# ATENÇÃO!

TRAMONTINA VIEIRA & CIA LTDA

Unimed Curitiba

# 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

2504687

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed Curitiba

# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504687

## 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
JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS

**1005.** Data de nascimento
08/04/1988

**1006.** CPF
010.066.029-09

**1013.** E-mail
tatiana_niemiec@hotmail.com

**1009.** Endereço
Avenida Nossa Senhora da Penha, Nº 431 - Cristo Rei. Curitiba - PR. Brasil.

**1012.** Complemento

**1010.** CEP
80050-550

**1011.** Telefone
41 99715-4648

**1024.** Forma de pagamento
Boleto

**1025.** Banco

**1026.** Agência

**1027.** Conta corrente
-

# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504687

## 3 – DADOS DO BENEFICIÁRIO

### BENEFICIÁRIO TITULAR

**1028.** Nome conforme a Receita Federal
CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS

**1031.** CPF
071.182.369-34

**1029.** Nome da mãe
ISABELA SILVA SOUSA

**1030.** Data de nascimento
21/06/2025

**1690.** Estado civil
Solteiro

**1034.** Cartão Nacional de Saúde
700008007069008

**1032.** Sexo
Masculino

**1036.** Endereço
Travessa da Sorocaba, Nº 39 - Guabirotuba. Curitiba - PR Brasil

**1033.**CEP
81520-430

**1035.** Complemento

**1038.**Telefone

**1043.** Código do plano
2624

**1044.** Edição do regulamento
Flex Coparticipação - 1, Enfermaria, 16ª Edição

**1042.** Redução de carência
00 MESES

**1045.** Descrição do plano
459874091 - PLANO FLEX COPART 1 AMB HOSP C/ OBST ENF - 30%

**1046.** Mensalidade
R$480,62

**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$480,62 | R$580,25 | R$661,19 | R$735,57 | R$832,15 | R$927,51 | R$1104,29 | R$1390,52 | R$1763,87 | R$2516,16 |

**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

**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 | | | | | | | | | | |



Unimed Curitiba

# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504687

## 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 | | | | | | | | | | |

## BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3

**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 | | | | | | | | | | |



Unimed Curitiba

# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504687

## 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 | | | | | | | | | | |



Unimed Curitiba

## 4 – RESUMO CONTRATUAL

### Plano contratado

| | Mensalidade | Desconto(R$) |
|---|---|---|
| Flex - Enf. - 00-18 - Copart. 30% - Vigência 03/2025 | 480,62 | 0 |

| Mensalidade total | Mensalidade total com desconto |
|---|---|
| R$480,62 | R$480,62 |

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. Coparticipação em internamentos psiquiátricos

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

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

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

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

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

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

### 5.1. Carências contratuais

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

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

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

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

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

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

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

Caso o plano anterior não contemple os módulos de segmentação AMBULATORIAL, 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.**

### 5.4. 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 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.

## 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**: JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS

## 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**: JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS

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

INSTAGRAM.COM/UNIMEDCURITIBAOFICIAL

LINKEDIN.COM/COMPANY/UNIMED-CURITIBA

UNIMEDCURITIBA.COM.BR

ANS – Nº 30470-1

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**

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td rowspan="4">CARÊNCIA</td><td rowspan="4">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.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">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.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td><td>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 eneficiário.<br>Caso a operadora opte pelo não fornecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, 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.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</td></tr>
<tr><td>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</td><td colspan="3">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.</td></tr>
<tr><td>REAJUSTE</td><td>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.</td><td colspan="2">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.</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **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 exempregador 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.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

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

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

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

PR

VALIS

NOME
JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
9708499-8 SESP PR

CPF
010.066.029-09

DATA NASCIMENTO
08/04/1988

FILIAÇÃO
ANIRTON NONATO DOS SANTOS
ELENICE DE FATIMA CASAS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
03909075317

VALIDADE
29/10/2025

1ª HABILITAÇÃO
15/08/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2175495080

OBSERVAÇÕES

VALIS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CURITIBA, PR

DATA EMISSÃO
01/12/2020

ASSINATURA DO EMISSOR

71555261825
PR918922273

PARANÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

2175495080

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

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **010.066.029-09**

Nome: **JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **08/04/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/2003**

