

# ATENÇÃO!

## PAGAMENTO E VENCIMENTO DA MENSALIDADE

### Cronograma de Assinatura

A data da assinatura da Proposta de Admissão define o vencimento das próximas mensalidades, conforme a tabela ao lado.

Se o vencimento optado for para todo dia 30, a segunda mensalidade será cobrada ainda no mês da assinatura, gerando duas cobranças no mesmo mês, referentes a períodos diferentes.

Se preferir solicitar a alteração do dia de vencimento das mensalidades posteriormente, procure o atendimento da Unimed Curitiba.

| DIA DA ASSINATURA | DIA DO VENCIMENTO |
|-------------------|-------------------|
| 1 A 6             | 30*               |
| 7 A 11            | 05                |
| 12 A 17           | 10                |
| 18 A 21           | 15                |
| 22 A 26           | 20                |
| 27 A 30           | 25                |

### Como realizar o pagamento?

O primeiro pagamento deve ser realizado junto da assinatura da Proposta de Admissão. O pagamento do plano pessoa física é prévio ao uso do plano (pré-pagamento).

#### FORMA DE PAGAMENTO OPTADA JUNTO AO SEU CONSULTOR:

Converse com o seu consultor para efetuar o pagamento.

# Proposta de **ADMISSÃO**

**2025**

**PESSOA FÍSICA**

2504825

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

**Unimed**   
Curitiba

## 1 – CONTRATADA

**UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS**, Cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na **OCEPAR** - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº **80 - 29/12/72**, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na **ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº **30470 -1**, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº **4140000865-7** e cadastrada no CNPJ/MF sob nº **75.055.772/0001-20**, com sede na Avenida Affonso Penna, nº 297, Bairro Tarumã, Curitiba/ PR, CEP 82530-280.

## 2 – CONTRATANTE

1004. Nome conforme a Receita Federal

VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING

1005. Data de nascimento

08/02/1993

1006. CPF

079.098.939-57

1013. E-mail

vitor-portico@hotmail.com

1009. Endereço

Rua Renê Alberto Emílio Conter , Nº 107 - Cidade Industrial . Curitiba - PR. Brasil.

1012. Complemento

1010. CEP

81460-215

1011. Telefone

41 98766-5118

1024. Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

## 3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING

1031. CPF

079.098.939-57

1029. Nome da mãe

GIOVANA CRISTINA DE OLIVEIRA KLAINUBING

1030. Data de nascimento

08/02/1993

1690. Estado civil

Solteiro

1034. Cartão Nacional de Saúde

704202234012487

1032. Sexo

Masculino

1036. Endereço

Rua Renê Alberto Emílio Conter , Nº 107 - Cidade Industrial . Curitiba - PR Brasil

1033.CEP

81460-215

1035. Complemento

1038.Telefone

41 98766-5118

1043. Código do plano

2632

1044. Edição do regulamento

Flex Coparticipação - 1, Enfermaria, 16ª Edição

1042. Redução de carência

06 MESES

1045. Descrição do plano

459874091 - PLANO FLEX COPART 1 AMB HOSP C/ OBST ENF - 50%

1046. Mensalidade

R\$501,82

1300 - Tabela de preços por faixa etária

| Idade | 00-18     | 19-23     | 24-28     | 29-33     | 34-38     | 39-43     | 44-48     | 49-53      | 54-58      | 59<        |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| Valor | R\$364,31 | R\$439,83 | R\$501,19 | R\$557,57 | R\$630,78 | R\$703,07 | R\$837,08 | R\$1054,05 | R\$1337,06 | R\$1907,32 |

1200 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

| Idade | 00-18 | 19-23  | 24-28  | 29-33  | 34-38  | 39-43  | 44-48  | 49-53  | 54-58  | 59<    |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Valor | 0,00% | 20,73% | 13,95% | 11,25% | 13,13% | 11,46% | 19,06% | 25,92% | 26,85% | 42,65% |

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

1047. Nome conforme a Receita Federal

ANTONELLA ALICIA DE JESUS KLAINUBING

1050. CPF

048.806.099-00

1048. Nome da mãe

DAIANE ALVES DE JESUS

1049. Data de nascimento

20/02/2025

1691. Estado civil

Solteiro

1057. Cartão Nacional de Saúde

708805786708910

1051. Sexo

Feminino

1130. Grau de dependência

Filha(o)

1053. Código do plano

2632

1054. Edição do regulamento

Flex Coparticipação - 1, Enfermaria, 16ª Edição

1052. Redução de carência

06 MESES

1055. Descrição do plano

459874091 - PLANO FLEX COPART 1 AMB HOSP C/ OBST ENF - 50%

1056. Mensalidade

R\$327,88

1310 - Tabela de preços por faixa etária

| Idade | 00-18     | 19-23     | 24-28     | 29-33     | 34-38     | 39-43     | 44-48     | 49-53      | 54-58      | 59<        |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| Valor | R\$364,31 | R\$439,83 | R\$501,19 | R\$557,57 | R\$630,78 | R\$703,07 | R\$837,08 | R\$1054,05 | R\$1337,06 | R\$1907,32 |

1210 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

| Idade | 00-18 | 19-23  | 24-28  | 29-33  | 34-38  | 39-43  | 44-48  | 49-53  | 54-58  | 59<    |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Valor | 0,00% | 20,73% | 13,95% | 11,25% | 13,13% | 11,46% | 19,06% | 25,92% | 26,85% | 42,65% |



# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504825

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2

1057. Nome conforme a Receita Federal

1060. CPF

1058. Nome da mãe

1059. Data de nascimento

1692. Estado civil

1067. Cartão Nacional de Saúde

1061. Sexo

1131. Grau de dependência

1063. Código do plano

1064. Edição do regulamento

1062. Redução de carência

1065. Descrição do plano

1066. Mensalidade

1320 - Tabela de preços por faixa etária

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

1220 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

1067. Nome conforme a Receita Federal

1070. CPF

1068. Nome da mãe

1069. Data de nascimento

1693. Estado civil

1077. Cartão Nacional de Saúde

1071. Sexo

1132. Grau de dependência

1073. Código do plano

1074. Edição do regulamento

1071. Redução de carência

1075. Descrição do plano

1076. Mensalidade

1330 - Tabela de preços por faixa etária

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

1230 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3

# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504825

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 4

1077. Nome conforme a Receita Federal

1080. CPF

1078. Nome da mãe

1079. Data de nascimento

1694. Estado civil

1087. Cartão Nacional de Saúde

1081. Sexo

1133. Grau de dependência

1083. Código do plano

1084. Edição do regulamento

1082. Redução de carência

1085. Descrição do plano

1086. Mensalidade

1340 - Tabela de preços por faixa etária

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

1240 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 5

1087. Nome conforme a Receita Federal

1090. CPF

1088. Nome da mãe

1089. Data de nascimento

1695. Estado civil

1097. Cartão Nacional de Saúde

1091. Sexo

1134. Grau de dependência

1093. Código do plano

1094. Edição do regulamento

1092. Redução de carência

1095. Descrição do plano

1096. Mensalidade

1350 - Tabela de preços por faixa etária

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

1250 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

| Idade | 00-18 | 19-23 | 24-28 | 29-33 | 34-38 | 39-43 | 44-48 | 49-53 | 54-58 | 59< |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Valor |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

## 4 – RESUMO CONTRATUAL

### Plano contratado

|                                                      | Mensalidade       | Desconto(R\$)                  |
|------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Flex - Enf. - 29-33 - Copart. 50% - Vigência 03/2025 | 557,57            | 55,75                          |
| Flex - Enf. - 00-18 - Copart. 50% - Vigência 03/2025 | 364,31            | 36,43                          |
|                                                      | Mensalidade total | Mensalidade total com desconto |
|                                                      | R\$921,88         | R\$829,70                      |

A presente inscrição é feita na forma de contratação Individual/Familiar, de acordo com o plano escolhido para cada beneficiário, pelo valor total acima identificado.

