

ATENÇÃO!

PAGAMENTO E VENCIMENTO DA MENSALIDADE

Cronograma de Assinatura

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

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

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

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

Como realizar o pagamento?

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

FORMA DE PAGAMENTO OPTADA JUNTO AO SEU CONSULTOR:

Converse com o seu consultor para efetuar o pagamento.

Proposta de **ADMISSÃO**

2025

PESSOA FÍSICA

2504232

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

LIGIA THIEME KOKUBO

1005. Data de nascimento

22/01/1982

1006. CPF

040.341.539-03

1013. E-mail

Lígia.kokubo@gmail.com

1009. Endereço

Rua Agostinho Brusamolin, Nº 333 - Cidade Industrial. Curitiba - PR. Brasil.

1012. Complemento

106 T8

1010. CEP

81312-090

1011. Telefone

41 99148-7368

3 – RESPONSÁVEL FINANCEIRO

1014. Nome conforme a Receita Federal/Nome empresarial

LUIZA YOKO KOKUBO

1015. Data de Nascimento/Abertura

14/01/1949

1016. CPF/CNPJ

255.256.389-91

1017. Nome fantasia

1019. Endereço

Rua Vereador Constante Pinto, Nº 161 - Bacacheri . Curitiba - . Brasil

1020. Complemento

1021. CEP

82510-240

1022. Telefone

41 98828-0438

1023. E-mail

luizakokubo1401@gmail.com

1024 - Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

LIGIA THIEME KOKUBO

1031. CPF

040.341.539-03

1029. Nome da mãe

OLIVIA GONCALVES KOKUBO

1030. Data de nascimento

22/01/1982

1690. Estado civil

Solteiro

1034. Cartão Nacional de Saúde

705009679455551

1032. Sexo

Feminino

1036. Endereço

Rua Agostinho Brusamolin, Nº 333 - Cidade Industrial. Curitiba - PR Brasil

1033.CEP

81312-090

1035. Complemento

106 T8

1038.Telefone

41 99148-7368

1043. Código do plano

2634

1044. Edição do regulamento

Flex Coparticipação - 1, Apartamento, 15ª Edição

1042. Redução de carência

DATA BASE

1045. Descrição do plano

459875090 - PLANO FLEX COPART 1 AMB HOSP C/ OBST APTO - 50%

1046. Mensalidade

R\$996,39

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\$543,92	R\$619,96	R\$679,54	R\$732,14	R\$802,57	R\$996,39	R\$1152,52	R\$1518,21	R\$1935,72	R\$2430,10

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%	13,98%	9,61%	7,74%	9,62%	24,15%	15,67%	31,73%	27,5%	25,54%

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

1047. Nome conforme a Receita Federal

1050. CPF

1048. Nome da mãe

1049. Data de nascimento

1691. Estado civil

1057. Cartão Nacional de Saúde

1051. Sexo

1130. Grau de dependência

1053. Código do plano

1054. Edição do regulamento

1052. Redução de carência

1055. Descrição do plano

1056. Mensalidade

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										

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										

Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504232

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2

1057. Nome conforme a Receita Federal

1060. CPF

1058. Nome da mãe

1059. Data de nascimento

1692. Estado civil

1067. Cartão Nacional de Saúde

1061. Sexo

1131. Grau de dependência

1063. Código do plano

1064. Edição do regulamento

1062. Redução de carência

1065. Descrição do plano

1066. Mensalidade

1320 - Tabela de preços por faixa etária

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

1220 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

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

1067. Nome conforme a Receita Federal

1070. CPF

1068. Nome da mãe

1069. Data de nascimento

1693. Estado civil

1077. Cartão Nacional de Saúde

1071. Sexo

1132. Grau de dependência

1073. Código do plano

1074. Edição do regulamento

1071. Redução de carência

1075. Descrição do plano

1076. Mensalidade

1330 - Tabela de preços por faixa etária

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

1230 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

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

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3



Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504232

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										

1087. Nome conforme a Receita Federal

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 5

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

Flex - Apto. - 39-43 - Copart. 50% - Vigência 03/2025

Mensalidade

996,39

Desconto(R\$)

0

Mensalidade total

R\$996,39

Mensalidade total
com desconto

R\$996,39

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 **30/07/2025** 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) ou pelo telefone 0800 642 2002.

