

DECLARAÇÃO DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIA/PERMANÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o beneficiário abaixo identificado é cliente da Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico, operadora com registro na ANS nº 35739-1, nas condições discriminadas a seguir:

Dados Beneficiário Titular:

Nome do beneficiário titular: **NAGIBI EMANUEL CUNHA DA SILVA**

Nome da mãe: **MARIA APARECIDA CUNHA DA SILVA**

CPF: **10799612758**

Código Nº: **0806598070504002**

Data de Nascimento: **07/06/1985**

Dados do Produto:

Dados do Plano: **UNIMED PREMIUM NACIONAL EMPRESARIAL ENF**

Registro do plano na ANS: **466262128**

Abrangência Geográfica: **NACIONAL**

Segmentação assistencial: **AMBUL C/HOSP C/OBSTE**

Tipo de acomodação (quando aplicável): **ENFERMARIA**

Dados da Contratação:

Início vigência do plano: **21/12/2017**

Ativo até a presente data: **Sim (x)**

Motivo de cancelamento:

Regulamentado

Contrato a qual está vinculado: **MEDIATORIE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA**

Com carências a cumprir: **Não (x)**

Cumpriu Cobertura Parcial Temporária (CPT): **Não (x)**

Proveniente de Portabilidade Anterior: **Não (x)**

O presente documento traz as informações necessárias para que o beneficiário possa contratar outro plano de saúde utilizando-se da portabilidade de carências, mas não implica no cancelamento do seu plano de saúde atual. Caso queira cancelar seu plano de saúde, o beneficiário deve fazer a solicitação conforme dispõe a RN 412 da ANS.

A cobertura do presente contrato está de acordo com o rol de procedimentos descritos na Resolução Normativa 428 da Agência Nacional de Saúde Suplementar de 07/11/2017, em vigor a partir de 02/01/2018 e suas atualizações.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Vitória, 26/10/2020



Gabriela Alves de Almeida

Coordenadora Cadastro – Unimed Vitória