### 4.1. Desconto sobre o valor integral da mensalidade

A primeira mensalidade deverá ser paga à empresa de vendas, representante legal da Unimed Curitiba, no ato da contratação, cabendo aplicação de descontos promocionais. As demais mensalidades serão emitidas pela Unimed Curitiba a partir de **05/08/2025** conforme escolha do cliente.

### 4.2. Desconto progressivo por número de beneficiários

| Quantidade de beneficiários inscritos | Desconto sobre o valor integral |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Titular (1 pessoa)                    | Valor integral                  |
| Titular +1 dependente                 | 10%                             |
| Titular +2 dependentes                | 15%                             |
| Titular +3 dependentes ou mais        | 20%                             |

Ocorrendo inclusões no plano, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à faixa de descontos imediatamente posterior da tabela, observado o número de beneficiários que permanecerão no plano.

Da mesma forma, ocorrendo exclusão de beneficiários, sendo reduzido o número total de beneficiários integrantes do plano, para menos de quatro, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à faixa de descontos imediatamente anterior da tabela.

Declaro-me ciente e de acordo com as condições de preços do plano ora contratado, bem como quanto à alteração do desconto nos casos de inclusão e exclusão, conforme acima.

### 4.3. Condições de pagamento

A partir da 2ª mensalidade, o boleto será encaminhado para o endereço residencial do contratante ou responsável financeiro ou pode ser gerado pelo aplicativo Unimed Cliente PR no acesso do titular do plano. O boleto também pode ser acessado no Portal Unimed Curitiba ([www.unimedcuritiba.com.br](http://www.unimedcuritiba.com.br)) ou pelo telefone 0800 642 2002.

O atraso no pagamento da mensalidade está sujeito à cobrança de multa de 2% ao mês e juros de 0,0333% ao dia.



## 4.4. Reajuste anual

Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com o índice autorizado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, no mês de aniversário do contrato.

Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a nova lei terá aplicação imediata sobre esta proposta.

Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.

## 4.5. Reajuste por faixa etária

As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários, que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

As variações por faixas etárias para os fins desta proposta serão:

- |     |                                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------------------|
| 1ª  | de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos de idade;                       |
| 2ª  | de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade                |
| 3ª  | de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;         |
| 4ª  | de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;          |
| 5ª  | de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;       |
| 6ª  | de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;       |
| 7ª  | de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;   |
| 8ª  | de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;    |
| 9ª  | de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; |
| 10ª | de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.                            |

Consulte *Tabela de preços por faixa etária e Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária no item 3 – DADOS DO BENEFICIÁRIO* desta proposta de admissão, abaixo da qualificação de cada beneficiário.

## 4.6. Campanha promocional

Fica estabelecida a isenção de carências, exclusivamente, para consultas médicas (eletivas e emergenciais) e para exames de patologia clínica, observado o prazo para cadastro. As carências para os demais procedimentos deverão ser normalmente cumpridas, conforme previsto em Regulamento. As condições especiais acima serão válidas, exclusivamente, no período de 15/03/2022 a 30/06/2025, para uma única contratação. Caso ocorra o cancelamento do contrato que já estava contemplado pela Campanha Promocional, ao realizar nova contratação, ainda que no período da campanha, não haverá o direito aos benefícios aqui elencados.

## 4.7. Coparticipação em procedimentos ambulatoriais

A coparticipação em procedimentos ambulatoriais (consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais eletivos e emergenciais) será limitada em R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais) por procedimento realizado. O valor estipulado nesta cláusula será reajustado anualmente, respeitando a data de aniversário do contrato e obedecendo ao







índice aplicado à mensalidade. Além disso, o limite de estabelecido nesta cláusula será considerado para cada procedimento realizado. Ou seja, se o beneficiário realizar mais de um procedimento o limite será multiplicado pelo número de procedimentos realizados.

## 4.8. Coparticipação em internamentos psiquiátricos

---

Nas internações psiquiátricas a Unimed Curitiba fará o custeio integral de no máximo 30 (trinta) dias de internação, sendo que haverá o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do(s) beneficiário(s) de 30% (trinta por cento) das despesas apuradas.

## 4.9. Solicitação de cancelamento em caso de outros ativos

---

Caso possua outro(s) plano(s) ativo(s) com a Unimed Curitiba, é de responsabilidade do(s) beneficiário(s) solicitar o cancelamento, pois ele NÃO ocorre de modo automático através desta contratação. ATENÇÃO: o cancelamento deve ser requerido pelo(a) titular do plano, através do telefone 0800 642 2002. Caso possua plano(s) ativo(s) com outra(s) Operadora(s) de plano de saúde, o(s) beneficiário(s) é igualmente responsável pelo seu cancelamento.

## 4.10. Área geográfica de abrangência do plano de saúde

---

A prestação dos serviços contratados será garantida somente nas cidades de Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Colombo, Balsa Nova, Araucária, Quatro Barras, Almirante Tamandaré, Piraquara, Contenda, Mandirituba, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Rio Branco do Sul, Pinhais, Fazenda Rio Grande, Lapa, São Mateus do Sul, Campo Magro, Itaperuçu, Adrianópolis, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Tunas do Paraná e Porto Amazonas. Obs: excepcionalmente, nas situações de urgência e emergência será possível o atendimento pelas demais cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, sediadas nas demais cidades não elencadas acima.

