

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:

Chave Pix: 82.011.107/0001-08

Proposta de **ADMISSÃO**

2025

PESSOA FÍSICA

2504829

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 Tatumã, Curitiba/ PR, CEP 82530-280.

2 – CONTRATANTE

1004. Nome conforme a Receita Federal

ANNA ELIZABETH ENSZ

1005. Data de nascimento

29/04/1993

1006. CPF

121.195.291-67

1013. E-mail

north.andersl@gmail.com

1009. Endereço

Rua Padre Anchieta, Nº 2320 - Bigorriho. Curitiba - PR. Brasil.

1012. Complemento

APTO 1406

1010. CEP

80730-001

1011. Telefone

(48) 98877-0987

1024. Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

ANNA ELIZABETH ENSZ

1031. CPF

121.195.291-67

1029. Nome da mãe

GRACE URY ENSZ

1030. Data de nascimento

29/04/1993

1690. Estado civil

União Estável

1034. Cartão Nacional de Saúde

704600198033429

1032. Sexo

Feminino

1036. Endereço

Rua Padre Anchieta, Nº 2320 - Bigorrião. Curitiba - PR Brasil

1033. CEP

80730-001

1035. Complemento

APTO 1406

1038. Telefone

(48) 98877-0987

1043. Código do plano

1575

1044. Edição do regulamento

Amigo 50% Apartamento - Referência, 18ª edição

1042. Redução de carência

00 MESES

1045. Descrição do plano

704376997 - UNIPLAN NR AMB HOSP C/ OBST APTO - COPART 2 - 50%

1046. Mensalidade

R\$772,20

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\$645 | R\$701,76 | R\$784,08 | R\$858,02 | R\$959,27 | R\$1157,74 | R\$1350,85 | R\$1797,98 | R\$2276,96 | R\$2816,83 |

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% | 11,73% | 9,43% | 11,80% | 20,69% | 16,68% | 33,10% | 26,64% | 23,71% |

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

1047. Nome conforme a Receita Federal

EMILY MICHIYO NORTH

1050. CPF

046.234.959-49

1048. Nome da mãe

HEATHER LOUISE HOWLE

1049. Data de nascimento

30/10/1992

1691. Estado civil

União Estável

1057. Cartão Nacional de Saúde

706003819598042

1051. Sexo

Feminino

1130. Grau de dependência

Cônjuge/Companheiro

1053. Código do plano

1575

1054. Edição do regulamento

Amigo 50% Apartamento - Referência, 18ª edição

1052. Redução de carência

00 MESES

1055. Descrição do plano

704376997 - UNIPLAN NR AMB HOSP C/ OBST APTO - COPART 2 - 50%

1056. Mensalidade

R\$772,20

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\$645 | R\$701,76 | R\$784,08 | R\$858,02 | R\$959,27 | R\$1157,74 | R\$1350,85 | R\$1797,98 | R\$2276,96 | R\$2816,83 |

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% | 11,73% | 9,43% | 11,80% | 20,69% | 16,68% | 33,10% | 26,64% | 23,71% |



Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504829

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 | | | | | | | | | | |

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3

1067. Nome conforme a Receita Federal

[Redacted]

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 2504829

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 - Apto. - 29-33 - Copart. 50% - Vigência 03/2025 | 858,02 | 85,82 |
| Amigo - Apto. - 29-33 - Copart. 50% - Vigência 03/2025 | 858,02 | 85,82 |
| | Mensalidade total | Mensalidade total com desconto |
| | R\$1.716,04 | R\$1.544,40 |

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) 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 2504829

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: ANNA ELIZABETH ENSZ





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: ANNA ELIZABETH ENSZ



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:



OUIDORIA

WWW.UNIMEDCURITIBA.COM.BR/OUIDORIA

A OUIDORIA 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



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

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

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

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

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

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

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

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

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

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

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

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu 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.



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

Ministério da
Saúde



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

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL QUE ENTRE SI FAZEM: ANNA ELIZABETH ENSZ E EMILY MICHIO NORTH, NA FORMA ABAIXO:

