

# 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:**

<https://pag.getnet.com.br/J6N4dU7lAx>

# Proposta de **ADMISSÃO**

**2025**

**PESSOA FÍSICA**

2504740

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

MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO

1005. Data de nascimento

25/07/1994

1006. CPF

08739117928

1013. E-mail

mlribeirofco@gmail.com

1009. Endereço

Travessa Ângelo Piazzetta, Nº 58 - CRISTO REI. CURITIBA - PR. Brasil.

1012. Complemento

Ap46 And3

1010. CEP

80050-460

1011. Telefone

41 99697-9863

1024. Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

## 3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO

1031. CPF

08739117928

1029. Nome da mãe

VANESSA D ANDREA RIBEIRO FRANCISCO

1030. Data de nascimento

25/07/1994

1690. Estado civil

Casado

1034. Cartão Nacional de Saúde

707603279393996

1032. Sexo

Feminino

1036. Endereço

Travessa Ângelo Piazzetta, Nº 58 - CRISTO REI. CURITIBA - PR Brasil

1033. CEP

80050-460

1035. Complemento

Ap46 And3

1038. Telefone

41 99697-9863

1043. Código do plano

2632

1044. Edição do regulamento

Flex Coparticipação - 1, Enfermaria, 16ª Edição

1042. Redução de carência

DATA BASE

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

LUCAS MATHEUS MARCONDES DOS SANTOS

1050. CPF

00842525963

1048. Nome da mãe

ELIANA OLIVEIRA SANTOS

1049. Data de nascimento

06/02/1995

1691. Estado civil

Casado

1057. Cartão Nacional de Saúde

705806404954336

1051. Sexo

Masculino

1130. Grau de dependência

Cônjuge/Companheiro

1053. Código do plano

2632

1054. Edição do regulamento

Flex Coparticipação - 1, Enfermaria, 16ª Edição

1052. Redução de carência

DATA BASE

1055. Descrição do plano

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

1056. Mensalidade

R\$501,82

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 2504740

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



#e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29

# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504740

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. - 29-33 - Copart. 50% - Vigência 03/2025 | 557,57            | 55,75                          |
|                                                      | Mensalidade total | Mensalidade total com desconto |
|                                                      | R\$1.115,14       | R\$1.003,64                    |

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







# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504740

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.



#e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29



## 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 2504740

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.



#e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29



## 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:** MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO



#e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29



## 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:** MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO



#e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29



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. 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. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                    | <b>Coletivo Empresarial</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                    | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                    | <b>Coletivo por Adesão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                    | 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)



# 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:**

<https://pag.getnet.com.br/J6N4dU7lAx>

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--|
| <b>Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | Data da Portabilidade: *****                |  |
| Tipo contratação                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica |                          | Código ANS: <b>304701</b>                   |  |
| <b>Titular: NIVALDO PINHEIRO FRANCISCO</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000059613335</b>            |  |
| Inclusão: <b>28/09/2007</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> Regulamentado                                                            | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento            |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | Plano: <b>COPARTICIPAÇÃO 50%</b>                                                           |                          |                                             |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: VANESSA DANDREA RIBEIRO FRANCISCO</b>                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000059613343</b>            |  |
| Inclusão: <b>28/09/2007</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento            |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: JOAO GUILHERME RIBEIRO FRANCISCO</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000059613351</b>            |  |
| Inclusão: <b>28/09/2007</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento            |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: MARIA LAURA RIBEIRO FRANCISCO ANASTACIO</b>                                                                                           |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000059613378</b>            |  |
| Inclusão: <b>28/09/2007</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs: 34 - Exclusão dependente                                                              |                          |                                             |  |
| Exclusão: <b>11/03/2025</b>                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento | iniciativa beneficiário                                                                    |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000059613386</b>            |  |
| Inclusão: <b>28/09/2007</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.:</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código:</b>                              |  |
| Inclusão: *****                                                                                                                                | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                                         | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento                       |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.:</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código:</b>                              |  |
| Inclusão: *****                                                                                                                                | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                                         | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento                       |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| Observação: <b>0</b>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          |                                             |  |
| Tipo: <b>0</b>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          |                                             |  |
| Situação: <input checked="" type="checkbox"/> Adimplente <input type="checkbox"/> Inadimplente <input type="checkbox"/> Não avalia adimplência |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | Última Paga: <b>10/06/2025</b>              |  |