## 5 – PRAZOS DE CARÊNCIA E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

### 5.1. Carências contratuais

Prazos de carência previstos na Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

| Carências                                                           | Prazo    |
|---------------------------------------------------------------------|----------|
| Urgência e emergência                                               | 24 horas |
| Consultas                                                           | 30 dias  |
| Exames de patologia clínica                                         | 30 dias  |
| Exames de diagnose                                                  | 90 dias  |
| Terapias (todas, inclusive especiais)                               | 180 dias |
| Internamento clínico ou cirúrgico, exames e procedimentos especiais | 180 dias |
| Troca de acomodação                                                 | 180 dias |
| Obstetrícia, parto normal e cesariana                               | 300 dias |

### 5.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) — Doenças ou lesões preexistentes

O beneficiário estará impedido de utilizar eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade diretamente relacionados à(s) patologia(s) declarada(s), pelo prazo de 24 meses, que equivale a 730 dias, a contar da aquisição do contrato.

| Cobertura Parcial Temporária (CPT)                                | Prazo             |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Cobertura Parcial Temporária para lesões ou doenças preexistentes | 24 meses/730 dias |

### 5.3. Aproveitamento de carências - beneficiário(s) oriundo(s) de outras operadoras de planos de saúde

Nas contratações realizadas com o aproveitamento das carências já cumpridas no plano de origem, a critério da Unimed Curitiba, o(s) beneficiário(s) cumprirá(ão) carências para obstetrícia (300 dias) e terapias (180 dias). Além disso, haverá restrições para cirurgias, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC para doenças e lesões pré-existentes (24 meses/730 dias), conforme Carta de Aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Caso o plano anterior não contemple os módulos de segmentação AMBULATORIAL ou HOSPITALAR, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) cumprir os respectivos períodos de carência, referentes a cada um deles, no novo plano contratado por meio desta Proposta de Admissão. Ainda que o plano anterior contemple o módulo de segmentação OBSTETRÍCIA, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) cumprir o respectivo período de carência no novo plano contratado por meio desta Proposta de Admissão.

**Esta contratação não se confunde com a solicitação de análise de portabilidade, que tem como base a Resolução Normativa nº 438/2018 - ANS e suas posteriores alterações.**

### 5.4. Aproveitamento de carências – beneficiários oriundos da Unimed Curitiba (DATA BASE)

Nas contratações realizadas com o aproveitamento das carências já cumpridas, de forma ininterrupta, na Unimed Curitiba, serão considerados os prazos de carência já atingidos, individualmente, pelo(s) beneficiário(s), com



# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504825

base na(s) data(s) de adesão ao(s) plano(s) anterior(es) de cada um deles. Caso os prazos de carências e de Cobertura Parcial Temporária (CPT) tenham sido parcialmente cumpridos, o(s) beneficiário(s) está(ão) sujeito(s) ao cumprimento dos prazos remanescentes.

Além disso, caso o plano anterior não contemple os módulos de segmentação AMBULATORIAL, HOSPITALAR ou OBSTETRÍCIA, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) cumprir os respectivos períodos de carência, referentes a cada um deles, no novo plano contratado por meio desta Proposta de Admissão.

**Esta contratação não se confunde com a solicitação de análise de portabilidade, que tem como base a Resolução Normativa nº 438/2018 - ANS e suas posteriores alterações.**

## 5.5. Troca de acomodação – Apartamento

---

Caso haja opção por troca de acomodação, o(s) beneficiário(s) está(ão) sujeito(s) ao cumprimento do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para usufruir da acomodação em apartamento, sendo que durante este período, o(s) beneficiário(s) continuará(ão) sendo atendidos em enfermaria, em caso de internamento.



#e53d401b-d846-4d10-baa0-c9e593a91fa6



## 6 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E TERMO DE CONSENTIMENTO

### 6.1. Declaração de veracidade

Declaro, para os devidos fins, que li e conferi, com atenção às condições, os dados preenchidos nesta Proposta de Admissão, que todas as informações prestadas em meu nome e de meus dependentes são verdadeiras e completas, bem como que os documentos apresentados são legítimos e refletem a realidade e, ainda, que quaisquer alterações no estado civil dos beneficiários (Titular e Dependentes) deverão ser informadas à Unimed Curitiba de imediato.

### 6.2. Consentimento

Autorizo a Unimed Curitiba a encaminhar informativos sobre o meu processo através de mensagens via celular.

### 6.3. Declaração – Plano Referência

Declaro que, por ocasião da minha decisão pela contratação de plano comercializado pela Unimed Curitiba, em cumprimento à Lei nº 9.656/98, foi-me oferecido o Plano Referência (Ambulatorial Hospitalar em Enfermaria com Obstetrícia), com cobertura nacional, o qual não foi o plano por mim optado.

Curitiba/PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONTRATANTE:** VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING



#e53d401b-d846-4d10-baa0-c9e593a91fa6



## 7 – DECLARAÇÃO DE MPS, GLC E REGULAMENTO

Declaro, a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebi, de forma clara e perfeitamente legível: (1) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de planos de saúde; o (2) Guia de Leitura Contratual (GLC – Planos PF), o qual facilita o entendimento do conteúdo do contrato de plano de saúde por meio da indicação das referências aos seus tópicos relevantes e; (3) cópia do Regulamento, que corresponde às regras contratuais do plano de saúde contratado nesta proposta de admissão, cujas condições são por mim aceitas sem ressalva ou restrição.

Curitiba/PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**CONTRATANTE:** VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING



#e53d401b-d846-4d10-baa0-c9e593a91fa6



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

**Unimed**   
Curitiba

## CURITIBA

SEDE ADMINISTRATIVA TARUMÃ

ATENDIMENTO - DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 8H ÀS 18H.  
AVENIDA AFFONSO PENNA, 297 - TARUMÃ - CURITIBA-PR  
CEP 82.530-280.

UNIDADE SHOPPING PALLADIUM

ATENDIMENTO - DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 8H ÀS 18H.  
AV. PRESIDENTE KENNEDY, 4121, VARANDA EXTERNA PISO G1,  
PORTÃO - CURITIBA-PR.

UNIDADE DR. PEDROSA

ATENDIMENTO - DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 8H ÀS 18H.  
RUA DR. PEDROSA, 194, CENTRO - CURITIBA-PR.

UNIDADE ITUPAVA

ATENDIMENTO - DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 8H ÀS 18H.  
RUA ITUPAVA, 737, ALTO DA GLÓRIA - CURITIBA-PR.

## REGIÃO METROPOLITANA

UNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

ATENDIMENTO - DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 8H ÀS 19H.  
RUA DONA IZABEL A REDENTORA, 1434, LOJA 129 A, PISO L1,  
CENTRO - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-PR.

## CANAIS DE ATENDIMENTO UNIMED CURITIBA

LIBERAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS  
(41) 3019 2000

CENTRAL 24 HORAS  
0800 642 2002

ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA  
OU DE FALA  
0800 642 5005

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (SAC)  
ATENDIMENTOAOCLIENTE@UNIMEDCURITIBA.COM.BR

## APLICATIVO UNIMED CLIENTE PR

PARA FAZER O DOWNLOAD DO APLICATIVO, APONTE A CÂMERA  
DO SEU CELULAR PARA O QR CODE A SEGUIR:



## OUVIDORIA

WWW.UNIMEDCURITIBA.COM.BR/OUVIDORIA

A OUVIDORIA DA UNIMED CURITIBA É UM SETOR QUALIFICADO  
PARA ATENDER ÀS DEMANDAS NÃO SOLUCIONADAS PELOS  
CANAIS DE ATENDIMENTO CONVENCIONAIS. PARA AGILIZAR O  
PROCESSO, AO ENTRAR EM CONTATO, SUGERIMOS QUE VOCÊ  
ESTEJA COM O NÚMERO DE PROTOCOLO DA MANIFESTAÇÃO JÁ  
REALIZADA JUNTO AO SAC OU ATENDIMENTO TELEFÔNICO, QUE  
SÃO AS ÁREAS RESPONSÁVEIS PELO PRIMEIRO ATENDIMENTO  
AOS CLIENTES.