SAIBAM quantos a presente escritura pública de união estável virem, que aos vinte e oito dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco (**28/03/2025**), nesta cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, em cartório, perante mim Juliana Padilha de Campos, Escrevente Juramentada, compareceram: **1. DAS PARTES:** como outorgantes e reciprocamente outorgadas: **ANNA ELIZABETH ENSZ**, brasileira, nascida aos 29/04/1993, psicoterapeuta, solteira, exibindo-me sua certidão de Nascimento, extraída em 26/2/2025, pelo Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais de São Paulo 30º Subdistrito Ibirapuera-SP, nº de matrícula 117838 01 55 1993 1 00231 252 0124568 70, portadora da Cédula de Identidade 25835947/SSP/AM, inscrita no CPF/ME sob nº 121.195.291-67, residente e domiciliada na Rua Padre Anchieta, nº 1406, bairro Bigorriho, Curitiba/Paraná, CEP: 80.730-000; e **EMILY MICHIO NORTH**, americana, nascida aos 30/10/1992, estudante, solteira, exibindo-me sua certidão de Nascimento traduzida por **VALÉRIA SILVEIRA BRISOLARA** - tradutora pública juramentada (matrícula 324/JUCISRS), devidamente apostilada sob n.º 0305702-25, em data de 12/02/2025, conforme a Convenção de Haia (Eliminação de Exigência de Legalização de Documentos Públicos Estrangeiros), aprovada pelo Decreto Legislativo nº 148/2015, promulgada pelo Decreto nº 8.660/2016 e regulamentada pela Resolução nº 228/2016 e pelo Provimento nº 62/2017, ambos do Conselho Nacional de Justiça, e registrada no 2º Registro de Títulos e Documentos da comarca de Porto Alegre/RS, no livro A-17, folha 31, certidão registro integral n.º 135266, conforme preconiza o artigo 129, item 6, da Lei nº 6.015/1973, portadora da Passaporte A34870362/Estados Unidos da America, inscrita no CPF/ME sob nº 046.234.959-49, residente e domiciliada na Rua Padre Anchieta, nº 1406, bairro Bigorriho, Curitiba/Paraná, CEP: 80.730-000; **2. DA IDENTIDADE E CAPACIDADE DAS PARTES:** As presentes, juridicamente capazes, e, consoante os documentos exibidos, identificados como as próprias por mim Juliana Padilha de Campos, Escrevente Juramentada, que dou fé. **3. DAS DECLARAÇÕES INICIAIS E ESCOLHA DO REGIME DE BENS:** Então, pelas outorgantes e reciprocamente outorgadas foi declarado, falando cada uma por sua vez, para todos os fins e efeitos legais, de sua livre e espontânea vontade, sem coação, constrangimento ou induzimento algum, que: **1)** convivem de forma contínua, pública e duradoura, com o objetivo de constituição de família, desde **15/02/2019**, comprometendo-se ambas, durante a referida convivência, à lealdade, ao respeito, à dignidade, à consideração,

9
TABELIONATO DE NOTAS
DE CURITIBA

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ
FORO EXTRAJUDICIAL
AGENTE DELEGADO TITULAR
THOMAZ FELIPE BILIERI PAZIO

à assistência, à guarda, sustento e educação de eventuais filhos, à uma dedicação, respeito e consideração mútuos, necessários para a instituição familiar, como preceitua o artigo 1.723 e seguintes do Código Civil, artigo 226, parágrafo 3º, da Constituição Federal e artigo 2º da Lei nº 9.278/96; **II)** estabelecem como regime de bens que adotarão na vigência da sua união estável, o da **COMUNHÃO PARCIAL DE BENS**, nos termos do artigo 1.658 e seguintes do Código Civil, comunicando-se os bens, direitos e obrigações que sobrevierem ao casal na constância da união, excluindo-se todos aqueles cuja aquisição tiver por título uma causa anterior à união, bem como os adquiridos gratuitamente, seja por herança ou doação, salvo se esta for feita em nome de ambos os conviventes, ou nas hipóteses previstas no artigo 1.659 do Código Civil; conscientes, ainda, que, embora a administração do patrimônio comum caiba a qualquer dos cônjuges, a disposição do mesmo exigirá a participação do outro, e que a disposição do patrimônio particular, nas hipóteses do artigo 1.647 do Código Civil, exigirá a anuência do outro. **III)** tendo em vista que a extinção da presente declaração de união estável ocorre com o simples término da relação contínua, pública e duradoura; foram alertadas as partes sobre a necessidade de dissolução da união pela via extrajudicial (escritura pública) ou judicial (ação judicial) para regular eventuais direitos dela decorrentes. **IV)** o termo inicial da presente escritura é a partir do momento em que os declarantes iniciaram o convívio contínuo, público e duradouro, tendo, no entanto, sido alertados que o regime de bens ora escolhido vigorará a partir da presente data. **V)** elegem o foro da Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas porventura vinculadas a este instrumento. **4. DAS DECLARAÇÕES FINAIS:** Disseram as partes: **4.1.** que leram o presente instrumento, o qual abrange a clara e voluntária manifestação de vontade das mesmas; **4.2.** que ratificarão a presente declaração quando e onde preciso for; **4.3.** que não ocorrem os impedimentos do artigo 1.521 do Código Civil, não se aplicando a incidência do inciso VI no caso de a pessoa casada ser separada de fato ou legalmente; **4.4.** que foram alertadas por mim Escrevente Juramentada que é facultativo o registro da união estável no Livro "E" do 1º Ofício de Registro Civil de Pessoas Naturais da sede da Comarca em que os companheiros têm ou tiveram seu último domicílio, conforme previsto no artigo 539 do Código Nacional de Normas do CNJ, e que o registro deverá ser realizado conforme procedimento previsto no artigo 94-A da Lei nº 6.015/1973; **4.5.** que foram alertados que eventual conversão da presente união estável em casamento deverá ser requerida pelos conviventes ao Oficial do Registro Civil das Pessoas Naturais de seu domicílio, nos termos e segundo os procedimentos do artigo 8º da Lei nº 9.278/1996, do artigo 70-A da Lei nº 6.015/73, artigos 549 a 552 do Código Nacional de Normas do CNJ, e artigo 280 e seguintes do Código

