | LEITURA ANTERIOR | | LEITURA ATUAL | | CONSUMO/m³ | | REFERÊNCIA | |
| 30 | | 24/10/2024 | | 470 | | 496 | | 26 | | 10/2024 | |
| MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA | | | | MÉDIA DE CONSUMO/m³ ÚLTI MOS 5 MESES | | | | 16 | | VENCIMENTO 08/11/2024 | |
| -- | | | | | | | | | | | |
| PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA | | ÁGUA | | ESGOTO | | SERVIÇOS | | TOTAL | | | |
| 25/11/2024 | | 198,18 | | 168,45 | | 0,00 | | | | 366,63 | |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TURBIDEZ: ocorre devido às partículas em suspensão na água.
COR: ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.
CLORO: produto químico utilizado para eliminar bactérias.
FLÚOR: produto químico adicionado à água para prevenir a cárie dentária.
COLIFORMES TOTAIS: bactérias provenientes da natureza.

- ✂ O Relatório Anual da Qualidade da Água está disponível no site www.sanepar.com.br e pode ser solicitado pelo 0800-200-0115 e nas Centrais de Relacionamento.
- ✂ De acordo com o Art. 4º da Lei 12.007/2009, o Histórico de Pagamentos, constante nesta conta, substitui as contas mensais para comprovação de quitação, relativos aos meses nela consignados, não quitando outros débitos anteriores ou posteriores aos indicados na conta, nem aqueles questionados judicialmente. Os meses que se encontram com o campo preenchido com a letra (X) significa que a conta está pendente, cancelada ou não existe conta para a referência e com a anotação "pago" que a conta está quitada.
- ✂ Autorize o débito automático da sua conta. Informe-se na sua agência bancária.
- ✂ Contas pagas após o vencimento há incidência de atualização monetária pela variação do IPCA entre as datas de vencimento e pagamento, multa de 2% e juros de mora de 0,033% ao dia, conforme o Art. 125 da Resolução 003/2020 - AGEPAR. A atualização monetária, multa e juros de mora serão incluídos em conta futura.
- ✂ O não pagamento da conta poderá ocasionar a suspensão do abastecimento, conforme estabelecido no Decreto Federal 7.217/2010 e implicará na sua inscrição no Cadastro Informativo Estadual - CADIN, conforme a Lei Estadual 18.466/2015.
- ✂ Informações sobre tarifas e onde pagar sua conta, acesse www.sanepar.com.br.
- ✂ Não há incidência de tributação estadual ou municipal nesta conta.
- ✂ É vedada a instalação de eliminador de ar, bomba de sucção ou elementos estranhos na ligação de água, bem como a derivação da tubulação, conexão cruzada, violação ou retirada dos lacres da ligação, conforme o Art. 10 da Resolução 003/2020 - AGEPAR.
- ✂ Para fazer a leitura do hidrômetro, anote somente os números pretos, desprezando os números vermelhos, se houver.
- ✂ Para comunicar vazamentos, solicitar ou cancelar serviços, informações sobre o bloqueio da cobrança da taxa de lixo, se houver, e outras informações ligue para 0800-200-0115 ou acesse www.sanepar.com.br.
- ✂ Todos os serviços prestados são lançados e faturados, exclusivamente, via conta. Caso solicitem qualquer valor em dinheiro em nome da Sanepar, não concorde e denuncie pelo site www.canalintegro.com.br/sanepar.
- ✂ Baixe o aplicativo Sanepar Mobile, disponível no Google Play e App Store.
- ✂ Mantenha seus dados cadastrais atualizados.
- ✂ Ouvidoria AGEPAR - telefone: 0800-644-2013.



Mais informações para você ➡

EMAIL SANEPAR: ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR
COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE: DEVER DE TODOS.
TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 30,36

CNPJ SANEPAR: 76.484.013/0001-45



MATRÍCULA 3262.6602 REFERÊNCIA 10/2024 VENCIMENTO 08/11/2024 VALOR 366,63

NÃO ARRECADAR - FATURA PAGA



pagamento realizado



R\$ **6.487,39**

valor pago via boleto

para



Extramed

cnpj: 01.747.987/0001-75

de

Jorge Luiz Saraiva Ximenes

341 Itaú Unibanco S/A

ag: 3878 | conta: 70986-8

cpf: 010.189.265-93



realizado em

18/10/2024 às 09:36:06

via

App Itaú

ID da transação

4BF00EFB168C275697B0F654000D65727603
4E03



Pagamento realizado com sucesso!