 [FACEBOOK.COM/UNIMEDCURITIBA](https://www.facebook.com/unimedcuritiba)

 [INSTAGRAM.COM/UNIMEDCURITIBAOFICIAL](https://www.instagram.com/unimedcuritibaoficial)

 [LINKEDIN.COM/COMPANY/UNIMED-CURITIBA](https://www.linkedin.com/company/unimed-curitiba)

 [UNIMEDCURITIBA.COM.BR](http://unimedcuritiba.com.br)



Operadora: Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa de Médicos  
CNPJ: 75.055.772/0001-20  
Nº de registro na ANS: 30470-1  
Site: <http://www.unimedcuritiba.com.br>  
Tel:(41) 3019-2000 – Exclusivo para liberações de procedimentos.  
0800 642 2002 – Exclusivo para sugestões, reclamações e esclarecimentos.  
0800 642 5005 – Exclusivo para deficiente auditivo ou de fala.

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

## Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

|          | PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES                                                                                                                                                                                              | PLANOS COLETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARÊNCIA | É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos. | Coletivo Empresarial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|          |                                                                                                                                                                                                                               | Com 30 participantes ou mais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|          |                                                                                                                                                                                                                               | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|          |                                                                                                                                                                                                                               | Com menos de 30 participantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|          |                                                                                                                                                                                                                               | É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|          |                                                                                                                                                                                                                               | Coletivo por Adesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|          |                                                                                                                                                                                                                               | Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato. |



|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) | Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.<br>Caso a operadora opte pelo não fornecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007. | Coletivo Empresarial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Com 30 participantes ou mais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Com menos de 30 participantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.                                                                                                                                                                       |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Coletivo por Adesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO            | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| REAJUSTE                           | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003. |                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b> | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>VIGÊNCIA</b>                                 | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>        | Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.                     | Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência. |

### **Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

### **Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais.**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

## **Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

## **Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria.

O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

## **Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

## **Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.



## **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Ministério da  
**Saúde**



Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



São Paulo, 24 de junho de 2025

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:** VITOR H D O KLAINUBING  
**Segurado em remissão:** NÃO  
**CPF:** 07909893957  
**Data de Nascimento:** 08/02/1993  
**Número da Matrícula do Beneficiário no Plano:** 88888 4866 5085 0015  
**Nome do Titular do plano:** VITOR H D O KLAINUBING

Produto / Contrato

---

**Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial  
**Segmentação Assistencial do Plano (cobertura):** AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA  
**Área de Abrangência Geográfica:** Nacional  
**Município de contratação:** SAO PAULO  
**Nome do Produto Registrado na ANS:** Exato EmpresarialPME Trad15 AHO QP  
**Número de Registro do Plano na ANS:** 473968150  
**Nome Comercial do Plano na SulAmérica:** EXATO  
**Acomodação:** Apartamento  
**Contrato:** Pós Lei

Prazo de permanência do beneficiário no plano:

---

**Início:** 09/09/2024 **Fim:** 30/06/2025  
**Motivo do fim do contrato:** DESLIGAMENTO POR INICIATIVA DA EMPRESA  
**Situação de adimplência:** Adimplente  
**Valor do último prêmio:** 934.46

**Ingressou por portabilidade?** ( ) Sim ( X ) Não  
**Ingressou por oferta pública ou transferência de carteira?** ( ) Sim ( X ) Não  
**Mudou de plano na Operadora?** ( ) Sim ( X ) Não  
**Beneficiário (a) internado (a)?** ( ) Sim ( X ) Não

**Carência?** Isento

**Cobertura Parcial Temporária - CPT?** NÃO

São Paulo, 24 de junho de 2025

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:** ANTONELLA ALICIA DE JESUS KLAINU  
**Segurado em remissão:** NÃO  
**CPF:** 04880609900  
**Data de Nascimento:** 20/02/2025  
**Número da Matrícula do Beneficiário no Plano:** 88888 4866 5085 0112  
**Nome do Titular do plano:** VITOR H D O KLAINUBING

Produto / Contrato

---

**Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial  
**Segmentação Assistencial do Plano (cobertura):** AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA  
**Área de Abrangência Geográfica:** Nacional  
**Município de contratação:** SAO PAULO  
**Nome do Produto Registrado na ANS:** Exato EmpresarialPME Trad15 AHO QP  
**Número de Registro do Plano na ANS:** 473968150  
**Nome Comercial do Plano na SulAmérica:** EXATO  
**Acomodação:** Apartamento  
**Contrato:** Pós Lei

Prazo de permanência do beneficiário no plano:

---

**Início:** 01/03/2025 **Fim:** 30/06/2025  
**Motivo do fim do contrato:** DESLIGAMENTO POR INICIATIVA DA EMPRESA  
**Situação de adimplência:** Adimplente  
**Valor do último prêmio:** 934.46

**Ingressou por portabilidade?** ( ) Sim ( X ) Não  
**Ingressou por oferta pública ou transferência de carteira?** ( ) Sim ( X ) Não  
**Mudou de plano na Operadora?** ( ) Sim ( X ) Não  
**Beneficiário (a) internado (a)?** ( ) Sim ( X ) Não

**Carência?** Isento

**Cobertura Parcial Temporária - CPT?** NÃO



VITOR H D O KLAINUBING

NASCIMENTO  
08/02/1993

PRODUTO  
545

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO  
88888 4866 5085 0015

PLANO  
EXATO

ACOMODAÇÃO  
APARTAMENTO

CNS  
704202234012487

COBERTURA  
AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

EMPRESA  
8Q7VL ENOVA FOODS S A

**CARÊNCIAS:**

CENTRAL DE SERVIÇOS SULAMÉRICA SAÚDE  
CAPITAIS E ÁREAS METROPOLITANAS 4004 5900  
DEMAIS REGIÕES 0800 970 0500

ANS - Nº 006246

WWW.SULAMERICA.COM.BR

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO  
REFERENCIADO CONSULTAR VALIDADE NOS CANAIS DE ATENDIMENTO



ANTONELLA ALICIA DE JESUS KLAINU

NASCIMENTO  
20/02/2025

PRODUTO  
545

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO  
88888 4866 5085 0112

PLANO  
EXATO

ACOMODAÇÃO  
APARTAMENTO

CNS

COBERTURA  
AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA

EMPRESA  
8Q7VL ENOVA FOODS S A

CARÊNCIAS:

CENTRAL DE SERVIÇOS SULAMÉRICA SAÚDE  
CAPITAIS E ÁREAS METROPOLITANAS 4004 5900  
DEMAIS REGIÕES 0800 970 0500

ANS - Nº 006246

WWW.SULAMERICA.COM.BR

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO  
REFERENCIADO CONSULTAR VALIDADE NOS CANAIS DE ATENDIMENTO



Plano selecionado

|                                      |                                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nome Comercial                       | Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QP            |
| Número do Registro / Código do Plano | 473968150                                       |
| Operadora                            | SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE - 00624-6 |
| Comercialização                      | Liberada                                        |
| Tipo de Plano                        | Novo                                            |
| Tipo de Contratação                  | Coletivo empresarial                            |
| Acomodação                           | Individual                                      |
| Segmentação Assistencial             | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia       |
| Fator Moderador                      | Não                                             |
| Abrangência Geográfica               | Nacional                                        |

Selecione o Estado

Abrangência Geográfica do Plano

O mapa do Brasil mostra em verde os estados onde o plano possui cobertura. Caso a abrangência geográfica do plano seja Municipal ou Grupo de Municípios, selecione um dos estados para conferir os municípios cobertos





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
2135678784



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



P  
R

NOME

VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF

111136025 SESP PR

CPF

079.098.939-57

DATA NASCIMENTO

08/02/1993

FILIAÇÃO

VILMAR KLAINUBING

GIOVANA CRISTINA DE OLIVEIRA  
A KLAINUBING

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05981638078

VALIDADE

26/06/2025

1ª HABILITAÇÃO

20/01/2014



18506084204  
PR914916603



2135678784

OBSERVAÇÕES

*Vitor H. O. Klainubing*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CURITIBA, PR

DATA EMISSÃO

25/09/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

18506084204  
PR914916603

PARANÁ

DENATRAN

CONTRAN

## QR-CODE

Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em:  
<https://www.serpro.gov.br/assinador-digital>.

**SERPRO / SENATRAN**

#e53d401b-d846-4d10-baa0-c9e593a91fa6

**BRASIL**  
**(HTTPS://GOV.BR)**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **079.098.939-57**

Nome: **VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING**

Data de Nascimento: **08/02/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/09/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:02:34** do dia **08/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **37F1.EB7E.E6D6.461C**







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

**ANTONELLA ALÍCIA DE JESUS KLAINUBING**

Número do CPF

**048.806.099-00 \*\***

Matrícula

**129759 01 55 2025 1 00593 158 0192748 14**

|                                                              |                           |     |            |      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-----|------------|------|
| Data do nascimento                                           |                           | Dia | Mês        | Ano  |
| Vinte de fevereiro de dois mil e vinte e cinco **            |                           | 20  | 02         | 2025 |
| Horário de nascimento                                        | Município da naturalidade | UF  |            |      |
| 15h 26min                                                    | Curitiba **               | PR  |            |      |
| Local de nascimento                                          | Município de Nascimento   | UF  | Sexo       |      |
| Hospital Santa Cruz **                                       | Curitiba **               | PR  | Feminino** |      |
| Nome do(a) Genitor(a)                                        | Município de nascimento   | UF  |            |      |
| VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING**                          | Curitiba**                | PR  |            |      |
| Avô(ô)s respectivo(s)                                        |                           |     |            |      |
| VILMAR KLAINUBING; GIOVANA CRISTINA DE OLIVEIRA KLAINUBING** |                           |     |            |      |
| Nome do(a) Genitor(a)                                        | Município de nascimento   | UF  |            |      |
| DAIANE ALVES DE JESUS**                                      | Curitiba**                | PR  |            |      |
| Avô(ô)s respectivo(s)                                        |                           |     |            |      |
| VALDEMAR ALVES DE JESUS; LOURDES DE SOUZA VICENTE**          |                           |     |            |      |

|                                                        |               |
|--------------------------------------------------------|---------------|
| Data de registro                                       | D.N.V         |
| Vinte e um de fevereiro de dois mil e vinte e cinco ** | 30-95671995-5 |
| Anotações/Averbações                                   |               |
| Nada Consta. Custas Isentas(Lei Federal 9.534/97). **  |               |
| Anotações voluntárias de cadastro                      |               |
| Nada consta. **                                        |               |

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| CNS nº 129759                                                                                 |
| 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                                                      |
| Certificado digital                                                                           |
| ALEXANDRE DE ALMEIDA CAVALCANTI:01676299998 - CPF 01676299998                                 |
| Emissor AC SOLUTI Multipla v5 Tipo A3                                                         |
| Série 754E230412536A5D                                                                        |
| Validade inicial 12/04/2023                                                                   |
| Validade final 12/04/2026                                                                     |

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba-PR, 21 de fevereiro de 2025.

Adilson Taborda - Agente Delegado



**FUNARPEN**



SELO DE FISCALIZAÇÃO  
SFRCI.tbcbv.jujbV  
cLjez.F388q  
<https://selo.funarpen.com.br>





**BRASIL**  
**(HTTPS://GOV.BR)**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **048.806.099-00**

Nome: **ANTONELLA ALICIA DE JESUS KLAINUBING**

Data de Nascimento: **20/02/2025**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/02/2025**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:20:52** do dia **08/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **ABBE.51E5.5968.41AE**



Responsável pela Iluminação Pública: Município 156

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei No. 10.438, de 26/04/2002

**Classificação:**  
B1 Residencial / Residencial Baixa Renda

**Tipo de Fornecimento:**  
Monofásico /50A

**DATAS DE LEITURAS**

**Leitura anterior**  
11/03/2025

**Leitura atual**  
08/04/2025

**Nº de dias**  
28

**Próxima Leitura**  
07/05/2025

**Nome:** DAIANE ALVES DE JESUS

**Endereço:** R Rene Alberto Emilio Conter, 107 -  
Md 3 - Cidade Industrial  
CEP: 81460-215  
Cidade: Curitiba - Estado: PR  
CPF: \*\*\*.\*\*\*.59-12

**UNIDADE CONSUMIDORA**

**93796447**

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲



NOTA FISCAL No. 160790127 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 10/04/2025

Consulte Chave de Acesso em:  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>  
Chave de Acesso  
4125 0404 3688 9800 0106 6600 3160 7901 2710 5816 4431  
Protocolo de Autorização: 1412500018032761 - 10/04/2025 às 06:56:41America/Sao\_Paulo

| REF: MÊS / ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|----------------|------------|---------------|
| 04/2025        | 26/04/2025 | *****         |

O valor de R\$ 51,34 está sendo pago pelo Governo do Estado do Paraná. Fatura amparada pelo Programa Energia Solidária (Lei nº 20.943, de 2021).