de Normas do Foro Extrajudicial da Corregedoria-Geral da Justiça do Paraná; **4.6.** que todos os documentos que apresentaram para a lavratura deste ato, inclusive os relativos às suas identidades e estado civil, a eles pertencem e são autênticos; **4.7.** foram alertados por mim Escrevente Juramentada, de que, nos termos dos artigos 670 e 671 do Código de Normas do Foro Extrajudicial do Paraná, a falta de assinatura de uma das partes dentro do prazo máximo de 30 dias tornará a presente escritura incompleta, sem prejuízo do devido recolhimento das custas por este ato, sendo que a convalidação da mencionada ausência poderá ser sanada mediante escritura pública de ratificação, gerando novas custas e taxas respectivas; **4.8.** que estão de pleno e inteiro acordo com a presente escritura tal como nela se contém e declaram, por se achar, em tudo perfeita e valiosa para todos os efeitos de direito, assumindo toda e qualquer responsabilidade civil e criminal no que diz respeito a presente escritura; **4.9.** que foram alertados que nos termos do Código Nacional de Normas da Corregedoria Nacional de Justiça do Conselho Nacional de Justiça – Foro Extrajudicial, os notários e registradores deverão comunicar à Unidade de Inteligência Financeira – UIF quaisquer operações que possam ser consideradas suspeitas de lavagem de dinheiro ou financiamento do terrorismo; e que não recusarão a prática de ato a seu cargo tão somente por motivo de falta de informação ou documento cuja obtenção seja exclusivamente em razão do Capítulo que trata de PLD/FTP; **4.10.** declaram ciência e concordância, de forma livre, informada e inequívoca, com o fato de que os Notários, Registradores e seus auxiliares, em decorrência da lavratura do ato, poderão acessar, utilizar, manter e processar, eletrônica e manualmente, dados pessoais e as informações e demais dados prestados, compartilhando-os com outros agentes de tratamento de dados, exclusivamente para fins de execução e conclusão do ato notarial ou registral solicitado pelas partes, tudo em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e nos termos do artigo 41, inciso XIII, do Código de Normas do Foro Extrajudicial. **5. DO FUNREJUS:** Que a importância devida no valor de **R\$ 43,63**, será recolhida até o dia útil subsequente à data da lavratura do ato, pela guia número **14000000011483320-1**, em cumprimento ao artigo 658, § 1º, V, artigo 667, XVI, artigo 675, XII, ambos do Código de Normas do Foro Extrajudicial do Estado do Paraná, ao artigo 3º, inciso XXV, da Lei Estadual nº 12.216 de 15/07/1998, e conforme orientação contida no Ofício-Circular nº 02/2015/DA, itens 2 e 3. **6. DA LAVRATURA E FINALIZAÇÃO:** E de como assim o disseram e outorgaram, dou fé, me pediram e eu lhes lavrei esta escritura, a qual cumpridas todas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade do ato, leram, aceitam e assinam, na forma do disposto no Código de Normas do Foro Extrajudicial da Corregedoria Geral da Justiça do Paraná.

9^o TABELIONATO DE NOTAS
DE CURITIBA

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ
FORO EXTRAJUDICIAL
AGENTE DELEGADO TITULAR
THOMAZ FELIPE BILIERI PAZIO

Realizada consulta ao cadastro de PEP - Pessoas Expostas Politicamente, disponibilizado no Portal da Transparência do Governo Federal, foi verificado que consta a seguinte informação: **PEP: NÃO REALIZADA A CONSULTA DA PARTE: ANNA ELIZABETH ENSZ; PEP: NÃO REALIZADA A CONSULTA DA PARTE: EMILY MICHIO NORTH**, . O presente instrumento foi protocolado com Protocolo Geral sob n.º 1287/2025, e protocolo interno do sistema sob n.º 64143. Eu, Juliana Padilha de Campos, Escrevente Juramentada, que digitei, conferi e lavrei o presente Legalmente subscrita. EMILY MICHIO NORTH, ANNA ELIZABETH ENSZ. Nada mais. Trasladada em seguida. Em testemunho _____ da verdade. Curitiba, 28 de março de 2025. Eu, _____, Juliana Padilha de Campos Escrevente Juramentada, conferi, subscrevo e assino em público e raso.

CUSTAS:

| | |
|--------------|------------|
| TABELIÃO | R\$ 174,51 |
| VRC's | 630,00 |
| FUNREJUS | R\$ 0,00 |
| ISS | R\$ 6,98 |
| FUNDEP | R\$ 8,73 |
| DISTRIBUIÇÃO | R\$ 12,62 |
| SELO | R\$ 16,00 |

Assinado digitalmente por:
THOMAZ FÉLIPE BILIERI PAZIO
CPF: 057.649.389-96
Certificado emitido por AC Certisign RFB G5
Data: 28/03/2025 12:40:03 -03:00

**FUNARPEN**

SELO DE FISCALIZAÇÃO N.º:

SFTN2.TJEsN.jxvkG-ezhop.F399qConsulte esse selo em: <https://selo.funarpen.com.br>