Digito Verificador: **00**

FUNARPEN

SELO DE FISCALIZAÇÃO
SFRCI.rbDcv.jb4yF
I9EJI.F383q
https://selo.funarpen.com.br

REGISTRO CURITIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

## CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS

Número do CPF
**071.182.369-34••**

Matrícula
080457 01 55 2025 1 00580 255 0136206 38

| Data do nascimento | Dia | Mês | Ano |
|---|---|---|---|
| Vinte e um de junho de dois mil e vinte e cinco •• | 21 | 06 | 2025 |

| Horario de nascimento | Município da naturalidade | UF |
|---|---|---|
| 10h 25min | Curitiba •• | PR |

| Local de nascimento | Município de Nascimento | UF | Sexo |
|---|---|---|---|
| Hospital e Maternidade Luisa de Marillac •• | Curitiba •• | PR | Masculino•• |

| Nome do(a) Genitor(a) | Município de nascimento | UF |
|---|---|---|
| LUCAS GABRIEL PEREIRA•• | Curitiba•• | PR |

Avô(ó)(s) respectivo(s)
JEFFERSON LUIZ MISSIONEIRO PEREIRA; ELENICE DE FATIMA CASAS••

| Nome do(a) Genitor(a) | Município de nascimento | UF |
|---|---|---|
| ISABELA SILVA SOUSA•• | Imperatriz•• | MA |

Avô(ó)(s) respectivo(s)
RAMON SANTOS SOUSA; MAGNA EUGENIA DA SILVA SOUSA••

| Data de registro | D.N.V |
|---|---|
| Vinte e três de junho de dois mil e vinte e cinco •• | 30-95684007-0 |

Anotações/Averbações
Nada Consta. Custas Isentas(Lei Federal 9.534/97). ••

Anotações voluntárias de cadastro

| CEP residencial | 81.520-430 | 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.

CNS nº 080457

Nome do Ofício
3º Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais e 15º Tabelionato de Notas de Curitiba

Oficial Registrador
Adilson Taborda - Tabelião/Registrador Interino

Município e Comarca / UF
Município e Comarca de Curitiba - Estado do Paraná

Endereço
Rua XV de Novembro, 1234
CEP: 80020-310 - Fone: (41)3149-1503
E-mail: registrocivil@15tabelionatocuritiba.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba-PR, 23 de junho de 2025.

*Daiane de Fátima Anginski de Araujo*
**Escrevente**

15º TABELIONATO E 3º SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS P. NATURAIS
Rua XV de Novembro, 1234 - CEP: 80020-310
Edifício Eugênia Campos - Curitiba - Paraná

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

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **071.182.369-34**

Nome: **CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS**

Data de Nascimento: **21/06/2025**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/06/2025**

Digito Verificador: **00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3373513636

2 e 1 NOME E SOBRENOME
LUCAS GABRIEL PEREIRA

1ª HABILITAÇÃO
13/06/2013

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
14/04/1994, CURITIBA, PR

4a DATA EMISSÃO
10/06/2025

4b VALIDADE
10/06/2030

ACC

D

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
103934087 SESP PR

4d CPF
091.189.999-56

5 Nº REGISTRO
05800352830

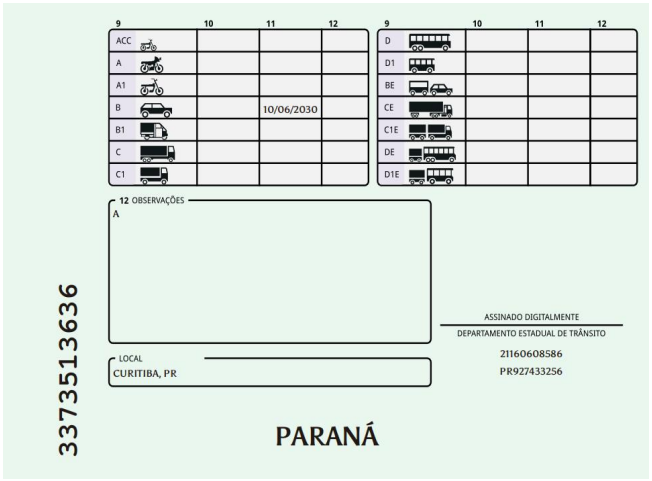
9 CAT HAB
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO(A)

FILIAÇÃO
JEFFERSON LUIZ MISSIONEIRO PEREIRA

ELENICE DE FATIMA CASAS

7 ASSINATURA DO PORTADOR



| 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|
| ACC | | | |
| A | | | |
| A1 | | | |
| B | | 10/06/2030 | |
| B1 | | | |
| C | | | |
| C1 | | | |

| 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|
| D | | | |
| D1 | | | |
| BE | | | |
| CE | | | |
| C1E | | | |
| DE | | | |
| D1E | | | |