DEBITOS: 03/2025 R\$ 143,04  
Periodos Band.Tarif.: Verde:12/03-08/04

| Itens de fatura                | Unid. | Quant. | Preço unit (R\$) com tributos | Valor (R\$) | PIS/COFINS | ICMS | Tarifa unit. (R\$) | Tributo    | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)     | Valor (R\$)  |
|--------------------------------|-------|--------|-------------------------------|-------------|------------|------|--------------------|------------|-----------------------|------------------|--------------|
| ENERGIA ELET CONSUMO           | kWh   | 30     | 0,104667                      | 3,14        | 0,17       | 0,00 | 0,099160           | COFINS PIS | 78,70                 | 4,49%<br>0,9771% | 3,52<br>0,77 |
| ENERGIA ELET CONSUMO           | kWh   | 70     | 0,179571                      | 12,57       | 0,68       | 0,00 | 0,169990           |            | 78,70                 |                  |              |
| ENERGIA ELET CONSUMO           | kWh   | 40     | 0,269500                      | 10,78       | 0,59       | 0,00 | 0,254990           |            |                       |                  |              |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA       | kWh   | 30     | 0,092000                      | 2,76        | 0,15       | 0,00 | 0,087030           |            |                       |                  |              |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA       | kWh   | 70     | 0,157857                      | 11,05       | 0,61       | 0,00 | 0,149190           |            |                       |                  |              |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA       | kWh   | 40     | 0,236500                      | 9,46        | 0,51       | 0,00 | 0,223790           |            |                       |                  |              |
| SUBSIDIO TARIFARIO TE          | UN    | 14,6   | 1,057534                      | 15,44       | 0,84       | 0,00 | 1,000000           |            |                       |                  |              |
| SUBSIDIO TARIFARIO TUSD        | UN    | 12,79  | 1,057858                      | 13,53       | 0,74       | 0,00 | 1,000000           |            |                       |                  |              |
| MULTA SOBRE ILUMINACAO PUBLICA | UN    |        | 0,220000                      | 0,22        |            |      |                    |            |                       |                  |              |
| MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO  | UN    |        | 1,630000                      | 1,63        |            |      |                    |            |                       |                  |              |
| JUROS CONTA ANTERIOR           | UN    |        | 1,100000                      | 1,10        |            |      |                    |            |                       |                  |              |
| ACRESCIMO MORATORIO            | UN    |        | 1,400000                      | 1,40        |            |      |                    |            |                       |                  |              |
| DESCONTO ENERGIA SOLIDÁRIA     | UN    |        | 51,340000                     | -51,34      |            |      |                    |            |                       |                  |              |
| SUBSIDIO TARIFARIO LIQUIDO     | UN    |        | 27,390000                     | -27,39      |            |      |                    |            |                       |                  |              |
| TOTAL                          |       |        |                               | 4,35        | 4,29       | 0,00 |                    |            |                       |                  |              |

| HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh |              |    |
|----------------------------|--------------|----|
| CONSUMO FATURADO           | Nº DIAS FAT. |    |
| ABR25                      | 140          | 28 |
| MAR25                      | 220          | 32 |
| FEV25                      | 163          | 31 |
| JAN25                      | 152          | 32 |
| DEZ24                      | 151          | 29 |
| NOV24                      | 143          | 30 |
| OUT24                      | 118          | 32 |
| SET24                      | 150          | 30 |
| AGO24                      | 129          | 30 |
| JUL24                      | 131          | 32 |
| JUN24                      | 133          | 29 |
| MAI24                      | 161          | 33 |
| ABR24                      | 174          | 29 |

| Medidor    | Grandezas   | Postos horários | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const Medidor | Consumo kWh |
|------------|-------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|-------------|
| 0342014238 | CONSUMO kWh | TP              | 11693            | 11833         | 1             | 140         |

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 10/04/2025

**AE62.5759.7BE9.4EFD.DAA7.DF14.21DB.275B**

#### REAVISO DE VENCIMENTO

O débito sujeita ao corte a partir de 08/05/2025. O contrato será encerrado se mantido 3 meses em corte, além das demais cobranças conforme legislação. Valores de atividades acessórias podem ser excluídos. Eventual reaviso anterior permanece válido. Se pago, desconsidere.

Referência 03/2025      Valor (R\$) 143,04      Vencimento 26/03/2025

Caso o pagamento já tenha sido efetuado, desconsidere o aviso.

Em atendimento à Lei 12.007/2009, a Copel Distribuição S. A. declara, pela presente, que as faturas de energia elétrica desta unidade consumidora e de sua responsabilidade, vencidas em 2024, encontram-se devidamente quitadas. Esta declaração substitui os comprovantes de pagamento das faturas vencidas em 2024, salvo aqueles contestados judicialmente e ou derivados de grandezas não faturadas.  
Desconto Baixa Renda R\$ 27,39  
Grupo de Tensão / Modalidade Tarifária: B - CONVENCIONAL  
ESTA UNIDADE CONSUMIDORA ESTA SUJEITA A SUSPENSAO DE FORNECIMENTO  
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

| UNIDADE CONSUMIDORA | MÊS REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------|----------------|------------|---------------|
| 93796447            | 04/2025        | 26/04/2025 | *****         |



Número da fatura: DEM-01-20258975816443-0

PIX

Portal Correios Busca por Localidade/Logradouro

Resultado da Busca por Localidade/Logradouro

1 a 1 de 1

Logradouro/Nome  
Rua Renê Alberto Emílio Conter

Bairro/Distrito  
Cidade Industrial

Localidade/UF  
Curitiba/PR

CEP  
81460-215

Nova Busca

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

## **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

## **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- **NÃO** caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

## **AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.



**ATENÇÃO!**

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

**BENEFICIÁRIO**

Local: **CURITIBA/ PR** Data:

Nome: **VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING**

Assinatura:

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

Local: **CURITIBA/ PR** Data:

Nome: **WERLON BRITO**

CPF: **005.683.493-42**

Assinatura:

A declaração de saúde visa registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas das quais o beneficiário tem conhecimento de ser portador ou sofrendor no momento da assinatura do contrato. Também diz respeito a doenças ou lesões preexistentes de seus dependentes ou beneficiários titulares sob a sua responsabilidade (menor, tutelado etc).

Para preenchimento desta declaração, o beneficiário pode ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora. É facultada ao beneficiário a opção por médico de sua confiança, sendo que neste caso as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

- ☒ Optei por assumir integralmente a responsabilidade sobre as informações prestadas nesta oportunidade, sem me utilizar de médico orientador e disponibilizado pela UNIMED CURITIBA, sem ônus para minha pessoa.
- ☐ Optei pela orientação do médico indicado pela UNIMED CURITIBA.
- ☐ Optei pela orientação do médico de minha confiança.