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 7ZDK3-R7UBE-N3PCC-H6DE4

Este documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

✓ THOMAZ FELIPE BILIERI PAZIO (CPF 057.649.389-96) em 28/03/2025 12:40

Para verificar as assinaturas acesse <https://assinatura.e-notariado.org.br/validate> e informe o código de validação ou siga o link a abaixo:

<https://assinatura.e-notariado.org.br/validate/7ZDK3-R7UBE-N3PCC-H6DE4>

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2583594-7

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/12/2008

NOME

ANNA ELIZABETH ENSZ

FILIAÇÃO

THOMAS JAY ENSZ

GRACE URY ENSZ

SÃO PAULO-SP

NATURALIDADE

29/04/1993

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM CERT. NASC. N. 124.568 FLS. 252

LV. A-230 CART. SÃO PAULO-SP

CPF

PIS / PASEP

PAC05-MP

ASSINATURA DO DIRETOR
Stony Linda Figueiredo

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1A. VIA

THOMAS GREG & SONS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ADERSON CONCEIÇÃO DE MELO



POLEGAR DIREITO



Anna Elizabeth Ensz

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & SONS



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
121.195.291-67

Nome
ANNA ELIZABETH ENSZ

Nascimento
29/04/1993

CÓDIGO DE CONTROLE
422B.ABB3.3374.5750



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:19:04 do dia 28/05/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **121.195.291-67**

Nome: **ANNA ELIZABETH ENSZ**

Data de Nascimento: **29/04/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/05/2024**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:49:17** do dia **07/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0AF1.09CA.E20B.4595**



STATE OF NORTH CAROLINA



2° RTD
TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO Nº

135269

PORTO ALEGRE - RS

Department of The
Secretary of State

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

1. COUNTRY: **UNITED STATES OF AMERICA**
2. This Public Document
has been signed by KELLY HOWARD
3. acting in the capacity of ASSISTANT REGISTER OF DEEDS
BRENDA M CLEMMONS, REGISTER OF DEEDS
4. bears the seal/stamp of COUNTY OF BRUNSWICK, NORTH CAROLINA

CERTIFIED

5. at Raleigh, North Carolina
6. the 6TH DAY OF DECEMBER, 2024
7. by Secretary of State or Deputy Secretary of State, State of North Carolina
8. No. 26826
9. Seal/Stamp
10. Signature



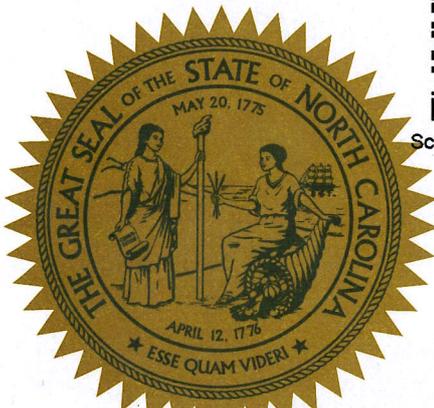
Scan to verify online.

by:

William W. Toole

William W. Toole
Deputy Secretary of State

Elaine J. Marshall



Certification# 3944939247

Verify the issuance of this Apostille Certification# 26826 at <https://www.sosnc.gov/verify>

This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the signatory. This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued. This Apostille is not valid for use anywhere within the United States of America, its territories or possessions. [Verify the issuance of this Apostille at <https://www.sosnc.gov/apostille>]

Secretary of State

**BRUNSWICK COUNTY
OFFICE OF REGISTER OF DEEDS**

2º RTD
TITULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO Nº

135269

PORTO ALEGRE - RS

75 271

NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF ENVIRONMENT, HEALTH, AND NATURAL RESOURCES
DIVISION OF EPIDEMIOLOGY - VITAL RECORDS SECTION
CERTIFICATE OF LIVE BIRTH

Registration District No. 010-00 Local No. _____ BIRTH NO. - 132

CHILD

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1. CHILD'S NAME (First, Middle, Last) Emily Michiyo Howle | | 2. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year) October 30, 1992 | 3. TIME OF BIRTH 9:06am |
| 4. SEX Female | 5. CITY, TOWN, OR LOCATION OF BIRTH Supply, North Carolina | | 6. COUNTY OF BIRTH Brunswick |
| 7. PLACE OF BIRTH (Hospital, Free-standing Birth Center, Clinic/Doctor's Office, Residence, or Other (Specify)) <input checked="" type="checkbox"/> Hospital | | 8. FACILITY NAME (If not institution, give street and number) The Brunswick Hospital | |

PARENTS

| | | | |
|--|---|---|--|
| 9. FATHER'S NAME (First, Middle, Last) John David Howle | | 10. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year) April 18, 1959 | 11. BIRTHPLACE (State or foreign country) South Carolina |
| 12. MOTHER'S NAME (First, Middle, Last) Heather Louise Howle | | 12b. MAIDEN NAME Manuel | 12c. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year) November 30, 1960 |
| 13a. BIRTHPLACE (State or foreign country) Virginia | 13b. USUAL RESIDENCE (STATE) North Carolina | 13c. COUNTY Brunswick | 13d. CITY, TOWN OR LOCATION Southport |