12 OBSERVAÇÕES
A

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
21160608586
PR927433256

LOCAL
CURITIBA, PR

3373513636

PARANÁ

2 e 1. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos – Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir – 3. Data e Local 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 / Filiation / Filiación – 12. Observações / Observations / Observaciones - Local / Place / Lugar

I<BRA058003528<306<<<<<<<<<<<<
9404140M3006106BRA<<<<<<<<<<<8
LUCAS<<GABRIEL<PEREIRA<<<<<<<<

**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

Telefonica Brasil S.A.
Alameda Miguel Blasi, 51 - CEP: 86010-070 - Londrina - PR
I.E.: 9015982664 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62

Nº da Conta: 00001332511652
Código Cliente: 00000160816098

MÊS REFERÊNCIA: 06/2025
DATA DE EMISSÃO: 13/06/2025

JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS
AV N SRA DA PENHA 431
CRISTO REI
80050-550 CURITIBA - PR

| VENCIMENTO | VALOR A PAGAR (R$) |
|---|---|
| 26/06/2025 | 201,54 |

MEIO DE PAGAMENTO: BOLETO
ENVIO DA FATURA: E-MAIL
(financeiro@transtower.com.br)

OS BENEFÍCIOS DO CELULAR RENOVAM TODO DIA: 11

## RESUMO DA SUA CONTA (DE 11/05/25 A 10/06/25)

| | |
|---|---|
| VIVO CELULAR | 201,54 |
| Total a pagar | 201,54 |

| Plano contratado \| Adicionais contratados | Quantidade | Valor (R$) |
|---|---|---|
| VIVO CELULAR - Pós | | |
| Vivo Pos 40GB com Amazon Prime | 1 | 121,64 |
| (-) Desconto Vivo Pos 40GB com Amazon Prime | 1 | -10,00 |
| (+) Serviços Digitais Inclusos | - | - |
| (+) Amazon Prime | 1 | 19,90 |
| Linha Adicional | 1 | 70,00 |
| Subtotal Vivo Pós | | 201,54 |
| Subtotal Plano contratado / Adicionais contratados | | 201,54 |
| Total a pagar | | 201,54 |

- Não existe(m) valor(es) pendente(s) até a data de emissão dessa conta -

### SEUS NÚMEROS VIVO
Tel. Celular: 41-99181-0068, 41-99270-0068 (Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento no App Vivo)

### SUAS BONIFICAÇÕES
Celular Vivo: 1 Bonus 10GB 12M Pos | 2 Bonus 10GB RET POS - 12M | 2 Bônus Conta Digital 3GB

Veja detalhamento da sua conta no app Vivo

Pelo aplicativo, você também pode:
- Cadastrar o Débito Automático na sua conta e receber 3GB de internet todo mês
- Aproveitar os benefícos do Vivo Valoriza

### FALE COM A GENTE
Acesse o App Vivo ou ligue:
Para os serviços da casa: 10315
Para os serviços do celular: *8486 do seu celular Vivo
Se tem necessidades específica de acessibilidade para fala e/ou audição: 142
Ou acesse a Central de Intermediação em Libras disponível em nosso site.

### IMPORTANTE
• O benefício Bonus 10GB 12M Pos expirará em 03/05/26 O benefício Bonus 10GB RET POS - 12M expirará em 03/05/26 .

Importante: Mantenha o pagamento em dia e evite o cancelamento dos serviços, a suspensão parcial / total dos serviços, a rescisão contratual, e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamento após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. | Central de Atendimento ANATEL: 1331 e www.anatel.gov.br. PLANOS ANATEL: Vivo Pos 40GB com Amazon Prime: 150/POS/SMP. Para a prestação de serviços descrita nessa fatura incidem os seguintes impostos: PR - 19.5% ICMS, 0.65% PIS e 3% COFINS para Telecom. SP - 0% ISS, 0.65% PIS e 3% COFINS e 2% ISS, 1.65% PIS e 7.6% COFINS e 0% ISS, 0% PIS e 0% COFINS para SVAs.

Autenticação Mecânica — Destaque aqui

JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS

| Vencimento | Total a Pagar - R$ |
|---|---|
| 26/06/2025 | 201,54 |

| Cód. Débito Automático | Nº da Conta | Nº da Fatura | Mês Referência |
|---|---|---|---|
| 1332511652-2 | 00001332511652 | 00000749441631 | 06/2025 |

846200000020 015400691000 013325116526 925064416314

Pagar via Pix

## Resultado da Busca por Endereço ou CEP

1 a 1 de 1

| Logradouro/Nome | Bairro/Distrito | Localidade/UF | CEP |
|---|---|---|---|
| Avenida Nossa Senhora da Penha | Cristo Rei | Curitiba/PR | 80050-550 |

Nova Busca

Captcha Inválido!

