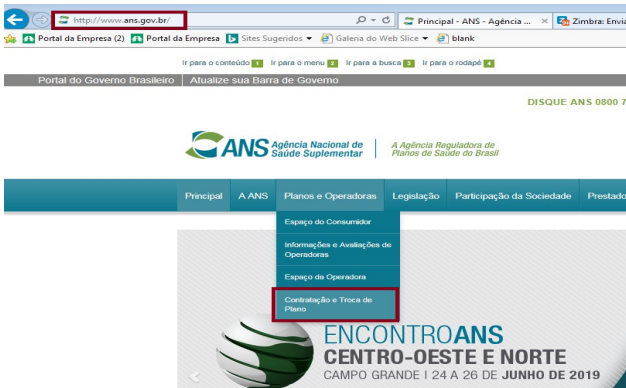


Passo a Passo de Portabilidade no Site da ANS

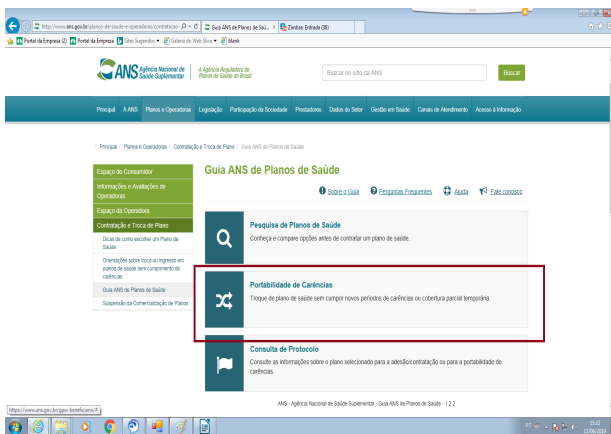
- 1- Digitar o site da ANS (www.ans.gov.br)
- 2- Escolher opção **PLANOS E OPERADORAS** e depois **CONTRATAÇÃO E TROCA DE PLANO**



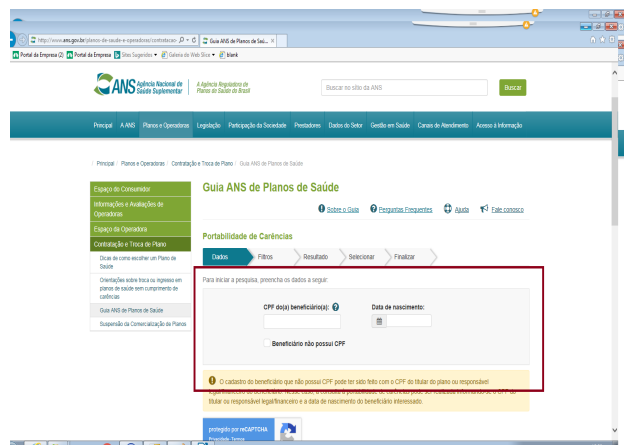
- 3- Escolher opção **GUIA ANS DE PLANO DE SAÚDE**



- 4- Escolher opção **PORTABILIDADE DE CARENÇA**



- 5- Preencher **CPF E DATA DE NASCIMENTO DO TITULAR**
Clicar **PRÓXIMO**



6- Clicar NO NOME DA OPERADORA COM VINCULO ATIVO

7- Selecionar MOTIVO PARA PORTABILIDADE, CONFIRMAR DATA DE ADESÃO, LOCAL DE CONTRATAÇÃO DO PLANO E VALOR DO PLANO ATUAL.

PRÓXIMO

8- Preencher CAMPOS EM DESTAQUE PESQUISAR

9- Clicar COMPARAR E SELECIONAR

10 – Aparece **INFORMAÇÃO DO PLANO DE ORIGEM E DE DESTINO**

RODAPÉ – CLICAR IMPRIMIR E CONTINUAR

Detalhamento do plano de saúde:

Plano de origem

Nome da operadora: [UNIMED DE BELÉM](#)

Registro ANS: [REDACTED]

Nome do plano: PLANO DE SAÚDE UNIMED EMPRESARIAL NOVO UNIPLAN

Registro do plano: [REDACTED]

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Acomodação: Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia: Não

Cobertura adicional: -

Faixa de preço: \$\$

Valor pago pelo plano atual: R\$300,00

Abrangência geográfica: Nacional

Plano de destino

Nome da operadora: [UNIMED DE BELÉM](#)

Registro ANS: [REDACTED]

Nome do plano: UNIPART GRUPO DE MUNICÍPIOS APARTAMENTO INDIVIDUAL/FAMILIAR

Registro do plano: [REDACTED]

Tipo de contratação: Individual/Familiar

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetria

Acomodação: Quarto particular

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Modalidade: Prê-pagamento

Faixa de preço: \$\$

Abrangência geográfica: Grupo de Municípios

Área de cobertura:

11- Ir para **RODAPÉ E GERAR PROTOCOLO**

Plano de destino:

Operadora: UNIMED DE BELÉM

Registro ANS: [REDACTED]

Plano:

Registro do plano: [REDACTED]

UNIPART GRUPO DE MUNICÍPIOS APARTAMENTO
INDIVIDUAL/FAMILIAR

Para confirmar a intenção de portabilidade do plano selecionado, preencha os campos abaixo, leia as instruções e clique no botão "Gerar Protocolo".

Nome completo:

CPF:

[REDACTED]

[REDACTED]

E-mail: (*Campo opcional)

Celular: (*Campo opcional)

[REDACTED]

[REDACTED]

☐ Ao concordar, você receberá o relatório desta consulta por e-mail. (*Campo Opcional. Caso você insira seus dados de contato, a operadora do plano de destino terá acesso a essas informações.)

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 DO PLANO DE DESTINO OU A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS RESPONSÁVEL PELO PLANO.