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

4.4. Reajuste anual

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

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

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

4.5. Reajuste por faixa etária

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

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

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

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





4.6. Campanha promocional

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

4.7. Coparticipação em procedimentos ambulatoriais

A coparticipação em procedimentos ambulatoriais (consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais eletivos e emergenciais) será limitada em R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais) por procedimento realizado. O valor estipulado nesta cláusula será reajustado anualmente, respeitando a data de aniversário do contrato e obedecendo ao índice aplicado à mensalidade. Além disso, o limite de estabelecido nesta cláusula será considerado para cada procedimento realizado. Ou seja, se o beneficiário realizar mais de um procedimento o limite será multiplicado pelo número de procedimentos realizados.

4.8. 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. Portanto, **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.

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

4.10. 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.





4.11. 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.

4.12. 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.

4.13. Área geográfica de abrangência do plano de saúde

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

5 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E TERMO DE CONSENTIMENTO

5.1. 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.

5.2. Consentimento

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

Declaração – Plano Referência

Declaro que, por ocasião da minha decisão pela contratação de plano comercializado pela Unimed Curitiba, em





Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504232

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: LIGIA THIEME KOKUBO

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: LUIZA YOKO KOKUBO





6 – 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: LIGIA THIEME KOKUBO

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: LUIZA YOKO KOKUBO



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



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



INSTAGRAM.COM/UNIMEDCURITIBAOFICIAL



LINKEDIN.COM/COMPANY/UNIMED-CURITIBA



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.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.	

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	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.	
VIGÊNCIA	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.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	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 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
ouvidoria@ans.gov.br

Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba				Data da Portabilidade: *****	
Tipo contratação		☐ Pessoa Física ☒ Pessoa Jurídica		Código ANS: 304701	
Titular: LIGIA THIEME KOKUBO				Código: 00320000071265082	
Inclusão: 24/06/2014	Cobertura: ☒ enfermaria ☒ Regulamentado	Obs:			
Exclusão: 30/04/2024	☒ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		Plano: SEM COPARTICIPAÇÃO			
		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Observação: MIGRAÇÃO DE PLANO (LEI 9656/98)					
Tipo: 0					
Situação: ☐ Adimplente ☐ Inadimplente ☒ Não avalia adimplência				Última Paga:	

Consultor(a): **BRASCARE SAÚDE E CORRETORA DE SEGUROS**

Data da solicitação: **09/06/2025**

Código de validação: **12242**

EMELLY



Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba				Data da Portabilidade: *****	
Tipo contratação		☐ Pessoa Física ☒ Pessoa Jurídica		Código ANS: 304701	
Titular: LIGIA THIEME KOKUBO				Código: 00320000087818868	
Inclusão: 01/05/2024	Cobertura: ☒ enfermaria ☒ Regulamentado	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☒ obstetrícia ☒ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		Plano: COPARTICIPAÇÃO I 50%			
		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Dep.:				Código:	
Inclusão: *****	Cobertura: ☐ enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	☐ nacional ☐ obstetrícia ☐ regional ☐ apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? ☐ Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	☐ Não	
Observação: 0					
Tipo: 0					
Situação: ☐ Adimplente ☐ Inadimplente ☒ Não avalia adimplência				Última Paga:	

Consultor(a): **BRASCARE SAÚDE E CORRETORA DE SEGUROS**

Data da solicitação: **09/06/2025**

Código de validação: **12241**

EMELLY



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME LUIZA YOKO KOKUBO

FILIAÇÃO
SUSSUMU KOKUBO
SATIKO KOKUBO

DATA NASCIMENTO 14/01/1949
ORGÃO EXPEDIDOR IIPR
NATURALIDADE URA/PR
OBSERVAÇÃO IDOSO

Luizyatto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 255.256.389-91

REGISTRO GERAL 753.320-9

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/07/2019

REGISTRO CIVIL

COMARCA=CURITIBA/PR, 2 OFÍCIO

C.CAS.AV.DIV=9820, LIVRO=26B, FOLHA=230

POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

035-19-03302

NAO PLASTIFICAR

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **255.256.389-91**

Nome: **LUIZA YOKO KOKUBO**

Data de Nascimento: **14/01/1949**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:18:41** do dia **10/06/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **AF9C.C3AD.763A.B4A8**



CONTA

FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE

LUIZA YOKO KOKUBO

MATRÍCULA

0113.7344

ENDEREÇO

R VER CONSTANCE PINTO
CAO BRABO

NÚMERO

161

Nº LADO - Nº FRENTE

195 146

CEP

82.510-240

LOCAL

CURITIBA

ROTEIRO DE LEITURA

001-51-21-350-11400

HIDRÔMETRO

513F011339-4-1

CAT - RES - COM - IND - UTP - POP

011 001 - - - -

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

	Turbidez	Cor	Cloro	Fúlor	Coll. Totais	Definições no verso
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	371	371	371	0	371	
Nº Amostras Realizadas	412	412	412	39	412	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	412	412	412	39	412	

Conclusão

Todas as amostras atenderam a legislação.