**NOME DO MÉDICO ORIENTADOR** **CRM** **ASSINATURA**

| Nome                                                      | Peso | Altura | Idade | CPF            |
|-----------------------------------------------------------|------|--------|-------|----------------|
| <b>Titular:</b> VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING         | 120  | 1,79   | 32    | 079.098.939-57 |
| <b>Dependente 1:</b> ANTONELLA ALICIA DE JESUS KLAINUBING | 5    | 0,55   | 0     | 048.806.099-00 |
| <b>Dependente 2:</b>                                      |      |        |       |                |
| <b>Dependente 3:</b>                                      |      |        |       |                |
| <b>Dependente 4:</b>                                      |      |        |       |                |
| <b>Dependente 5:</b>                                      |      |        |       |                |
| <b>Dependente 6:</b>                                      |      |        |       |                |

O proponente ou responsável deverá preencher com

S (sim) ou N (não). Informe se é portador ou se já sofreu de:

|                                                                                                                                                                                                                                                        | Titular | Dep.1 | Dep.2 | Dep.3 | Dep.4 | Dep.5 | Dep.6 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 Doenças do aparelho digestivo: refluxo, gastrite, pedra na vesícula, úlcera, colite, intestino irritável, intestino preguiçoso, cirrose, entre outras?                                                                                               | N       | N     |       |       |       |       |       |
| 2 Doenças endócrinas: obesidade, diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo, tireoide (papo, nódulo), entre outras?                                                                                                                                   | S       | N     |       |       |       |       |       |
| 3 Doenças do sistema genital e urinário: infecção urinária, cistite, perda de urina, fimose, próstata, ovário, mioma, pedra no rim, insuficiência renal, entre outras?                                                                                 | N       | N     |       |       |       |       |       |
| 4 Doenças cardiovasculares: pressão alta, arritmia, insuficiência cardíaca, infarto, angina, problema valvular, varizes, hemorroida, chagas, febre reumática, aneurisma, entre outras?                                                                 | N       | N     |       |       |       |       |       |
| 5 Doenças oftalmológicas: miopia, astigmatismo, estrabismo, hipermetropia, descolamento da retina, glaucoma, catarata, ceratocone, degeneração macular, entre outras?                                                                                  | N       | N     |       |       |       |       |       |
| 6 Doenças neurológicas: paralisia cerebral, derrame, aneurisma, Neuropatia Parkinson, Alzheimer, traumatismo craniano, retardo de desenvolvimento, entre outras?                                                                                       | N       | N     |       |       |       |       |       |
| 7 Doenças do aparelho respiratório: rinite, sinusite, amigdalite, adenoidite, asma, bronquite, pneumonia, ronco, apneia do sono, desvio de septo, enfisema, entre outras?                                                                              | N       | N     |       |       |       |       |       |
| 8 Doenças ortopédicas: lesão do manguito rotador ombro, hérnia de disco, túnel do carpo, escoliose, cifose, desvio na coluna, sequelas de fraturas, placas ou parafuso ortopédicos, osteoporose, lesão do menisco ou ligamento, joanete, entre outras? | S       | N     |       |       |       |       |       |

|    |                                                                                                                                                                     |   |   |  |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 9  | Doenças congênitas: cardiopatia (septos), microcefalia, hidrocefalia, síndrome de Down, fenda labial e palatina, deficiência mental, entre outras?                  | N | N |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Doenças como: autismo, ansiedade, depressão, psicose, pânico, esquizofrenia, dependência de álcool ou drogas, entre outras?                                         | N | N |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Algum tumor benigno, maligno ou câncer: leucemia, carcinoma, melanoma, câncer de mama, próstata, pele, mieloma múltiplo, quimioterapia, radioterapia, entre outros? | N | N |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Hérnia: diafragmática, umbilical, inguinal, disco, hiato, incisional, entre outras?                                                                                 | N | N |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Uso de aparelhos: marcapasso, stent, lente intraocular (LIO), implante de prótese (mamas), DIU, entre outros?                                                       | N | N |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Sofreu ou sofre de alguma doença não identificada nas questões anteriores? Caso afirmativo, especificar abaixo.                                                     | N | N |  |  |  |  |  |  |

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer um dos itens acima, complementar com as seguintes informações:

**Item                      Tit/Dep                      Especifique a doença ou lesão e quando começou (data)? Há esclarecimentos adicionais?**

|   |              |                                             |
|---|--------------|---------------------------------------------|
| 2 | Titular      | OBESIDADE - PASSOU POR BARIATRICA HÁ UM ANO |
| 8 | Dependente 1 | HERNIA DE DISCO HÁ 8 ANOS APROXIMADAMENTE   |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |
|   |              |                                             |

**Há algum caso não especificado pelas questões acima ou informações importantes a serem registradas?**

|     |
|-----|
| Não |
|     |
|     |
|     |

Na qualidade de contratante e responsável pela Proposta de Admissão acima identificada, assumo integralmente a responsabilidade, em meu nome e em nome dos beneficiários inscritos na referida proposta, pelas informações e opções aqui prestadas, as quais coincidem com a via original em meu poder. Declaro-me ciente e de acordo com todas as informações constantes neste documento. Tenho conhecimento de que a omissão de informação, bem como o preenchimento incorreto deste documento, caracterizará fraude, nos moldes do Art. 299 do Código Penal, o qual dispõe: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Penas: reclusão de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular”, tornando o contrato passível de suspensão de cobertura ou denúncia, em conformidade com a Lei n.º 9.656/98 e regulamentações respectivas.

Afirmo saber que a Cobertura Parcial Temporária (CPT) permite a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade e leitos de alta tecnologia (internações em unidade de tratamento intensivo – UTI) relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

Afirmo saber que a operadora pode oferecer o Agravado, que se refere ao acréscimo no valor da mensalidade do plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada para a doença ou lesão preexistente declarada após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. A oferta pelas operadoras do Agravado como opção à CPT é facultativa, conforme artigo 6.º, parágrafo 1.º da Resolução Normativa n.º 162/2008, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Afirmo saber que, para as doenças ou lesões preexistentes informadas no presente documento que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, a Unimed Curitiba irá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) uma vez que a oferta de Agravado não é obrigatória.

Afirmo saber que caso a Unimed Curitiba venha a identificar, no período de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, indícios de omissão de informação de doença ou lesão preexistente à assinatura do contrato que não tenha sido declarada no presente documento, comunicará imediatamente o cliente para que se manifeste em 10 (dez) dias. Se houver concordância quanto à alegação de omissão de informação, a Unimed Curitiba aplicará CPT para a doença omitida. Se houver discordância quanto à alegação de omissão de informação, a Unimed Curitiba encaminhará o caso para julgamento da ANS. Caso a ANS julgue que houve omissão de informação, a Unimed Curitiba poderá promover a suspensão da cobertura ou o cancelamento do contrato. Além disso, o beneficiário será responsável pelo pagamento à Unimed Curitiba das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT relativos à doença omitida.

Autorizo a Unimed Curitiba a enviar ao e-mail por mim indicado abaixo a correspondência de aplicação de CPT, bem como demais comunicações necessárias. Declaro que conferi e sou responsável pela veracidade dos dados, em especial referentes ao endereço eletrônico (e-mail) e telefones por mim apresentados neste ato. Declaro ainda ter conhecimento que receberei comunicações por mensagem de texto (SMS).

