

# ATENÇÃO!



**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**

2504754

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 Taramã, Curitiba/ PR, CEP 82530-280.

## 2 – CONTRATANTE

1004. Nome conforme a Receita Federal

PEROLA ORO ABILHOA

1005. Data de nascimento

18/07/1984

1006. CPF

041.232.879-80

1013. E-mail

perolaora@yahoo.com

1009. Endereço

Rua Jeremias Maciel Perretto, Nº 646 - Campo Comprido. Curitiba - PR. Brasil.

1012. Complemento

Ap 0001 Bloco 11

1010. CEP

81210-310

1011. Telefone

41 99810-2218

1024. Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

## 3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

PEROLA ORO ABILHOA

1031. CPF

041.232.879-80

1029. Nome da mãe

MARINETE LUIZA ORO ABILHOA

1030. Data de nascimento

18/07/1984

1690. Estado civil

Solteiro

1034. Cartão Nacional de Saúde

700006352742909

1032. Sexo

Feminino

1036. Endereço

Rua Jeremias Maciel Perretto, Nº 646 - Campo Comprido. Curitiba - PR Brasil

1033. CEP

81210-310

1035. Complemento

Ap 0001 Bloco 11

1038. Telefone

41 99810-2218

1043. Código do plano

1574

1044. Edição do regulamento

Amigo 50% Enfermaria - Referência, 18ª edição

1042. Redução de carência

02 MESES

1045. Descrição do plano

704372994 - PLANO AMIGO AMB.HOSP.ENF.OBST.FAMILIAR - CO-PARTICIPAÇÃO II - 50%

1046. Mensalidade

R\$790,55

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\$479,91	R\$522,14	R\$602,92	R\$677,92	R\$779,27	R\$878,39	R\$1088,06	R\$1363,88	R\$1709,49	R\$2096,01

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%	8,80%	15,47%	12,44%	14,95%	12,72%	23,87%	25,35%	25,34% 22,61%

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

1047. Nome conforme a Receita Federal

MARIA EDUARDA ORO ABILHOA

1050. CPF

084.469.519-08

1048. Nome da mãe

PEROLA ORO ABILHOA

1049. Data de nascimento

06/08/2008

1691. Estado civil

Solteiro

1057. Cartão Nacional de Saúde

898002935051183

1051. Sexo

Feminino

1130. Grau de dependência

Filha(o)

1053. Código do plano

1574

1054. Edição do regulamento

Amigo 50% Enfermaria - Referência, 18ª edição

1052. Redução de carência

02 MESES

1055. Descrição do plano

704372994 - PLANO AMIGO AMB.HOSP.ENF.OBST.FAMILIAR - CO-PARTICIPAÇÃO II - 50%

1056. Mensalidade

R\$431,92

1310 - Tabela de preços por faixa etária

Idade	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59<
Valor	R\$479,91	R\$522,14	R\$602,92	R\$677,92	R\$779,27	R\$878,39	R\$1088,06	R\$1363,88	R\$1709,49	R\$2096,01

1210 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

Idade	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59<
Valor		0,00%	8,80%	15,47%	12,44%	14,95%	12,72%	23,87%	25,35%	25,34% 22,61%



# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504754

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2

1057. Nome conforme a Receita Federal

[Redacted]

1060. CPF

[Redacted]

1058. Nome da mãe

[Redacted]

1059. Data de nascimento

[Redacted]

1692. Estado civil

[Redacted]

1067. Cartão Nacional de Saúde

[Redacted]

1061. Sexo

[Redacted]

1131. Grau de dependência

[Redacted]

1063. Código do plano

[Redacted]

1064. Edição do regulamento

[Redacted]

1062. Redução de carência

[Redacted]

1065. Descrição do plano

[Redacted]

1066. Mensalidade

[Redacted]

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

[Redacted]

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3

1070. CPF

[Redacted]

1068. Nome da mãe

[Redacted]

1069. Data de nascimento

[Redacted]

1693. Estado civil

[Redacted]

1077. Cartão Nacional de Saúde

[Redacted]

1071. Sexo

[Redacted]

1132. Grau de dependência

[Redacted]

1073. Código do plano

[Redacted]

1074. Edição do regulamento

[Redacted]

1071. Redução de carência

[Redacted]

1075. Descrição do plano

[Redacted]

1076. Mensalidade

[Redacted]

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										



# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504754

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 4

1077. Nome conforme a Receita Federal

[Redacted]

1080. CPF

[Redacted]

1078. Nome da mãe

[Redacted]