STATE COPY

| | | | |
|--|--|---|--|
| 14. STREET AND NUMBER 202 North Atlantic Ave | 15a. INSIDE CITY LIMITS (Yes or No) NO | 15b. MOTHER'S MAILING ADDRESS (If same as residence, enter same) Same | 16. Zip Code 28461 |
| 17a. MOTHER'S SIGNATURE: I certify that I have executed this certificate. <i>Heather M. Howle</i> | | 17b. RELATION TO CHILD IF MOTHER CANNOT SIGN | 17c. SOCIAL SECURITY NUMBER REQUESTED <input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

CERTIFIER

| | | | |
|--|---|---|--|
| 18. I certify that this child was born alive at the place and time and on the date stated. Signatures <i>Robert Hassler</i> | | 19. DATE SIGNED (Month, Day, Year) 11/92 | 20. ATTENDANT'S NAME AND TITLE (If other than certifier) (Type/Print) <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> D.O. <input type="checkbox"/> C.N.M. <input type="checkbox"/> Other Midwife <input type="checkbox"/> Other (Specify) |
| 21. CERTIFIER'S NAME & TITLE (Type/Print) Robert Hassler, M.D. | | 21. ATTENDANT'S MAILING ADDRESS (Street & Number or Rural Route & Number, City, Town, Zip Code) Medical Center Drive Supply, North Carolina 28462 | |
| 22. DATE RECD BY LOCAL REG Nov. 5, 1992 | 23. SIGNATURE OF REGISTRAR <i>Michael U. Rhoda</i> | | 24. DATE AMENDED |

RACE

| | |
|--|--|
| 25a. COLOR OR RACE OF FATHER (Specify White, Black, American Indian, etc.) Japanese American | 25b. COLOR OR RACE OF MOTHER (Specify White, Black, American Indian, etc.) White |
|--|--|

Volume 75 Page 271

This is to certify that this is a true and correct reproduction or abstract of the official record filed in this office.

010-018917

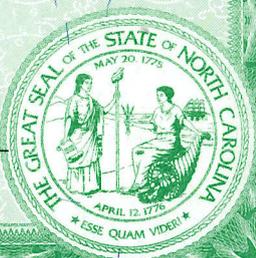
Witness my hand and official seal
this the 10 day of November 2094

Brenda M. Clemmons
Register of Deeds
Brunswick County

By: *Kelley Howard*
Deputy Assistant Register of Deeds

DHHS 3914 (REVISED 8/15) NC VITAL RECORDS

Any alteration or erasure voids this certificate. Do not accept unless on security paper with Register of Deeds seal clearly embossed in left corner.



2º RTD

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Gen. Câmara, 236 - 4º andar - 90010-230
Porto Alegre/RS - Fone: (51) 3212-6392
Valter Luís Cervo - Oficial de Registros

PROCOLO: Nº 144848 - Livro A-17, Fls. 31, em 20/03/2025.
REGISTRO: Nº 135269 - Livro B-Eletrônico, em 20 de março de 2025.



Álvaro Francisco Cervo - Registrador Substituto

Emolumentos: Registro s/ valor (integral): R\$ 77,60
(0462.04.2300001.18423 = R\$ 5,20); Digitalização: R\$ 4,40
(0462.01.2300001.38214 = R\$ 2,10); Processamento eletrônico: R\$
13,80 (0462.01.2300001.38215 a 38216 = R\$ 4,20); Conf. doc. via
Internet: R\$ 6,90 (0462.01.2300001.38217 = R\$ 2,10); Certidão (01
página): R\$ 12,60 (0462.03.1400002.19480 = R\$ 4,20) Registro: R\$
115,20; Total: R\$ 139,06



Valéria Silveira Brisolará

Tradutora Pública e Intérprete Comercial – Português – Inglês
Public Translator and Commercial Interpreter – Portuguese – English
Matr. 324

Eu, Valéria Silveira Brisolará, Tradutora Pública e Intérprete Comercial, Matrícula nº 324, nomeada pela Junta Comercial e Industrial do Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, habilitada para traduções de português para inglês, no uso das prerrogativas estabelecidas no Código Comercial da República Federativa do Brasil e na legislação vigente, certifico que me foi entregue um documento em língua inglesa para ser traduzido ao português, o que faço em razão do meu ofício e nos termos seguintes:

Tradução nº 2395/0012/2025

[Conjunto de documentos, contendo uma *Certidão de Nascimento* do Estado da Carolina do Norte nos Estados Unidos impressa em papel timbrado com borda, assinaturas, brasão e carimbo e uma apostila de Haia com assinaturas, selo em dourado, brasão e Código QR.]

[Página 1]

[Folha de apostilamento com inscrições em inglês, contendo selo da Carolina do Norte, brasão, Código QR e assinaturas.]