Consultor(a):

**NILSON 399**

**EMELLY**

Data da solicitação:

**03/07/2025**

Código de validação:

**292**



|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--|
| <b>Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | Data da Portabilidade: *****                |  |
| Tipo contratação                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica |                          | Código ANS: <b>304701</b>                   |  |
| <b>Títular: MARILDO MARCONDES DOS SANTOS</b>                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000068494980</b>            |  |
| Inclusão: <b>13/11/2012</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> Regulamentado                                                            | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | Plano: <b>COPARTICIPAÇÃO 50%</b>                                                           |                          |                                             |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: ELIANA OLIVEIRA SANTOS</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000068495048</b>            |  |
| Inclusão: <b>13/11/2012</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: CAMILA MARCONDES DOS SANTOS</b>                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000068495099</b>            |  |
| Inclusão: <b>13/11/2012</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.: LUCAS MATHEUS MARCONDES DOS SANTOS</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código: 00320000068495269</b>            |  |
| Inclusão: <b>13/11/2012</b>                                                                                                                    | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                              | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.:</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código:</b>                              |  |
| Inclusão: *****                                                                                                                                | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                                         | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento                       |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.:</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código:</b>                              |  |
| Inclusão: *****                                                                                                                                | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                                         | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento                       |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| <b>Dep.:</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | <b>Código:</b>                              |  |
| Inclusão: *****                                                                                                                                | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria                                                                                                                         | Obs:                                                                                       |                          |                                             |  |
| Exclusão: *****                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia<br><input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento                       |                                                                                            |                          |                                             |  |
| R\$ - Individual:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        | CPF: *****                                                                                 | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |  |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | Data Nasc: *****                                                                           | Data Inicial CPT: *****  | <input type="checkbox"/> Não                |  |
| Observação: <b>0</b>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          |                                             |  |
| Tipo: <b>0</b>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          |                                             |  |
| Situação: <input checked="" type="checkbox"/> Adimplente <input type="checkbox"/> Inadimplente <input type="checkbox"/> Não avalia adimplência |                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                          | Última Paga: <b>10/06/2025</b>              |  |

Consultor(a):

NILSON 399

EMELLY

Data da solicitação:

03/07/2025

Código de validação:

291





FUNARPEN



SELO DIGITAL  
F411b.m5qv4.vfIUf  
oL4Fh.GPFC3  
<https://selo.funarpn.com.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



## CERTIDÃO DE CASAMENTO

|                                                      |                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nome<br><b>LUCAS MATHEUS MARCONDES DOS SANTOS **</b> | CPF<br>008.425.259-63 ** |
| Nome<br><b>MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO **</b>      | CPF<br>087.391.179-28 ** |

Matrícula

083261 01 55 2022 2 00064 278 0017497 61

Nomes completos de solteiro, datas de nascimento, naturalidade, nacionalidade e filiações dos cônjuges

**LUCAS MATHEUS MARCONDES DOS SANTOS**, nascido aos 06 de fevereiro de 1995, natural de UMUARAMA-PR, de nacionalidade brasileiro, solteiro, engenheiro mecânico, filho de MARILDO MARCONDES DOS SANTOS e de ELIANA OLIVEIRA SANTOS, residente e domiciliado na Travessa Ângelo Piazzetta, 58, AP 46, Cristo Rei, em Curitiba-PR, CEP: 80.050-460 \*\*

**MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO**, nascida aos 25 de julho de 1994, natural de CAMBARÁ-PR, de nacionalidade brasileira, solteira, psicóloga, filha de NIVALDO PINHEIRO FRANCISCO e de VANESSA D'ANDREA RIBEIRO FRANCISCO, residente e domiciliada à Rua Justiniano de Melo Silva, 450, Jardim Social, em Curitiba-PR, CEP: 82.530-150 \*\*