1079. Data de nascimento

[Redacted]

1694. Estado civil

[Redacted]

1087. Cartão Nacional de Saúde

[Redacted]

1081. Sexo

[Redacted]

1133. Grau de dependência

[Redacted]

1083. Código do plano

[Redacted]

1084. Edição do regulamento

[Redacted]

1082. Redução de carência

[Redacted]

1085. Descrição do plano

[Redacted]

1086. Mensalidade

[Redacted]

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

[Redacted]

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 5

1090. CPF

[Redacted]

1088. Nome da mãe

[Redacted]

1089. Data de nascimento

[Redacted]

1695. Estado civil

[Redacted]

1097. Cartão Nacional de Saúde

[Redacted]

1091. Sexo

[Redacted]

1134. Grau de dependência

[Redacted]

1093. Código do plano

[Redacted]

1094. Edição do regulamento

[Redacted]

1092. Redução de carência

[Redacted]

1095. Descrição do plano

[Redacted]

1096. Mensalidade

[Redacted]

1350 - Tabela de preços por faixa etária

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

1250 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

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



## 4 – RESUMO CONTRATUAL

### Plano contratado

	Mensalidade	Desconto(R\$)
Amigo - Enf. - 39-43 - Copart. 50% - Vigência 03/2025	878,39	87,84
Amigo - Enf. - 00-18 - Copart. 50% - Vigência 03/2025	479,91	47,99
	Mensalidade total	Mensalidade total com desconto
	R\$1.358,30	R\$1.222,47

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

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

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

### 4.2. Desconto progressivo por número de beneficiários

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

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

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

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

### 4.3. Condições de pagamento

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

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





## 4.4. Reajuste anual

---

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

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

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

## 4.5. Reajuste por faixa etária

---

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

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

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

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

## 4.6. Campanha promocional

---

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

## 4.7. Coparticipação em procedimentos ambulatoriais

---

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





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

## 4.8. Coparticipação em internamentos psiquiátricos

---

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

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

---

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

---

---

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

### 5.1. Carências contratuais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504754

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.

---

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

---

CONTRATANTE: PEROLA ORO ABILHOA





## 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:** PEROLA ORO ABILHOA



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](http://WWW.UNIMEDCURITIBA.COM.BR/OUVIDORIA)

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

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

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

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

 [UNIMEDCURITIBA.COM.BR](http://UNIMEDCURITIBA.COM.BR)



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

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		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.
		<b>Coletivo por Adesão</b>	
		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.	

<b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	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.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
		<b>Coletivo por Adesão</b>	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	<p>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.</p>		
<b>REAJUSTE</b>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	

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

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

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

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

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

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

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

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

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu 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](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

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



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

Ministério da  
**Saúde**



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

**DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA**Sr(a). **PEROLA ORO ABILHOA****RUA JEREMIAS MACIEL PERRETTO 646 AP 01 BLOCO 11 - CAMPO COMPRIDO****Cep. 81210-310 - CURITIBA - PR**Contrato: **2422950000**

Prezado(a) Senhor(a),

A AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 29.309.127/0001-79 inscrita na ANS sob o n. 326305, vem respeitosamente perante Vossa Senhoria, fornecer as informações solicitadas em 30/06/2025, conforme abaixo:

Figura Vossa Senhoria PEROLA ORO ABILHOA, nascido em 18/07/1984, portador do CPF nº 041.232.879-80, desde 23/04/2025, como beneficiário titular do contrato Nº 2422950000, firmado em 23/04/2025.

Beneficiário	Nome do Beneficiário	Dt Inclusão	Dt Exclusão	Dt Nascimento	Numero CPF
094104032	PEROLA ORO ABILHOA	23/04/2025		18/07/1984	041.232.879-80
094104033	MARIA EDUARDA ORO ABILHOA	23/04/2025		06/08/2008	null

Possui(em) o produto AMIL S380 QP NAC R COPART TP PJ\_PME, com registro RPS de nº 483781199, Tipo de contratação PME com acomodação Individual, segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia com área de abrangência geográfica Nacional.

Esse documento se aplica para fins de informações sobre a atual situação do BENEFICIÁRIO no plano de saúde acima mencionado.