ESTADO DA CAROLINA DO NORTE

Gabinete do Secretário de Estado

APOSTILA

(Convenção de Haia de 5 de outubro de 1961)

1. PAÍS: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

2. Este documento público

foi assinado por KELLY HOWARD

3. na qualidade de: **OFICIAL DE REGISTRO ASSISTENTE**

BRENDA M CLEMMONS, OFICIAL DE REGISTRO

4. tem o selo/carimbo de: **CONDADO DE BRUNSWICK, CAROLINA DO NORTE**

RECONHECIDO

5. em: Raleigh, Carolina do Norte

6. no dia 06 DE DEZEMBRO DE 2024

7. por Secretário de Estado ou Secretário de Estado Substituto do Estado da Carolina do Norte

8. sob o **no. 26826**

9. Selo/Carimbo:

[Código QR]

Leia o código para verificar on-line

[selo em dourado]

10. Assinatura:

[assinatura em preto]

William W. Toole

Secretário de Estado Substituto

[assinatura em preto]

Secretária de Estado

Certificação no. 3944939247

A emissão desta Apostila com Certificação nº 26826 pode ser verificada em <https://www.sosnc.gov/verify>

Esta Apostila apenas certifica a autenticidade da assinatura e a capacidade da pessoa que assinou o documento, e, quando apropriado, do selo do documento. Esta apostila não certifica o conteúdo do documento para o qual foi emitida.

Esta apostila não é válida para uso dentro dos Estados Unidos da América, seus territórios ou possessões.



Valéria Silveira Brisolara

Tradutora Pública e Intérprete Comercial – Português – Inglês
Public Translator and Commercial Interpreter – Portuguese – English
Matr. 324

[Página 2]
[Certidão de Nascimento]
[Tradução da Esquerda para a direita]

**CONDADO DE BRUNSWICK
OFÍCIO DE REGISTRO**

**DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE, SAÚDE E RECURSOS NATURAIS DA CAROLINA
DO NORTE**

CERTIDÃO DE NASCIDO VIVO

Nº do

Distrito de Registro: 010-00 Nº do Local:

Nº DO NASCIMENTO: 132

INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

1. NOME DA CRIANÇA: (PRIMEIRO NOME, SEGUNDO NOME, ÚLTIMO NOME)

Emily Michiyo Howle

2. DATA DE NASCIMENTO (Dia, Mês, Ano)

30 de outubro de 1992

3. HORA DO NASCIMENTO

09:06

4. SEXO

Feminino

5. CIDADE, LOCALIDADE OU LOCAL DE NASCIMENTO

Supply, North Carolina

6. CONDADO DE NASCIMENTO

Brunswick

7. LOCAL DE NASCIMENTO

Outro (Especifique)

X Hospital

Maternidade

Clínica/Consultório

Residência

8 NOME DA INSTITUIÇÃO (Se não tiver nome, coloque o nome da rua e o número)

Hospital de Brunswick

INFORMAÇÕES DOS PAIS

9. NOME DO PAI (Primeiro Nome, Segundo Nome, Último Nome)

John David Howle

10. DATA DE NASCIMENTO (Dia, Mês, Ano)

18 de abril de 1959

11. LOCAL DE NASCIMENTO (Estado ou País)

Carolina do Sul

12a. NOME DA MÃE (Primeiro Nome, Segundo Nome, Último Nome)

Heather Louise Howle

12b. NOME DE SOLTEIRA

Manuel

13. DATA DE NASCIMENTO (Dia, Mês, Ano)

30 de novembro de 1960

14. LOCAL DE NASCIMENTO (Estado ou País)

Virginia

15a. LOCAL DE RESIDÊNCIA (ESTADO) 15b. CONDADO

Carolina do Norte

Brunswick

15c. CIDADE OU LOCALIDADE

Southport

Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

E-mail: valeriabrisolara@yahoo.com/valeriabrisolara@gmail.com

Tel.: +55 (51) 3332 5017 / 99188 4809



Valéria Silveira Brisolara

Tradutora Pública e Intérprete Comercial – Português – Inglês
Public Translator and Commercial Interpreter – Portuguese – English
Matr. 324

Esse documento foi assinado por VALERIA SILVEIRA BRISOLARA. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://app.ideiasigner.com.br/validate/63PSZ-UBG5T-SRNILB-SU9HZ>

15d. RUA E NÚMERO

North Atlantic Ave., 202

16e. DENTRO DOS LIMITES DA CIDADE (Sim ou Não?)

No

16a. ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA DA MÃE (Se for o mesmo de residência, coloque "o mesmo")

O Mesmo

16b. CEP

28461

17a. ASSINATURA DA MÃE 17b. RELAÇÃO COM A CRIANÇA, CASO A MÃE NÃO ASSINE

Eu certifico que revisei esta certidão.

[Assinatura]

17c. NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL SOLICITADO

SIM X NÃO

INFORMAÇÕES DO CERTIFICADOR

Eu certifico que esta criança nasceu viva na data e local informado.

Título [Assinatura] Médico

18. Data da Assinatura

(Dia, Mês, Ano)

[Data ilegível]

19. NOME DO FUNCIONÁRIO E TÍTULO (Caso não seja o certificador)

Médico

20. NOME DO CERTIFICADOR E TÍTULO

Robert Hassler, Médico

21. ENDEREÇO DO FUNCIONÁRIO (Endereço Completo)

Medical Center Drive

Supply, Carolina do Norte, 28462

22a. Data de Registro

5 de novembro de 1992

22b. Assinatura do Oficial de Registro

[Assinatura]

23. Data de Nome Adicionado

[em branco]

24. Data de alteração

[em branco]

RAÇA

25a. COR OU RAÇA DO PAI [especificar se é afro-americano, indígena etc.]