Data do registro do casamento (por extenso)

Dois de setembro de dois mil e vinte e dois \*\*

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| Dia | Mês | Ano  |
| 02  | 09  | 2022 |

Regime de bens do casamento

Participação Final nos Aquestos, sendo a Escritura de Pacto Antenupcial lavrada no dia 16/07/2022, no livro 944-N, folha 34/35 NESTE OFÍCIO \*\*

Nome que cada um dos cônjuges passou a utilizar (quando houver alteração)

\*\*\*\*\* \*\*

Averbações/Anotações a crescer

Casamento celebrado na Espaço Klaine, à R. Justo Manfron, 1431 - Santa Felicidade, Curitiba-PR, perante o Juiz de Paz Antonio Jairo Porto Alegre. Emolumentos: R\$43,05(VRC 175,00) Selo: R\$2,98, : : FUNDEP: R\$2,15, ISSQN: R\$1,72. Total: R\$49,90. \*\*

Anotações de cadastro

1º Cônjuge

CEP residencial 80 050-460

Grupo Sanguíneo ---

2º Cônjuge

CEP residencial 82 530-150

Grupo Sanguíneo ---

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

Nome do Ofício

Serviço Distrital do Bacacheri

Oficial Registrador

Elisângela Dias Florencio de Oliveira

Município e Comarca / UF

Município e Comarca de Curitiba - Estado do Paraná

Endereço

Av. Paraná, 1330  
CEP: 80.035-130 - Fone: (41)3071-7000

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba -PR, 02 de setembro de 2022 .

Adrielle Aparecida Venina dos Santos  
Escrevente Juramentada

Adrielle Aparecida Venina dos Santos  
Escrevente Juramentada



FUNARPEN BC 03308006 BRP







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



P  
R



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
2387762291

NOME  
LUCAS MATHEUS MARCONDES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF  
97225087 SESP PR

CPF  
008.425.259-63

DATA NASCIMENTO  
06/02/1995

FILIAÇÃO  
MARILDO MARCONDES DOS SANTO  
S  
ELIANA OLIVEIRA SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
B

Nº REGISTRO  
05811241524

VALIDADE  
26/05/2027

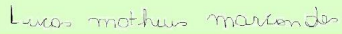
1ª HABILITAÇÃO  
26/06/2013





2387762291

OBSERVAÇÕES  
A

  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CURITIBA, PR

DATA EMISSÃO  
26/05/2022

ASSINADO DIGITALMENTE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

18638500358  
PR921749492

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**

#e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                        |                |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br> | <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br>MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES<br>SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO |                |    |
|                                                                                                                                                                        | <b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN</b>                       |                |                                                                                     |
| 2 e 1 NOME E SOBRENOME                                                                                                                                                 |                                                                                                        | 1ª HABILITAÇÃO |                                                                                     |
| MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO                                                                                                                                          |                                                                                                        | 04/03/2013     |                                                                                     |
|                                                                                       | 3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO                                                                       |                |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                        | 25/07/1994, CAMBARÁ, PR                                                                                |                |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                        | 4a DATA EMISSÃO                                                                                        | 4b VALIDADE    | ACC                                                                                 |
|                                                                                                                                                                        | 03/08/2023                                                                                             | 16/12/2032     |  D |
|                                                                                                                                                                        | 5 DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF                                                                    |                |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                        | 76957550 SESP PR                                                                                       |                |                                                                                     |
| 4d CPE                                                                                                                                                                 |                                                                                                        | 5 Nº REGISTRO  | 3 CAT HAB                                                                           |
| 087.391.179-28                                                                                                                                                         |                                                                                                        | 05721694334    | B                                                                                   |
| NACIONALIDADE                                                                                                                                                          |                                                                                                        |                |                                                                                     |
| BRASILEIRO                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                |                                                                                     |
| FILIAÇÃO                                                                                                                                                               |                                                                                                        |                |                                                                                     |
| NIVALDO PINHEIRO FRANCISCO                                                                                                                                             |                                                                                                        |                |                                                                                     |
| VANESSA D ANDREA RIBEIRO FRANCISCO                                                                                                                                     |                                                                                                        |                |                                                                                     |
| 7 ASSINATURA DO PORTADOR                                                                                                                                               |                                                                                                        |                |                                                                                     |
|                                                                                       |                                                                                                        |                |                                                                                     |