[vitor-portico@hotmail.com](mailto:vitor-portico@hotmail.com)

E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório)

41 98766-5118

TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório)

DATA

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL

(41) 3019-2000 – EXCLUSIVO PARA LIBERAÇÃO DE PROCEDIMENTOS  
0800-642-2002 – EXCLUSIVO PARA SUGESTÕES, RECLAMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS  
0800-642-5005 – EXCLUSIVO PARA DEFICIENTES AUDITIVOS E DE FALA



WWW.UNIMEDCURITIBA.COM.BR



AV. AFFONSO PENNA, 297, TARUMÃ  
CURITIBA-PR | CEP: 82530-280

ANS - Nº 30470-1



**De:** Daiane Alves Tiborski - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA <daiane.tiborski@unimedcuritiba.com.br>  
**Enviado em:** segunda-feira, 7 de julho de 2025 10:03  
**Para:** vitor-portico@hotmail.com  
**Assunto:** Carta nº 24982.25 - Aplicação de CPT - VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING

Prezado(a) Sr.(a),

**Ref.: Aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT**

A Resolução Normativa nº. 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS determina no artigo 2º, inciso II e no artigo 6º que as operadoras de planos de saúde, uma vez constatada, através de indicação expressa do beneficiário, doença ou lesão preexistente à aquisição do produto, ofereçam a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** por meio da qual o usuário restará impedido de utilizar eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade diretamente relacionados à(s) patologia(s) declarada(s), pelo prazo de 24 meses, que equivale a 730 dias, a contar da aquisição do contrato.

Tendo em vista que foram declaradas doenças ou lesões preexistentes, quando do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada para o(a) proponente **VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING**, CPF **079.098.939-57** para o qual ocorrerá aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT pelo período de **730 dias** para as doenças descritas a seguir:

| Doença ou lesão declarada          | CID   | Descrição                                    |
|------------------------------------|-------|----------------------------------------------|
| OBESIDADE                          | E66   | Obesidade                                    |
| BARIATRICA                         | Z90.3 | Ausência adquirida de parte do estômago      |
| CIRURGIA DE HERNIA DE DISCO LOMBAR | M51   | Outros transtornos de discos intervertebrais |

Art. 2º Para fins desta Resolução considera-se:  
(...)

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Frise-se que os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade são aqueles classificados como tal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no Rol de Procedimentos vigente na data da solicitação do serviço. Tal lista pode ser acessada por V.Sa. no site da ANS: acessar [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e no ícone 'Espaço do Consumidor' clicar em 'o que o seu plano deve cobrir', 'Confira mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor' e 'Lista completa dos Procedimentos'. Se ao lado procedimento selecionado constar a sigla PAC significa que se trata de Procedimento de Alta Complexidade.

Sendo assim, na hipótese de ser requerido em favor de V.Sa. procedimento cirúrgico ou de alta complexidade ou leito de alta tecnologia para tratamento de qualquer uma das doenças listadas acima, no período de 730 dias a contar da data da adesão, a Unimed Curitiba estará desobrigada de assegurar a cobertura respectiva em decorrência da existência de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Atenciosamente,  
Unimed Curitiba

Informações, Reclamações e Sugestões 0800 642 4004  
Atendimento Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 642 5005

Esse é um e-mail automático da Unimed Curitiba, por favor, não responda essa mensagem.Teremos satisfação de atende-lo através da nossa central de atendimento, ou em uma de nossa Unidades de Atendimento.

**Daiane Alves Tiborski - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA**  
**Unimed Curitiba**  
daiane.tiborski@unimedcuritiba.com.br



AVISO: O material contido nesta mensagem não expressa, necessariamente, a posição oficial da UNIMED CURITIBA. Seu conteúdo é confidencial, legalmente protegido, restrito e de uso exclusivo do destinatário, sendo sua divulgação proibida por lei. Caso tenha recebido essa correspondência eletrônica por equívoco, por favor, avise imediatamente o remetente, respondendo este e-mail. Obrigado.

Tarefas » RETIFICAÇÃO STATUS CPT

LE=TASKS&ACTION=EDITVIEW&RETURN\_MODULE=TASKS&RETURN\_ACTION=DETAILVIEW)

DUPLICAR

Informação da Tarefa   Outros

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº da Tarefa: 199834                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Assunto: RETIFICAÇÃO STATUS CPT                              | Status: Concluída                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tipo Demanda:                                                | Categoria:                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Setor Demandante:                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Data Início: 07/07/2025 16:06                                | Data Limite: 07/07/2025 18:00                                                                                                                                                                                                                                   |
| Data Realizada:                                              | Data prazo original: 07/07/2025 18:00                                                                                                                                                                                                                           |
| Alvos (index.php?module=Prospects&action=DetailView&record=) | Nome do Contato:                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tipo Tarefa:                                                 | Prioridade: Baixa                                                                                                                                                                                                                                               |
| Descrição:                                                   | Solução: Boa tarde,<br><br>Segue a baixo status CPT:<br><br>VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING<br>TITULAR 07/07/2025<br>CARTA EMITIDA<br>ANTONELLA ALICIA DE JESUS KLAINUBING<br>DEPENDENTE 1<br>07/07/2025 SEM CID<br><br>Att,<br>Manuelle Andrade de Oliveira. |

Atividades   Todos   Outro

⬆️ Notas ou Anexos

⏮️

⏪

(0 - 0 de 0)

⏩

⏭️

| Assunto ⚙️ | Status ⚙️ | Contato ⚙️ | Última<br>Modificação ⚙️ | Data de<br>Criação ⚙️ | Atribuído<br>a ⚙️ | Criado<br>por: ⚙️ |
|------------|-----------|------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
|------------|-----------|------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|

Nenhum resultado encontrado.

⬆️ Reuniões

CRIAR

⏮️

⏪

(0 - 0 de 0)

⏩

⏭️

| Assunto ⚙️ | Data de Início ⚙️ | Data de Fim ⚙️ |
|------------|-------------------|----------------|
|------------|-------------------|----------------|

Nenhum resultado encontrado.





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 10/07/2025 às 18:38:24 (GMT -3:00)

Proposta 2504825 - VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING (#281923)

 ID única do documento: #e53d401b-d846-4d10-baa0-c9e593a91fa6

Hash do documento original (SHA256): 92FF0D0094C7C36F07CB636273BB109D9DF86A82D6FF96266F710EA5EA4A4156

Este Log é exclusivo ao documento número #e53d401b-d846-4d10-baa0-c9e593a91fa6 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

## Assinaturas (1)



**VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING (Contratante)**

Assinou em 10/07/2025 às 18:38:24 (GMT -3:00)

## Histórico completo

### Data e hora

10/07/2025 às 15:12:13  
(GMT -3:00)

### Evento

Unimed Curitiba - Proposta Plano Individual/Familiar solicitou as assinaturas.

10/07/2025 às 18:38:24  
(GMT -3:00)

VITOR HUGO DE OLIVEIRA KLAINUBING (CPF 079.098.939-57; E-mail vitor-portico@hotmail.com; IP 189.40.71.229,34.144.228.67, 35.191.112.147), assinou via email. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2º.

10/07/2025 às 18:38:24  
(GMT -3:00)

Documento assinado por todos os participantes.