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Ag	Sep	Out	Nov	Dez
2024	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO
2025	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO								

FAIXAS DE CONSUMO

	VOLUME	VALOR M3/RS	AGUA	ESGOTO
RES Mínimo	5		50,42	42,86
De 6 a 10m3	1	1,56	1,56	1,33

HISTÓRICO DE CONSUMO	06/24	07/24	08/24	09/24	10/24	11/24	12/24	01/25	02/25	03/25	04/25
	5	5	5	5	5	5	5	7	4	5	5

DIAS DE CONSUMO - DATA DE LEITURA	15/05/2025	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO m3	REFE. 05/2025
	785	781	8		

MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA	MÉDIA DE CONSUMO m3 ÚLTIMOS 5 MESES	5	VENCIMENTO	01/06/2025
-------------------------------	-------------------------------------	---	------------	------------

PREVISÃO 15/06/2025	URA	AGUA	51,98	ESGOTO	44,19	SERVIÇOS	0,00	TOTAL	96,17
---------------------	-----	------	-------	--------	-------	----------	------	-------	-------

EMAIL SANEPAR: ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR

COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE: DEVER DE TODOS.

TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 7,01

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

OBSERVAÇÕES NO VERSO

COMPROVANTE CLIENTE

AVISO DE VENCIMENTO - VALOR A SER DEBITADO

EM SUA C/C - NAO VALE COMO RECIBO

ROTEIRO:001-51-21-350-11400



0113.7344
MATRÍCULA

05/2025
REFERÊNCIA

01/06/2025
VENCIMENTO

96,17
VALOR TOTAL

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

COMPROVANTE SANEPAR

[Portal Correios](#) Busca por Localidade/Logradouro

Resultado da Busca por Localidade/Logradouro

1 a 1 de 1

Logradouro/Nome
Rua Vereador Constante Pinto

Bairro/Distrito
Bacacheri

Localidade/UF
Curitiba/PR

CEP
82510-240

Nova Busca

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 6.801.506-5



POLEGAR DIREITO



Lucia Helena Kukulski

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **6.801.506-5**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/12/2003

NOME: **LIGIA THIEME KOKUBO**

FILIAÇÃO: TAMIO KOKUBO

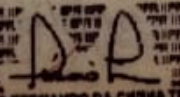
OLIVIA GONÇALVES KOKUBO

NATURALIDADE: CURITIBA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1982

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 3 OFICIO
C.NASC=40700, LIVRO=49A, FOLHA=500

CURITIBA/PR


CLAUDIO FERNANDO DA CUNHA TELLES
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

INTERPRINT LTDA

É PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **6.801.506-5**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/12/2003

NOME: **LIGIA THIEME KOKUBO**

FILIAÇÃO: TAMIO KOKUBO

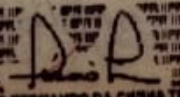
OLIVIA GONÇALVES KOKUBO

NATURALIDADE: CURITIBA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1982

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 3 OFICIO
C.NASC=40700, LIVRO=49A, FOLHA=500

CURITIBA/PR


CLAUDIO FERNANDO DA CUNHA TELLES
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

INTERPRINT LTDA

É PROIBIDO PLASTIFICAR

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **040.341.539-03**

Nome: **LIGIA THIEME KOKUBO**

Data de Nascimento: **22/01/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/11/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:17:41** do dia **10/06/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2617.ECAA.E180.FD68**





Companhia Paranaense de Gás - COMPAGAS

CNPJ 00.535.681.0001-92 IE 10.005.272-50

Av João Gualberto 1698, 6o. andar Alto da Glória, Curitiba - PR
CEP 80.030-001

www.compagas.com.br

CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

0800 643 8383

EMERGÊNCIAS E DEMAIS LOCALIDADES

Fatura de Gás

4544307

LIGIA THIEME KOKUBO

RUA AGOSTINHO BRUSAMOLIN, 333 106 T8

CIDADE INDUSTRIAL

81312-090 CURITIBA PR

CPF: 040.341.539-03

Emissão

15/05/2025

Vencimento

01/07/2025

Valor (R\$)