COPEL
Pura Energia
0800 51 00 116 - www.copel.com

DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE ENERGIA ELÉTRICA
Copel Distribuição S.A.
R Jose Izidoro Biazetto, 158 - Bloco C - Mossungue
CEP: 81200-240 - Curitiba - PR
CNPJ 04.368.898/0001-06
INSC. ESTADUAL 9023307399

Segunda Via

Responsável pela Iluminação Pública: Municipio 156

| Classificação: | Tipo de Fornecimento: |
|---|---|
| B1 Residencial / Residencial | Monofasico /50A |

| DATAS DE LEITURAS | Leitura anterior | Leitura atual | Nº de dias | Próxima Leitura |
|---|---|---|---|---|
| | 14/05/2025 | 13/06/2025 | 30 | 14/07/2025 |

**Nome: LUCAS GABRIEL PEREIRA**

Endereço: Tr de Sorocaba, 39 - Guabirotuba

CEP: 81520-430
Cidade: Curitiba - Estado: PR
CPF: ***.***.*99-56

UNIDADE CONSUMIDORA
**68565658**
▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲

**NOTA FISCAL No. 172962231 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 14/06/202**

**Consulte Chave de Acesso em:**
https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl
**Chave de Acesso**
**4125 0604 3688 9800 0106 6600 3172 9622 3110 5437 4270**
**Protocolo de Autorização: 1412500030146214 - 14/06/2025 às 01:14:35America/Sao_Paulo**

| REF: MÊS / ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|
| 06/2025 | 05/07/2025 | R$196,50 |

| Itens de fatura | Unid. | Quant. | Preço unit (R$) com tributos | Valor (R$) | PIS/ COFINS | ICMS | Tarifa unit. (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ELET CONSUMO | kWh | 207 | 0,379420 | 78,54 | 3,56 | 14,92 | 0,290190 |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA | kWh | 207 | 0,444396 | 91,99 | 4,17 | 17,48 | 0,339820 |
| ENERGIA CONS. B.AMARELA | kWh | 117,30 | 0,024638 | 2,89 | 0,13 | 0,55 | 0,018850 |
| ENERGIA CONS. B.VERMELHA | kWh | 89,70 | 0,058194 | 5,22 | 0,23 | 0,99 | 0,044630 |
| CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO | UN | | 17,860000 | 17,86 | | | |
| TOTAL | | | | 196,50 | 8,09 | 33,94 | |

| Tributo | Base de Cálculo (R$) | Alíquota (%) | Valor (R$) |
|---|---|---|---|
| ICMS | 178,64 | 19% | 33,94 |
| COFINS | 144,70 | 4,6020% | 6,66 |
| PIS | 144,70 | 0,9967% | 1,43 |

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

| | CONSUMO FATURADO | Nº DIAS FAT. |
|---|---|---|
| JUN25 | 207 | 30 |
| MAI25 | 215 | 29 |
| ABR25 | 220 | 29 |
| MAR25 | 212 | 30 |
| FEV25 | 223 | 32 |
| JAN25 | 216 | 32 |
| DEZ24 | 250 | 30 |
| NOV24 | 294 | 30 |
| OUT24 | 321 | 31 |
| SET24 | 279 | 30 |
| AGO24 | 368 | 30 |
| JUL24 | 329 | 32 |
| JUN24 | 348 | 30 |

| Medidor | Grandezas | Postos horários | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const Medidor | Consumo kWh |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0243807832 | CONSUMO kWh | TP | 37999 | 38206 | 1 | 207 |

**Reservado ao Fisco**

**PERÍODO FISCAL:** 14/06/2025

**8E13.D6CD.DC7F.7BDD.A042.ABF3.5A0C.4245**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

O débito sujeita ao corte a partir de 12/07/2025. O contrato será encerrado se mantido 3 meses em corte, além das demais cobranças conforme legislação. Valores de atividades acessórias podem ser excluídos. Eventual reaviso anterior permanece válido. Se pago, desconsidere.

| Referência | Valor (R$) | Vencimento |
|---|---|---|
| 05/2025 | 197,70 | 05/06/2025 |

