

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



Documento  
de Identidade Conforme  
Lei Nº 6.206/75

CRM Nº

24919

Data da Inscrição

29/01/2008

POLEGAR DIREITO



Nome

LIZANDRA MARIA POSSAGNOLI SIMONI

Assinatura do Portador

Lizandra M. P. Simoni

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

PARANÁ

Filiação

RUBENS SIMONI

SOLANGE APARECIDA POSSAGNOLI SIMONI

Naturalidade

CURITIBA

PR

Data de Nascimento

30/04/1983

RG

8.494.133-6

Data Expedição

19/08/1998

CPF

00665767927

Título de Eleitor

00080118220647

Seção

010

Zona

057

Certificado Militar Nº

Tipo Sangüíneo

A

Fator RH

POSITIVO

Observações

Não Doador de Órgãos e Tecidos

Local e Data

CURITIBA, 07/03/2008

Presidente

Dr. Gerson Zafalon Martins  
Presidente

*Gerson Zafalon Martins*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**ESTADO DO PARANÁ**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
**LIZANDRA MARIA POSSAGNOLO SIMONI**  
**MESQUITA**

**FILIAÇÃO**  
**RUBENS SIMONI**  
**SOLANGE APARECIDA POSSAGNOLO SIMONI**

**DATA NASCIMENTO** **NATURALIDADE**  
**30/04/1983** **CURITIBA/PR**  
**ORGÃO EXPEDIDOR**  
**IIPR**



*Lizandra mps mesquita*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

## LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

**CPF** 006.657.679-27

**REGISTRO GERAL** 8.494.133-6

**DATA DE EXPEDIÇÃO** 20/07/2022

**REGISTRO CIVIL**

**C.CAS=082537.01.55.2008.2.00018.193.0004119-03**

**T. ELEITOR**  
**0801 1822 0647**

**POLEGAR DIREITO**



**CNH**  
**02065769423**

**CNS**  
**700.7049.9625.7278**

*Marcus Vinicius da Costa Micheotto*  
**MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO**

ASSINATURA DO DIRETOR

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**



20. 229. 223-3

6132200552



20. 229. 223-3





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**ESTADO DO PARANÁ**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
**LIZANDRA MARIA POSSAGNOLO SIMONI**  
**MESQUITA**

**FILIAÇÃO**  
**RUBENS SIMONI**  
**SOLANGE APARECIDA POSSAGNOLO SIMONI**

**DATA NASCIMENTO** **NATURALIDADE**  
**30/04/1983** **CURITIBA/PR**  
**ORGÃO EXPEDIDOR**  
**IIPR**



*Lizandra mps mesquita*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

**CPF** 006.657.679-27

**REGISTRO GERAL** 8.494.133-6

**DATA DE EXPEDIÇÃO** 20/07/2022

**REGISTRO CIVIL**

**C.CAS=082537.01.55.2008.2.00018.193.0004119-03**

**T. ELEITOR**  
**0801 1822 0647**

**POLEGAR DIREITO**



**CNH**  
**02065769423**

**CNS**  
**700.7049.9625.7278**

*Marcus Vinicius da Costa Micheotto*  
**MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO**

ASSINATURA DO DIRETOR

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

NÃO PLASTIFIQUE

613-22-00552



20. 229. 223-3

6132200552



20. 229. 223-3



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.

**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**

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

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: 20241122.2.357712

Data 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: 025.066.981-16

Tel. Celular: (41)99221-9395

Data de nascimento: 14/03/1988

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: 20241122.2.357715

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 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.*



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 + 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:** 01/10/2024 **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:** 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 + 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:** 01/10/2024 **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



# 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

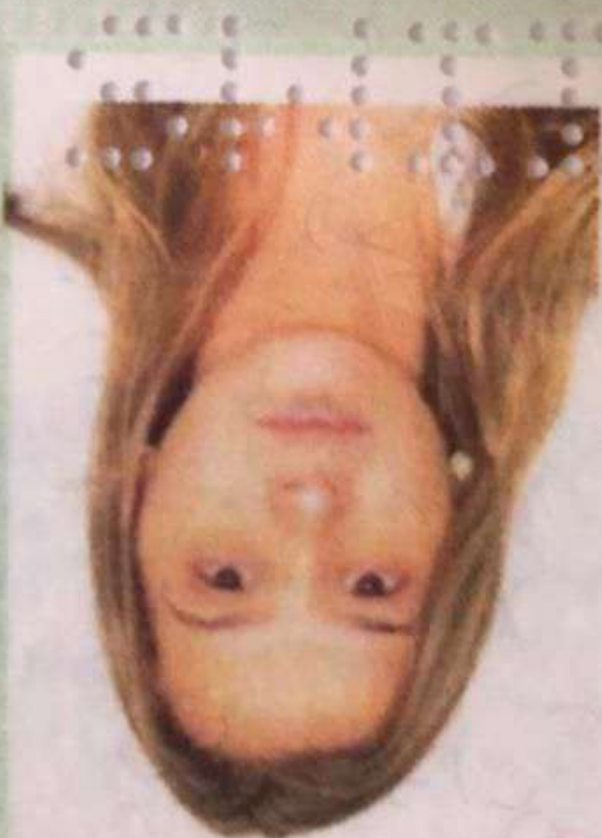


ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA"