133,50

segmento

tarifa

identificação

residencial

p15

16579-101

chave nfe 41250500535681000192550030007266131045443071

número 726613

série 3

Produtos e Serviços Faturados

	quantidade	valor	valor total	desconto
Consumo 0 a 0,0333	0,9657	2,8166	2,72	0,00
Consumo 0,0333 a 0,1	1,9343	9,8428	19,04	9,51
Consumo 0,1 a 0,4 m3/dia	8,7000	6,8316	59,43	24,45
Consumo 0,4 a 0,6 m3/dia	5,8000	6,4552	37,44	14,77
Consumo 0,6 a 1,3333	9,9876	7,7099	77,00	34,21
Termo fixo 0,6 a 1,3333	1,0000	20,8148	20,81	0,00
total fatura			133,50	

Informações Técnicas

período de consumo:		16/04/2025 a 14/05/2025		próxima leitura prevista:		12/06/2025	
medidor	pressão	leitura		consumos			
		anterior	atual	medido	f. correção	faturado(m3)	
D22L0002381D	220mmca	507	536	29	0,9444	27,3876	
					total m3	27,3876	

Histórico de Consumo e Pagamentos

fatura	consumo m3	valor total R\$	vencimento	pagamento
4505400	21,7200	109,55	02/06/2025	29/04/2025
4466734	21,7200	108,57	01/05/2025	27/03/2025
4427943	21,7200	111,84	01/04/2025	28/02/2025
4389471	17,0000	93,55	03/03/2025	28/01/2025
4351284	26,4400	135,85	03/02/2025	06/01/2025
4313267	30,2200	152,97	01/01/2025	28/11/2024
4275369	33,0500	165,49	02/12/2024	31/10/2024
4237624	35,8900	178,65	01/11/2024	30/09/2024
4200009	37,7800	184,53	01/10/2024	28/08/2024
4162435	22,6700	117,70	02/09/2024	30/07/2024
4125138	14,1700	80,89	01/08/2024	03/07/2024
4087902	21,7200	113,68	01/07/2024	03/06/2024

As informações sobre as Condições Gerais de Fornecimento, disciplinadas pelo Decreto Estadual 6.052/2006, estão disponíveis no site da COMPAGAS em <http://transparencia.compagas.com.br/pt/acesso-informacao/listar-legislacao/>

Publicada nova tabela tarifária, conforme RESOLUÇÃO Nº 04, DE 28 JANEIRO DE 2025. Disponível no site compagas.com.br

RETENÇÃO RES 70 TIPO A OU B

cálculo do imposto

alíquota icms	base de cálculo icms	valor do icms
12 %	133,50	16,02

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09743 54430.782935 82752.170009 2 11290000013350

Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ					Vencimento	01/07/2025
Beneficiário COMPANHIA PARANAENSE DE GÁS - COMPAGAS					Agência/Código	2938/27521-7
Data do Documento	No. do Documento	Espécie Documento	Acetite	Data	Nosso Número	
15/05/2025		DM	N	15/05/2025	109/74544307-8	
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento	
	109	R\$			133,50	
instruções(Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento	
					0,00	
					(-) Outras Deduções	
					0,00	
					(+/-) Mora/Multa	
Ao banco: Não cobrar multa ou mora por atraso de pagamento. Se devidos a COMPAGAS incluirá nas próximas faturas. Ao nosso cliente: Realizando o pagamento deste documento após o vencimento via auto-atendimento ou internet, não calcular multa ou mora. Se devidos a COMPAGAS incluirá nas próximas faturas.					0,00	
					(+/-) Outros Acréscimos	
					0,00	
PARA DÉBITO AUTOMÁTICO INFORME O CÓDIGO (DO USUÁRIO): 10000165791018					(-) Valor	
					133,50	

PAGUE COM PIX



Pagador LIGIA THIEME KOKUBO CPF: 040.341.539-03

Endereço RUA AGOSTINHO BRUSAMOLIN, 333 106 T8 CEP: 81312-090 CIDADE INDUSTRIAL CURITIBA-

Sacador/Avalist



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

[Portal Correios](#) Busca por Localidade/Logradouro

Resultado da Busca por Localidade/Logradouro

1 a 1 de 1

Logradouro/Nome
Rua Agostinho Brusamolin

Bairro/Distrito
Cidade Industrial

Localidade/UF
Curitiba/PR

CEP
81312-090

Nova Busca