Atenciosamente,

**AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA**

Diretoria de Atendimento

## Plano selecionado

Nome Comercial	Amil S380 QP Nac R Copart PJ
Número do Registro / Código do Plano	483781199
Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. - 32630-5
Comercialização	Liberada
Tipo de Plano	Novo
Tipo de Contratação	Coletivo empresarial
Acomodação	Individual
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
Fator Moderador	Co-participação
Abrangência Geográfica	Nacional

## Abrangência Geográfica do Plano

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



# Carteirinha

## PLANO MÉDICO AMIL

AMIL S380 QP NAC R COPART TP PJ\_PME

Perola  
Oro Abilhoa

amil

PLANO MÉDICO AMIL  
AMIL S380 COPART TP

📞 094104032

NACIONAL

### Segmentação

**Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia**

Rede Atendimento

**884 Amil S380 QP**

Nascimento

**18/07/1984**

Acomodação

**Apartamento**

Inclusão

**23/04/2025**



Salvar Carteirinha



**PEROLA** ●  
Responsável



**MARIA**  
Dependente



# Carteirinha

## PLANO MÉDICO AMIL

AMIL S380 QP NAC R COPART TP PJ\_PME

Maria  
Eduarda Oro Abilhoa

amil

PLANO MÉDICO AMIL  
AMIL S380 COPART TP

☎ 094104033

NACIONAL

Segmentação

**Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia**

Rede Atendimento

**884 Amil S380 QP**

Nascimento

**06/08/2008**

Acomodação

**Apartamento**

Inclusão

**23/04/2025**



Salvar Carteirinha



**PEROLA** ●  
Responsável



**MARIA**  
Dependente



		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			P R
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
NOME PEROLA ORO ABILHOA					
	DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF 63247820 SESP PR				
	CPF 041.232.879-80	DATA NASCIMENTO 18/07/1984			
	FILIAÇÃO RODRIGO DE ABREU ABILHOA				
	MARINETE LUIZA ORO ABILHOA				
	PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB. B		
Nº REGISTRO 03347157608	VALIDADE 01/02/2032	1ª HABILITAÇÃO 03/08/2004			
OBSERVAÇÕES EAR A					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL CURITIBA, PR		DATA EMISSÃO 11/02/2022			
ASSINADO DIGITALMENTE DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO					
56267018869 PR921219521					
PARANÁ					
DENATRAN			CONTRAN		

QR-CODE



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

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

SERPRO / SENATRAN

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



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.232.879-80**

Nome: **PEROLA ORO ABILHOA**

Data de Nascimento: **18/07/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/02/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:02:02** do dia **11/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4726.6F1E.7FC7.A090**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 13.617.411-8



POLEGAR DIREITO



**NÃO ALFABETIZADA**

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 13.617.411-8 DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/08/2012

NOME: **MARIA EDUARDA ORO ABILHOA**

FILIAÇÃO:  
PEROLA ORO ABILHOA

NATALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 06/08/2008

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, MERCES  
C.NASC=22432, LVRO=61A, FOLHA=36

CPF: 084.469.519-08

CURITIBA/PR



NEWTON TABBU ROCHA  
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**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: **084.469.519-08**

Nome: **MARIA EDUARDA ORO ABILHOA**

Data de Nascimento: **06/08/2008**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/09/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:59:36** do dia **07/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5C0D.800A.EABA.1347**



Responsável pela Iluminação Pública: Município 156 Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei No. 10.438, de 26/04/2002

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

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

**DATAS DE LEITURAS**

Leitura anterior  
**05/05/2025**

Leitura atual  
**04/06/2025**

Nº de dias  
**30**

Próxima Leitura  
**03/07/2025**

**Nome: PEROLA ORO ABILHOA**

**UNIDADE CONSUMIDORA**

**80868959**

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲

Endereço: R Jeremias Maciel Perretto, 646 - Ap  
0001 Bloco 11 - Campo Comprido  
CEP: 81210-310  
Cidade: Curitiba - Estado: PR  
CPF: \*\*\*.\*\*\*-79-80



NOTA FISCAL No. 169907096 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 04/06/2025

Consulte Chave de Acesso em:  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>  
Chave de Acesso  
4125 0604 3688 9800 0106 6600 3169 9070 9620 1707 0600  
Protocolo de Autorização: 1412500027719375 - 04/06/2025 às 09:55:58America/Sao\_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>06/2025</b>	<b>15/07/2025</b>	<b>R\$138,36</b>