Código do boleto

2379634906900103013650200011670319
8550000648739

Emissor

BCO BRADESCO S A

Beneficiário

EXTRAMED

CNPJ

01.747.987/0001-75

Pagador

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

CPF do pagador

010.189.265-93

Pagador final

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

do pagador final

010.189.265-93

Vencimento

30/09/2024

Pagamento

18/09/2024

Valor nominal

R\$ 6.487,39

Encargos

R\$ 0,00

Descontos

R\$ 0,00

Valor pago

R\$ 6.487,39

Data e hora da transação

18/09/2024 - 14:21

Código de autenticação

MBB38892409181420560583

Central de Atendimento Santander

4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0332



Pagamento realizado com sucesso!

Código do boleto

2379634906900103007227300011670489
8380000365572

Emissor

BCO BRADESCO S A

Beneficiário

EXTRAMED

CNPJ

01.747.987/0001-75

Pagador

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

CPF do pagador

010.189.265-93

Pagador final

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES

do pagador final

010.189.265-93

Vencimento

13/09/2024

Pagamento

16/09/2024

Valor nominal

R\$ 3.655,72

Encargos

R\$ 76,77

Descontos

R\$ 0,00

Valor pago

R\$ 3.732,49

Data e hora da transação

16/09/2024 - 17:46

Código de autenticação

MBB38892409161746070885


Central de Atendimento Santander

4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0332

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  EXTRAMED <small>A Sua Plataforma de Saúde</small> | EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - REGISTRO ANS: 414204 CNPJ: 01.747.987/0001-75 Rua Des. Clotário Portugal, 243 Alto São Francisco - Curitiba - PR - CEP - 80410-220 Fone: (41) 3068-8700 www.extramed.com.br | Vencimento 13/09/2024 |
| | | Nosso Número 1030072730 |
| | | (=) Valor Total da Fatura 3.655,72 |
| Cliente : JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES rua capistrano de abreu, 426 - 11 - boa vista CEP: 82540-320 Curitiba - PR | | |

SULAMERICA SAUDE COL POR ADESAO COPAN PR PM 515

Seguradora/Operadora - SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE (ANS - 006246)

Nº. PRODUTO ANS: 476.937/16-6

Estipulante: EXTRAMED ADM E SERVICOS MEDICOS LTDA - Subestipulante: COOPERATIVA PARANAENSE DOS ANESTESIOLOGISTAS-COPAN

| Detalhamento da Cobrança | Vencimento Original | Competência da Fatura | Coparticipação | Juros | Multa | Mensalidade |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------|-------------------------|-------|-------------|
| | 30/08/2024 | 01/09/2024 até 30/09/2024 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.655,72 |
| Beneficiários vigentes na competência | | | CPF | Valor individual | | |
| JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES | | 01/09/2024 até 30/09/2024 | 010.189.265-93 | R\$ 1.827,86 | | |
| ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA | | 01/09/2024 até 30/09/2024 | 025.066.981-16 | R\$ 1.827,86 | | |
| Total de Multas / Juros: | | | | | | 0,00 |
| Total de Mensalidades + Coparticipação: | | | | | | 3.655,72 |
| Total: | | | | | | 3.655,72 |


Histórico de Pagamentos

| Competência | 09/2023 | 10/2023 | 11/2023 | 12/2023 | 01/2024 | 02/2024 | 03/2024 | 04/2024 | 05/2024 | 06/2024 | 07/2024 | 08/2024 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago |

Prezado Cliente,
Para sua maior comodidade a Extramed disponibiliza a impressão de boletos com 10 dias de antecedência ao vencimento no site.
Após o vencimento você pode retirar o seu boleto atualizado para pagamento via internet ou em qualquer banco da rede integrada de compensação.
Acesse www.extramed.com.br.


Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
|  Bradesco 237-2 23796.34906 90010.300722 73000.116704 8 98380000365572 | | | | | | |
| Local de pagamento Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco expresso | | | | | | Vencimento 13/09/2024 |
| Beneficiário EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | | | | CNPJ/CPF 01.747.987/0001-75 | | Agência/Código Beneficiário 6349/0001167-3 |
| Data do documento 09/09/2024 | Nº Documento 0000103007273 | | Espécie Documento DM | Aceite N | Data Processamento 09/09/2024 | Nosso Número 09/00103007273-0 |
| Uso do Banco | CIP | Carteira 009 | Moeda R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 3.655,72 |
| Informações de responsabilidade do beneficiário Não receber após o vencimento | | | | | | (-) Descontos/Abatimentos |
| | | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES Endereço: rua capistrano de abreu, 426 - 11 82540-320 - boa vista - Curitiba - PR | | | | | | CNPJ/CPF: 010.189.265-93 |



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  A Sua Plataforma de Saúde | EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - REGISTRO ANS: 414204 CNPJ: 01.747.987/0001-75 Rua Des. Clotário Portugal, 243 Alto São Francisco - Curitiba - PR - CEP - 80410-220 Fone: (41) 3068-8700 www.extramed.com.br | Vencimento 30/09/2024 |
| | | Nosso Número 103013602P |
| | | (=) Valor Total da Fatura 6.487,39 |
| Cliente : JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES rua capistrano de abreu, 426 - 11 - boa vista CEP: 82540-320 Curitiba - PR | | |

SULAMERICA SAUDE COL POR ADESAO COPAN PR PM 515
Seguradora/Operadora - SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE (ANS - 006246)
Nº. PRODUTO ANS: 476.937/16-6
Estipulante: EXTRAMED ADM E SERVICOS MEDICOS LTDA - Subestipulante: COOPERATIVA PARANAENSE DOS ANESTESIOLOGISTAS-COPAN

| Detalhamento da Cobrança | Vencimento Original | Competência da Fatura | Coparticipação | Juros | Multa | Mensalidade |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------|-------------------------|-------|-------------|
| | 30/09/2024 | 01/10/2024 até 31/10/2024 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.487,39 |
| Beneficiários vigentes na competência | | | CPF | Valor individual | | |
| JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES | | | 010.189.265-93 | R\$ 1.827,86 | | |
| ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA | | | 025.066.981-16 | R\$ 1.827,86 | | |
| EDUARDO ROSA XIMENES | | | 020.756.369-15 | R\$ 943,89 | | |
| AUGUSTO ROSA XIMENES | | | 020.763.149-20 | R\$ 943,89 | | |
| MARCOS ROSA XIMENES | | | 020.744.199-53 | R\$ 943,89 | | |
| Total de Multas / Juros: | | | | | | 0,00 |
| Total de Mensalidades + Coparticipação: | | | | | | 6.487,39 |
| Total: | | | | | | 6.487,39 |

Histórico de Pagamentos

| Competência | 10/2023 | 11/2023 | 12/2023 | 01/2024 | 02/2024 | 03/2024 | 04/2024 | 05/2024 | 06/2024 | 07/2024 | 08/2024 | 09/2024 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago |

Prezado Cliente,
Para sua maior comodidade a Extramed disponibiliza a impressão de boletos com 10 dias de antecedência ao vencimento no site.
Após o vencimento você pode retirar o seu boleto atualizado para pagamento via internet ou em qualquer banco da rede integrada de compensação.
Acesse www.extramed.com.br.


Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------|-------|-------------------------|-------------|-----------------------------------------------|
|  Bradesco 237-2 23796.34906 90010.301365 02000.116703 1 98550000648739 | | | | | | |
| Local de pagamento Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco expresso | | | | | | Vencimento 30/09/2024 |
| Beneficiário EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | | | | | | Agência/Código Beneficiário 6349/0001167-3 |
| Data do documento 17/09/2024 | | Nº Documento 0000103013602 | | Espécie Documento DM | Aceite N | Nosso Número 09/00103013602-P |
| Uso do Banco | CIP | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 6.487,39 |
| | | 009 | R\$ | | | |
| Informações de responsabilidade do beneficiário Após o vencimento aplicar multa de R\$ 129,75 e juros de mora de R\$ 2,17 ao dia. Não receber após o dia 10/10/2024 | | | | | | (-) Descontos/Abatimentos |
| | | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES Endereço: rua capistrano de abreu, 426 - 11 82540-320 - boa vista - Curitiba - PR | | | | | | CNPJ/CPF: 010.189.265-93 |