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

Grupo de Tensao / Modalidade Tarifaria: B - CONVENCIONAL
ESTA UNIDADE CONSUMIDORA ESTA SUJEITA A SUSPENSAO DE FORNECIMENTO
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
DEBITOS: 04/2025 R$ 455,09 05/2025 R$ 197,70
Periodos Band.Tarif.: Amarela:15/05-31/05 Vermelha P1:01/06-13/06

| UNIDADE CONSUMIDORA | MÊS REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 68565658 | 06/2025 | 05/07/2025 | R$196,50 |

Nùmero da fatura: FAT-01-20259545437427-97

PIX

836800000017 965001110000 001010202594 545437427978

COPEL



DANF3EA4B (V1.02)

## Resultado da Busca por Endereço ou CEP

1 a 1 de 1

| Logradouro/Nome | Bairro/Distrito | Localidade/UF | CEP |
|---|---|---|---|
| Travessa da Sorocaba | Guabirotuba | Curitiba/PR | 81520-430 |

Nova Busca

# CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

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

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

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

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

- NÃO caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

**BENEFICIÁRIO**

Local: **CURITIBA/ PR** Data:

Nome: **JEAN RAFAEL NONATO DOS SANTOS**

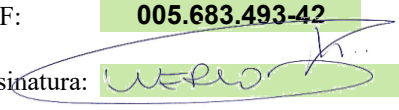
Assinatura:

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

Local: **CURITIBA/ PR** Data:

Nome: **WERLON BRITO**

CPF: **005.683.493-42**

Assinatura: 

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE
## ENTREVISTA QUALIFICADA

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

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

[X] Optei por assumir integralmente a responsabilidade sobre as informações prestadas nesta oportunidade, sem me utilizar de médico orientador e disponibilizado pela UNIMED CURITIBA, sem ônus para minha pessoa.

[ ] Optei pela orientação do médico indicado pela UNIMED CURITIBA.

[ ] Optei pela orientação do médico de minha confiança.

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR _____ CRM _____ ASSINATURA _____

| Nome | | Peso | Altura | Idade | CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| Titular: | CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS | 3 | 0,45 | 0 | 071.182.369-34 |
| Dependente 1: | | | | | |
| Dependente 2: | | | | | |
| Dependente 3: | | | | | |
| Dependente 4: | | | | | |
| Dependente 5: | | | | | |
| Dependente 6: | | | | | |

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

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

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

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

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

| Não |
|---|
| |
| |
| |

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

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

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

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

**Afirmo saber que caso a Unimed Curitiba venha a identificar, no período de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, indícios de omissão de informação de doença ou lesão preexistente à assinatura do contrato que não tenha sido declarada no presente documento, comunicará imediatamente o cliente para que se manifeste em 10 (dez) dias. Se houver concordância quanto à alegação de omissão de informação, a Unimed Curitiba aplicará CPT para a doença omitida. Se houver discordância quanto à alegação de omissão de informação, a Unimed Curitiba encaminhará o caso para julgamento da ANS. Caso a ANS julgue que houve omissão de informação, a Unimed Curitiba poderá promover a suspensão da cobertura ou o cancelamento do contrato. Além disso, o beneficiário será responsável pelo pagamento à Unimed Curitiba das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT relativos à doença omitida.**
**Autorizo a Unimed Curitiba a enviar ao e-mail por mim indicado abaixo a correspondência de aplicação de CPT, bem como demais comunicações necessárias. Declaro que conferi e sou responsável pela veracidade dos dados, em especial referentes ao endereço eletrônico (e-mail) e telefones por mim apresentados neste ato. Declaro ainda ter conhecimento que receberei comunicações por mensagem de texto (SMS).**

tatiana_niemiec@hotmail.com
**E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório)**

**41 99715-4648** **41 99115-0069**
**TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório)**

**DATA**

**ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL**

**Leticia Santana | Tramontina Vieira & Cia Ltda.**

**De:** AUTCOM - Unimed <crm975@unimedpr.net>
**Enviado em:** quinta-feira, 3 de julho de 2025 16:11
**Para:** taina.batista@unimed-vendas.com.br
**Assunto:** Re: CPT - Análise de CNPF:CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS

Prezado(a) Taina Aparecida Nunes Batista - Tramontina PF,

A tarefa "**CPT - Análise de CNPF:CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS**", referente à **CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS,** foi concluída por Taina Aparecida Nunes Batista - Tramontina PF.

**Solicitação:** Boa tarde, Segue planilha e declaração de saúde. Att, Tainá

**Solução:** Boa tarde! Segue status dos proponentes disponíveis para cadastro: CILLIAN MAGNA SOUSA CASAS TITULAR 03/07/2025 SEM CID Att.: Pablilline Siqueira

Atenciosamente,

**Unimed Curitiba - AUTCOM**