Nipo-americano

25b. COR OU RAÇA DA MÃE [especificar se é afro-americana, indígena etc.]

Branca

[Carimbo em relevo]

Livro 75 Página 271



Valéria Silveira Brisolara
Tradutora Pública e Intérprete Comercial – Português – Inglês
Public Translator and Commercial Interpreter – Portuguese – English
Matr. 324

Certifico que esta é uma cópia fiel ou reprodução correta ou resumo do registro oficial arquivado neste ofício.

[Números em vermelho]
010-018917

Certifico e dou fé em 6 de novembro de 2024.

Brenda M. Clemmons
Registradora
Condado de Brunswick

Por: [Assinatura]
Registradora Assistente

Qualquer alteração ou rasura invalida este documento. Não aceite a menos que esteja impresso em papel timbrado com borda gravada e que exiba o selo do oficial de registro.

QUALQUER ALTERAÇÃO OU RASURA TORNA ESTÁ CERTIDÃO INVÁLIDA.

[Fim da tradução]

Nada mais consta do documento que me foi apresentado, que traduzi fielmente conforme o original a que me reporto e que devolvo com este Instrumento Público de Tradução, lavrado e assinado por mim, em Porto Alegre aos 10 dias do mês de fevereiro de 2025. Dou fé.

Valéria Silveira Brisolara
Número de caracteres: 3950

Emolumentos: R\$ 395,00

VSB
Assinado digitalmente por:
VALERIA SILVEIRA BRISOLARA
CPF: ***.977.220-**
Certificado emitido por AC REDE IDEIA RFB
Data: 10/02/2025 19:28:03 -03:00



2º R T D

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Gen. Câmara, 236 - 4º andar - 90010-230
Porto Alegre/RS - Fone: (51) 3212-6392
Valter Luís Cervo - Oficial de Registros

PROTOCOLO: Nº 144849 - Livro A-17, Fls. 31, em 20/03/2025.
REGISTRO: Nº 135270 - Livro B-Eletrônico, em 20 de março de
2025.



Alvaro Francisco Cervo - Registrador Substituto
Emolumentos: Registro s/ valor (Integral): R\$ 77,60
(0462.04.2300001.18424 = R\$ 5,20); Digitalização: R\$ 13,20
(0462.03.1400002.19481 = R\$ 4,20); Processamento eletrônico: R\$
13,80 (0462.01.2300001.38218 a 38219 = R\$ 4,20); Conf. doc. via
Internet: R\$ 6,90 (0462.01.2300001.38220 = R\$ 2,10); Certidão (01
página): R\$ 12,60 (0462.03.1400002.19482 = R\$ 4,20) Registro: R\$
124,00; Total: R\$ 160,44



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 63PSZ-UBG5T-SRNLB-SU9HZ

Tipo de assinatura: Qualificada

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ VALERIA SILVEIRA BRISOLARA (CPF ***.977.220-**) em 10/02/2025 19:28 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://app.ideiasigner.com.br/validate/63PSZ-UBG5T-SRNLB-SU9HZ>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://app.ideiasigner.com.br/validate>

2º RTD
TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO Nº
135270
PORTO ALEGRE - RS



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 63PSZ-UBG5T-SRNLB-SU9HZ

Tipo de assinatura: Qualificada

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ VALERIA SILVEIRA BRISOLARA (CPF ***.977.220-**) em 10/02/2025 19:28 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://app.ideiasigner.com.br/validate/63PSZ-UBG5T-SRNLB-SU9HZ>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://app.ideiasigner.com.br/validate>

2º RTD
TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO Nº
135270
PORTO ALEGRE - RS



CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

BRASIL

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

| | | | |
|--|---------------------------|---|---|
| 1. País: (Country / Pays): | | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | |
| Este documento público (This public document / Le présent acte public) | | | |
| 2. Foi assinado por: (Has been signed by / A été signé par) | | ASSINADO DIGITALMENTE POR VALERIA SILVEIRA BRISOLARA | |
| 3. Na qualidade de: (Acting in the capacity of / Agissant en qualité de) | | TRADUTORA PÚBLICA JURAMENTADA Nº 324 - JUCISRS | |
| 4. Tem o selo / carimbo de: (Bears the seal / stamp of / Est revêtu du sceau / timbre de) | | VALERIA SILVEIRA BRISOLARA TRADUTORA PÚBLICA JURAMENTADA Nº 324 - JUCISRS | |
| Certificado (Certified / Attesté) | | | |
| 5. Em: (At / À): | CURITIBA | 6. No dia: (The / Le): | 12/02/2025 |
| 7. Por: (By / Par): | ANDREWS HENRIQUE DE SOUZA | | |
| 8. Nº: (Nº / Sous n°): | 0305816-25 | | |
| 9. Selo / Carimbo: (Seal / Stamp / Sceau / Timbre) | | | 10. Firma: (Signature) |
| | | | Assinatura Eletrônica Electronic Signature Signature Électronique |

Tipo de Documento:
(Type of document / Type d'acte)

Traduções

Nome do titular:
(Name of holder of document / Nom du titulaire)

EMILY MICHIYO HOWLE

Esta Apostila certifica apenas a assinatura, a capacidade do signatário e, quando apropriado, o selo ou carimbo constantes no documento público. Ela não certifica o conteúdo do documento para o qual foi emitida.