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	30	0,129667	3,89	0,18	0,74	0,099160	ICMS	154,31	19%	29,31
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	70	0,222571	15,58	0,73	2,96	0,169990	COFINS	124,93	4,7460%	5,93
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	115	0,334087	38,42	1,80	7,30	0,254990	PIS	124,93	1,0267%	1,28
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	30	0,114000	3,42	0,16	0,65	0,087030				
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	70	0,195429	13,68	0,64	2,60	0,149190				
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	115	0,293130	33,71	1,58	6,40	0,223790				
SUBSIDIO TARIFARIO TE	UN	16,72	1,309809	21,90	1,02	4,16	1,000000				
SUBSIDIO TARIFARIO TUSD	UN	14,66	1,310368	19,21	0,90	3,65	1,000000				
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	26,00	0,008462	0,22	0,01	0,04	0,006590				
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	60,67	0,014670	0,89	0,04	0,17	0,011310				
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	99,67	0,022174	2,21	0,10	0,42	0,016960				
ENERGIA CONS. B.VERMELHA	kWh	4,00	0,017500	0,07	0,00	0,01	0,015620				
ENERGIA CONS. B.VERMELHA	kWh	9,33	0,033214	0,31	0,01	0,06	0,026770				
ENERGIA CONS. B.VERMELHA	kWh	15,33	0,052174	0,80	0,04	0,15	0,040160				
SUBSIDIO TARIFARIO LIQUIDO	UN		31,380000	-31,38							
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN		15,430000	15,43							
<b>TOTAL</b>				<b>138,36</b>	<b>7,21</b>	<b>29,31</b>					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh		
CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
JUN25	215	30
MAI25	158	30
ABR25	151	29
MAR25	177	30
FEV25	173	30
JAN25	167	33
DEZ24	156	29
NOV24	227	32
OUT24	217	30
SET24	243	30
AGO24	283	32
JUL24	158	30
JUN24	221	31

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
0351633761	CONSUMO kWh	TP	22890	23105	1	215

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 04/06/2025

**C92C.B0A2.4D76.BEA9.8D50.0E91.5C5C.A09A**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Desconto Baixa Renda R\$ 31,38  
Grupo de Tensão / Modalidade Tarifária: B - CONVENCIONAL  
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.  
Períodos Band.Tarif.: Amarela:06/05-31/05 Vermelha P1:01/06-04/06

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>80868959</b>	<b>06/2025</b>	<b>15/07/2025</b>	<b>R\$138,36</b>



Número da fatura: FAT-01-20259451707060-23

PIX

836700000018 383601110000 001010202594 451707060237

NÃO RECEBER - FATURA ARRECADADA

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

### Resultado da Busca por Localidade/Logradouro

1 a 1 de 1

Logradouro/Nome  
Rua Jeremias Maciel Perretto

Bairro/Distrito  
Campo Comprido

Localidade/UF  
Curitiba/PR

CEP  
81210-310

Nova Busca

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

## **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

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

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

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

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

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

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

## **ATENÇÃO!**

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

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

## **BENEFICIÁRIO**

Local: **CURITIBA/PR** Data:

Nome: **PEROLA ORO ABILHOA**

Assinatura:

## **INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

Local: **CURITIBA/PR** Data:

Nome: **DALTON GERSON PUGSLEY FILHO**

CPF: **018.246.159-90**

Assinatura: *Dalton*





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).

[perolaora@yahoo.com](mailto:perolaora@yahoo.com)

E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório)

(419)9810-2218

TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório)

DATA

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL



**De:** Kauane Francine Santi - Cpt - Cobertura Parcial Temporaria <kauane.santi@unimedcuritiba.com.br>  
**Enviado em:** sexta-feira, 11 de julho de 2025 09:30  
**Para:** perolaora@yahoo.com  
**Assunto:** Carta nº 24981.25 - Aplicação de CPT - PEROLA ORO ABILHOA

**Status do sinalizador:** Sinalizada

Prezado(a) Sr.(a),

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

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

Tendo em vista que foram declaradas doenças ou lesões preexistentes, quando do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada para o(a) proponente **PEROLA ORO ABILHOA**, CPF **041.232.879-80** para o qual ocorrerá aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT pelo período de **730 dias** para as doenças descritas a seguir:

Doença ou lesão declarada	CID	Descrição
OBESIDADE	E66	Obesidade
HIPOTIREOIDISMO	E03.9	Hipotireoidismo não especificado
PRÓTESES DE MAMAS ESTÉTICAS	Z42.1	Seguimento envolvendo cirurgia plástica de mama
PRÓTESES DE MAMAS ESTÉTICAS	Z96.8	Presença de outros implantes funcionais especificados
CICATRIZ DE CESAREA	L90.5	Cicatrices e fibrose cutânea
HERNIA DISCO CERVICAL ARTRODESE COM PLACA E PINO E PRÓTESE	M50	Transtornos dos discos cervicais
HERNIA DISCO CERVICAL ARTRODESE COM PLACA E PINO E PRÓTESE	Z96.6	Presença de implantes articulares ortopédicos
OPEROU AMIGDALAS E ADENOIDES	Z90.8	Ausência adquirida de outros órgãos
OPEROU HIPERMETROPIA E ASTIGMATISMO	H52.0	Hipermetropia
OPEROU ASTIGMATISMO	H52.2	Astigmatismo
USO DE LENTES CORRETIVAS	Z97.3	Presença de óculos e de lentes de contato
OPEROU MENSICO JOELHO D	M23.3	Outros transtornos do menisco
CICATRIZ DECORRENTE	L90.5	Cicatrices e fibrose cutânea
OPEROU AMIGDALAS E ADENOIDES	Z90.8	Ausência adquirida de outros órgãos

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

(...)

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

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

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

Atenciosamente,  
Unimed Curitiba

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

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

**Kauane Francine Santi - Cpt - Cobertura Parcial Temporaria**  
**Unimed Curitiba**  
kauane.santi@unimedcuritiba.com.br



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

## **Maisa Aparecida Soares Souza | Tramontina Vieira & Cia Ltda.**

---

**De:** Tainá Batista | Tramontina Vieira & Cia LTDA <taina.batista@unimed-vendas.com.br>  
**Enviado em:** sexta-feira, 11 de julho de 2025 11:32  
**Para:** ingrid.vieira@unimed-vendas.com.br  
**Cc:** 'Maisa Aparecida Soares Souza | Tramontina Vieira & Cia Ltda.'  
**Assunto:** PEROLA ORO ABILHOA

---

**De:** AUTCOM - Unimed <[crm975@unimedpr.net](mailto:crm975@unimedpr.net)>  
**Enviada em:** sexta-feira, 11 de julho de 2025 11:18  
**Para:** [taina.batista@unimed-vendas.com.br](mailto:taina.batista@unimed-vendas.com.br)  
**Assunto:** Re: CPT - Análise de CNPF:PEROLA ORO ABILHOA

**Solução:** MARIA EDUARDA ORO ABILHOA DEPENDENTE 1 11/07/2025 SEM CID Att., Samuel Weingartner Pereira.

Atenciosamente,

**Unimed Curitiba - AUTCOM**

## Valéria Baptista | Tramontina Vieira & Cia LTDA

---

**De:** Tainá Batista | Tramontina Vieira & Cia LTDA <taina.batista@unimed-vendas.com.br>  
**Enviado em:** sexta-feira, 11 de julho de 2025 11:19  
**Para:** luanna.lisboa@unimed-vendas.com.br  
**Assunto:** ENC: CPT - Análise de CNPF:PEROLA ORO ABILHOA

### Tainá Aparecida Nunes Batista

Setor CPT - PF | Tramontina Vieira & Cia Ltda.

**Telefone:** 41 3019-8933

**Celular:** 41 99963-0072

**Site:** [www.vendasunimedcuritiba.com.br](http://www.vendasunimedcuritiba.com.br)

**E-mail:** [taina.batista@unimed-vendas.com.br](mailto:taina.batista@unimed-vendas.com.br)

**Endereço:** R. Marechal Deodoro, 630 – 9º andar, Centro – Curitiba - PR



Nós temos planos para a sua saúde.

---

**De:** AUTCOM - Unimed <crm975@unimedpr.net>  
**Enviada em:** sexta-feira, 11 de julho de 2025 11:18  
**Para:** taina.batista@unimed-vendas.com.br  
**Assunto:** Re: CPT - Análise de CNPF:PEROLA ORO ABILHOA

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

A tarefa "CPT - Análise de CNPF:PEROLA ORO ABILHOA", referente à PEROLA ORO ABILHOA, foi concluída por Taina Aparecida Nunes Batista - Tramontina PF.

**Solicitação:** Bom dia, Segue planilha e declaração de saúde. Att, Tainá \*\*\*\*DOCUMENTO ANEXADO JUNTO A DS\*\*\*\*

**Solução:** Boa tarde, Segue a baixo status CPT: PEROLA ORO ABILHOA TITULAR 11/07/2025 CARTA EMITIDA MARIA EDUARDA ORO ABILHOA DEPENDENTE 1 11/07/2025 SEM CID Att., Samuel Weingartner Pereira.

Atenciosamente,

Unimed Curitiba - AUTCOM