9
10
11
12

|                                                                                       |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| ACC  |  |            |  |
| A    |  |            |  |
| A1   |  |            |  |
| B    |  | 16/12/2032 |  |
| B1   |  |            |  |
| C    |  |            |  |
| C1   |  |            |  |

9
10
11
12

|                                                                                       |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| D    |  |  |  |
| D1   |  |  |  |
| BE   |  |  |  |
| CE   |  |  |  |
| C1E  |  |  |  |
| DE   |  |  |  |
| D1E  |  |  |  |

12

OBSERVAÇÕES

LOCAL

CURITIBA, PR

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

44511135404
PR924124441

PARANÁ

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**

2. 2. 1. Nome e Sobrenome / Name / Surname / Nome e Apellidos - Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir - 3. Data de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento - 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión - 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Valido Hasta - ACC - 4c. Documento Identidade - Órgão emissor / Identity Document - Issuing Authority / Documento de Identificación - Autoridad Expedidora - 4d. CPF - 5. Número de registro da CNH / Driver License Number / Número de Permiso de Conducir - 9. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver license Class / Categoría de Permisos de Conducir - Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad - Filiação / Filiação - 12. Observações / Observations / Observaciones - Local / Place / Lugar

I<BRA057216943<346<<<<<<<<<<  
9407255F3212161BRA<<<<<<<<<<2  
MARIA<<LUISA<RIBEIRO<FRANCISCO



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **008.425.259-63**

Nome: **LUCAS MATHEUS MARCONDES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **06/02/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/12/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:56:10** do dia **07/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **AFA0.3633.67A2.23AE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **087.391.179-28**

Nome: **MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO**

Data de Nascimento: **25/07/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/05/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:55:14** do dia **07/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4BD1.218C.845E.EE67**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

Responsável pela Iluminação Pública: Município 156

**Classificação:**  
B1 Residencial / Residencial

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

**Nome:** MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO

**Endereço:** Tr Angelo Piazzetta, 58 - Ap46 And3 -  
Cristo Rei  
CEP: 80050-460  
Cidade: Curitiba - Estado: PR  
CPF: \*\*\*.\*\*\*.79-28

**UNIDADE CONSUMIDORA**

**109584104**

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲

**DATAS DE  
LEITURAS**

**Leitura anterior**  
**02/05/2025**

**Leitura atual**  
**02/06/2025**

**Nº de dias**  
**31**

**Próxima Leitura**  
**01/07/2025**



NOTA FISCAL No. 169923515 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 03/06/2025

Consulte Chave de Acesso em:

<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de Acesso

4125 0604 3688 9800 0106 6600 3169 9235 1510 6452 7549

Protocolo de Autorização: 1412500027405850 - 03/06/2025 às 03:04:00America/Sao\_Paulo

| REF: MÊS / ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|----------------|------------|---------------|
| 06/2025        | 10/07/2025 | R\$137,09     |

| Itens de fatura               | Unid. | Quant. | Preço unit (R\$)<br>com tributos | Valor (R\$) | PIS/<br>COFINS | ICMS  | Tarifa<br>unit. (R\$) |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------------|----------------|-------|-----------------------|
| ENERGIA ELET CONSUMO          | kWh   | 150    | 0,380333                         | 57,05       | 2,69           | 10,84 | 0,290190              |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA      | kWh   | 150    | 0,445400                         | 66,81       | 3,15           | 12,69 | 0,339820              |
| ENERGIA CONS. B.AMARELA       | kWh   | 140,32 | 0,024657                         | 3,46        | 0,16           | 0,66  | 0,018850              |
| ENERGIA CONS. B.VERMELHA      | kWh   | 9,68   | 0,056833                         | 0,55        | 0,02           | 0,10  | 0,044630              |
| CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO | UN    |        | 9,220000                         | 9,22        |                |       |                       |
| TOTAL                         |       |        |                                  | 137,09      | 6,02           | 24,29 |                       |

| Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|---------|-----------------------|--------------|-------------|
| ICMS    | 127,87                | 19%          | 24,29       |
| COFINS  | 103,56                | 4,7790%      | 4,95        |
| PIS     | 103,56                | 1,0335%      | 1,07        |

**HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh**

**CONSUMO FATURADO**

**Nº DIAS FAT.**

|       |     |    |
|-------|-----|----|
| JUN25 | 150 | 31 |
| MAI25 | 152 | 30 |
| ABR25 | 153 | 27 |
| MAR25 | 246 | 31 |
| FEV25 | 216 | 31 |
| JAN25 | 146 | 32 |
| DEZ24 | 170 | 31 |
| NOV24 | 198 | 31 |
| OUT24 | 203 | 29 |
| SET24 | 140 | 32 |
| AGO24 | 198 | 30 |
| JUL24 | 175 | 29 |
| JUN24 | 175 | 32 |

| Medidor    | Grandezas   | Postos<br>horários | Leitura<br>Anterior | Leitura<br>Atual | Const<br>Medidor | Consumo<br>kWh |
|------------|-------------|--------------------|---------------------|------------------|------------------|----------------|
| 0412080298 | CONSUMO kWh | TP                 | 5540                | 5690             | 1                | 150            |

**Reservado ao Fisco**

PERÍODO FISCAL: 03/06/2025

**24C6.53D5.C54B.8D79.D989.F801.51C7.2256**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Grupo de Tensão / Modalidade Tarifária: B - CONVENCIONAL

A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

Periodos Band.Tarif.: Amarela:03/05-31/05 Vermelha P1:01/06-02/06

UNIDADE CONSUMIDORA

MÊS REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

**109584104**

**06/2025**

**10/07/2025**

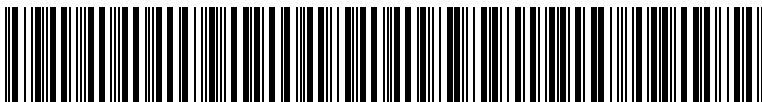
**R\$137,09**



Número da fatura: FAT-01-20259436452754-98

PIX

836900000016 370901110004 001010202594 436452754985



.

Resultado da Busca por Endereço ou CEP

1 a 1 de 1

| Logradouro/Nome           | Bairro/Distrito | Localidade/UF | CEP       |
|---------------------------|-----------------|---------------|-----------|
| Travessa Ângelo Piazzetta | Cristo Rei      | Curitiba/PR   | 80050-460 |

Nova Busca



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 11/07/2025 às 13:28:09 (GMT -3:00)

Proposta 2504740 - MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO (#283175)

 ID única do documento: #e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29

Hash do documento original (SHA256): EE0F272C51144356ABCCD02F6CBD77E36FD4D47303A30B78AB8A0AA2E854230C

Este Log é exclusivo ao documento número #e79ce3a2-b329-4869-8652-6dca9ca4fc29 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

## Assinaturas (1)



**MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO (Contratante)**

Assinou em 11/07/2025 às 13:28:08 (GMT -3:00)

## Histórico completo

### Data e hora

11/07/2025 às 12:29:55  
(GMT -3:00)

### Evento

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

11/07/2025 às 13:28:08  
(GMT -3:00)

MARIA LUISA RIBEIRO FRANCISCO (CPF 08739117928; E-mail mlribeirofco@gmail.com; IP 138.204.24.184), 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, §2.

11/07/2025 às 13:28:08  
(GMT -3:00)

Documento assinado por todos os participantes.