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  A Sua Plataforma de Saúde | EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - REGISTRO ANS: 414204 CNPJ: 01.747.987/0001-75 Rua Des. Clotário Portugal, 243 Alto São Francisco - Curitiba - PR - CEP - 80410-220 Fone: (41) 3068-8700 www.extramed.com.br | Vencimento 30/10/2024 |
| | | Nosso Número 1030454838 |
| | | (=) Valor Total da Fatura 6.487,39 |
| Cliente : JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES rua capistrano de abreu, 426 - 11 - boa vista CEP: 82540-320 Curitiba - PR | | |

SULAMERICA SAUDE COL POR ADESAO COPAN PR PM 515

Seguradora/Operadora - SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE (ANS - 006246)

Nº. PRODUTO ANS: 476.937/16-6

Estipulante: EXTRAMED ADM E SERVICOS MEDICOS LTDA - Subestipulante: COOPERATIVA PARANAENSE DOS ANESTESIOLOGISTAS-COPAN

| Detalhamento da Cobrança | Vencimento Original | Competência da Fatura | Coparticipação | Juros | Multa | Mensalidade |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------|-------------------------|-------|-------------|
| | 30/10/2024 | 01/11/2024 até 30/11/2024 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.487,39 |
| Beneficiários vigentes na competência | | | CPF | Valor individual | | |
| JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES | | | 010.189.265-93 | R\$ 1.827,86 | | |
| ROBERTA GODOY DE SOUZA ROSA | | | 025.066.981-16 | R\$ 1.827,86 | | |
| EDUARDO ROSA XIMENES | | | 020.756.369-15 | R\$ 943,89 | | |
| AUGUSTO ROSA XIMENES | | | 020.763.149-20 | R\$ 943,89 | | |
| MARCOS ROSA XIMENES | | | 020.744.199-53 | R\$ 943,89 | | |
| Total de Multas / Juros: | | | | | | 0,00 |
| Total de Mensalidades + Coparticipação: | | | | | | 6.487,39 |
| Total: | | | | | | 6.487,39 |


Histórico de Pagamentos

| Competência | 11/2023 | 12/2023 | 01/2024 | 02/2024 | 03/2024 | 04/2024 | 05/2024 | 06/2024 | 07/2024 | 08/2024 | 09/2024 | 10/2024 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago | Pago |

Prezado Cliente,
Para sua maior comodidade a Extramed disponibiliza a impressão de boletos com 10 dias de antecedência ao vencimento no site.
Após o vencimento você pode retirar o seu boleto atualizado para pagamento via internet ou em qualquer banco da rede integrada de compensação.
Acesse www.extramed.com.br.

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------|-------|-------------------------|-------------|-----------------------------------------------|
|  Bradesco 237-2 23796.34906 90010.304542 83000.116703 2 98850000648739 | | | | | | |
| Local de pagamento Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco expresso | | | | | | Vencimento 30/10/2024 |
| Beneficiário EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | | | | | | Agência/Código Beneficiário 6349/0001167-3 |
| Data do documento 17/10/2024 | | Nº Documento 0000103045483 | | Espécie Documento DM | Aceite N | Data Processamento 17/10/2024 |
| Uso do Banco | CIP | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | |
| | | 009 | R\$ | | | |
| Informações de responsabilidade do beneficiário Após o vencimento aplicar multa de R\$ 129,75 e juros de mora de R\$ 2,17 ao dia. Não receber após o dia 09/11/2024 | | | | | | (-) Descontos/Abatimentos |
| | | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES | | | | | | CNPJ/CPF: 010.189.265-93 |
| Endereço: rua capistrano de abreu, 426 - 11 82540-320 - boa vista - Curitiba - PR | | | | | | |



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



Curitiba, 22 de novembro de 2024.

Ilmo. Senhor

Joel Melo

Consultor Comercial Grupo Vital

**Rua Desembargador Westphalen, 2151 Rebouças, Curitiba/PR CEP:
80.220-030.**

Assunto: Declaração de Vínculo Sindical

Pelo presente, informamos que o médico abaixo está legalmente filiado ao Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (SIMEPAR), apto a associação e ingresso ao Plano de Saúde da UNIMED - SIMEPAR administrado pelo Grupo Vital.

JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES CRM 41766

Atenciosamente,

Claudia Paola Carrasco Aguilar MD
Diretora Secretária Geral
CRM-PR 15022