PI02



Polegar Direito



Adunio E. de Souza 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 Espectroscopista

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 Taborá

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 CONJUGES

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 CONJUGES 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 ME: 76.484.013/0001-45  
Inscrição Estadual: 101.80080-64  
Site: www.sanepar.com.br  
Telefone: 0800-200-0115  
WhatsApp: (41) 99544-0115

## AVISO DE VENCIMENTO

**NOME DO CLIENTE** **JORGE LUIZ SARAIVA XIMENES** **MATRÍCULA** **3262.6602**  
**ENDEREÇO** **R CAPISTRANO ABREU** **NÚMERO** **426** **Nº LADO - Nº FRENTE** **395**  
**CASA 11**

**CEP** **82.540-320** **LOCAL** **CURITIBA**  
**ROTEIRO DE LEITURA** **001-57-21-340-51614** **HIDRÔMETRO** **Y21SG0260929-4-1** **CAT - RES - COM - IND - UTP - POP** **011 001 000 000 000 000**

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	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 não atenderam a legislação

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	30										
DATA LEITURA	24/10/2024										
LEITURA ANTERIOR	470										
LEITURA ATUAL	496										
CONSUMO/m³	26										
REFERÊNCIA	10/2024										
MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA											
---											
MÉDIA DE CONSUMO/m³ - ÚLTIMOS 5 MESES	16										
VENCIMENTO	08/11/2024										
PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	25/11/2024										
ÁGUA	198,18										
ESGOTO	168,45										
SERVIÇOS	0,00										
TOTAL	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.  
**FLUOR:** 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](http://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 18.486/2015.
- ✳ Informações sobre tarifas e onde pagar sua conta, acesse [www.sanepar.com.br](http://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](http://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](http://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](mailto: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

 <b>EXTRAMED</b> <small>A Sua Plataforma de Saúde</small>	<b>EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b> <b>ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - REGISTRO ANS: 414204</b> 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
<b>Beneficiários vigentes na competência</b>			<b>CPF</b>	<b>Valor individual</b>		
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		
<b>Total de Multas / Juros:</b>						0,00
<b>Total de Mensalidades + Coparticipação:</b>						3.655,72
<b>Total:</b>						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](http://www.extramed.com.br).


Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

 <b>Bradesco</b>   <b>237-2</b>   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 <b>EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b>						CNPJ/CPF 01.747.987/0001-75
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	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.655,72
		009	R\$			
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						CNPJ/CPF: 010.189.265-93
Endereço: rua capistrano de abreu, 426 - 11 82540-320 - boa vista - Curitiba - PR						



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

 A Sua Plataforma de Saúde	<b>EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b> <b>ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - REGISTRO ANS: 414204</b> 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
<b>Beneficiários vigentes na competência</b>			<b>CPF</b>	<b>Valor individual</b>		
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		
<b>Total de Multas / Juros:</b>						0,00
<b>Total de Mensalidades + Coparticipação:</b>						6.487,39
<b>Total:</b>						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](http://www.extramed.com.br).

Autenticação Mecânica


Recibo do Pagador

 <b>Bradesco</b>   <b>237-2</b>   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						CNPJ/CPF 01.747.987/0001-75
Agência/Código Beneficiário 6349/0001167-3						Nosso Número 09/00103013602-P
Data do documento 17/09/2024	Nº Documento 0000103013602	Espécie Documento DM	Aceite N	Data Processamento 17/09/2024	(=) Valor do Documento 6.487,39	
Uso do Banco	CIP	Carteira 009	Moeda R\$	Quantidade	Valor	
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						
CNPJ/CPF: 010.189.265-93						
Endereço: rua capistrano de abreu,426 - 11						
82540-320 - boa vista - Curitiba - PR						



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



 A Sua Plataforma de Saúde	<b>EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b> <b>ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - REGISTRO ANS: 414204</b> 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
<b>Beneficiários vigentes na competência</b>			<b>CPF</b>	<b>Valor individual</b>		
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		
<b>Total de Multas / Juros:</b>						0,00
<b>Total de Mensalidades + Coparticipação:</b>						6.487,39
<b>Total:</b>						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](http://www.extramed.com.br).

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

 <b>Bradesco</b>   <b>237-2</b>   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 <b>EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b>						CNPJ/CPF 01.747.987/0001-75
Agência/Código Beneficiário 6349/0001167-3						Nosso Número 09/00103045483-8
Data do documento 17/10/2024	Nº Documento 0000103045483	Espécie Documento DM	Aceite N	Data Processamento 17/10/2024	(=) Valor do Documento 6.487,39	
Uso do Banco	CIP	Carteira 009	Moeda R\$	Quantidade	Valor	
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						
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**



**Data e hora**

22/11/2024 às 14:20:31  
(GMT -3:00)

**Evento**

Documento assinado por todos os participantes.



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número  
006.657.679-27**

**Nome  
LIZANDRA MARIA POSSAGNOLO SIMONI  
MESQUITA**

**Nascimento  
30/04/1983**

**CÓDIGO DE CONTROLE  
D09F.C105.CBC7.721F**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:29:36 do dia 07/02/2023 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**