A presente Apostila foi firmada com assinatura eletrônica, conforme a Lei nº 11.419/2006.

Por favor, utilize este QR Code para checar a autenticidade desta Apostila e de sua assinatura eletrônica. Uma cópia do documento público subjacente também está disponível na mesma página.



This Apostille certifies only the signature, the capacity of the person signing it and where appropriate, the seal or stamp which the public document bears. It does not certify the content of the document for which it was issued.

This Apostille was electronically signed in accordance with Law nº 11.419/2006.

Please use this QR Code to check the authenticity of this Apostille and its electronic signature. A copy of the underlying public document is also accessible from the same page.

Cette Apostille ne certifie que la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi, et, le cas échéant, les sceau ou le timbre dont cet acte public est revêtu. Elle ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.

Cette Apostille a été signée par une signature électronique, d'après la Loi nº 11.419/2006.

Veillez utiliser ce Code QR pour vérifier l'authenticité de cette Apostille et de sa signature électronique. Une copie de l'acte public sous-jacent est également disponible sur la même page.

A autenticidade desta Apostila e de sua assinatura eletrônica bem como o documento público subjacente, podem ser verificadas em:

Any questions about this Apostille may be directed to the Ombudsman of the CNJ:

Assinatura Eletrônica
Electronic Signature
Signature Électronique

The authenticity of this Apostille and its electronic signature, along with the underlying public document, may be verified at:

Vous pouvez contacter l'Ombudsman de la CNJ pour toute question relative à cette Apostille:

L'authenticité de cette Apostille, de la signature électronique, ainsi que de l'acte public sous-jacent peut être vérifiée sur:

(61) 3772-7800

<https://apostil.org.br>

servicos@cncf.org.br

Código (Code / Code)

0305816-25

CRC

42074204



BR 083204 009213968

1º TABELIONATO DE NOTAS Fernanda Granja Cavalcante da Costa - Tabelião
DESDE 1683 (41) 3153-5001 contato@tabelionatodenotas.com.br www.tabelionatodenotas.com.br
R. Heitor Stockler de França, 59, City Centro Cívico, Lojas 2 e 3, CEP 80030-030, Centro Cívico, Curitiba-PR, em frente ao Portal do Passado. Fone: (41) 3153-5001

APOSTILO este documento nas normas da Convenção de Haia conforme Resolução nº 228 de 22/06/2016 do Conselho Nacional de Justiça e correlatos. Dou fé. SEI: 0305816-25 Curitiba/PR, 12 de fevereiro de 2025.

Andrews Henrique de Souza - Escrevente

Selo digital Nº: SFAH5.a7ota.454qT-FwEJn.F365q
Consulte este selo em <http://selo.funarpen.com.br>





MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 63PSZ-UBG5T-SRNLB-SU9HZ

Tipo de assinatura: Qualificada

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ VALERIA SILVEIRA BRISOLARA (CPF ***.977.220-**) em 10/02/2025 19:28 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://app.ideiasigner.com.br/validate/63PSZ-UBG5T-SRNLB-SU9HZ>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://app.ideiasigner.com.br/validate>

2º RTD
TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO Nº
135270
PORTO ALEGRE - RS



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
046.234.959-49

Nome
EMILY MICHIO NORTH

Nascimento
30/10/1992

CÓDIGO DE CONTROLE
6680.795F.6914.9640



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:36:31 do dia 06/02/2025 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **046.234.959-49**

Nome: **EMILY MICHIO NORTH**

Data de Nascimento: **30/10/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/02/2025**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:50:11** do dia **07/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **657F.7D8F.E188.DFB8**



GARDEN BNB GESTÃO DE NEGÓCIOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº.: 50.697.173/0001-89, com sede na Rua Frederico Cantarelli, nº 816, no Bairro Bigorriho, município de Curitiba-PR, neste ato representada por **JOÃO VICTOR MARTINI ZARPELON**, brasileiro, casado, empresário, portador do RG 12.343.146-4 e inscrito no CPF 098.396.259-69, domiciliado na Rua Martim Afonso, nº 3074, no bairro Bigorriho, na cidade de Curitiba - PR, informa, para os devidos fins, o que segue:

1. **GARDEN BNB GESTÃO DE NEGÓCIOS LTDA.** é uma empresa cuja atividade principal é a **administração e gestão** de estadias/aluguel de curta e média temporada, nas plataformas *Airbnb* e *Booking*.
2. Dentre os imóveis administrados, estão incluídas unidades de terceiros, clientes atendidos na forma de prestação de serviços remunerados.
3. **JOÃO VICTOR MARTINI ZARPELON** é sócio da empresa e administrador direto da unidade 1406, localizada na R. Padre Anchieta, nº 2320, no bairro Mercês, na cidade de Curitiba - PR, CEP 80730-000, de propriedade do Sr. **LAURO DONIZETTI BLANCO**, brasileiro, empresário, devidamente cadastrado no CPF sob nº.: 005.978.948-41.

DECLARAMOS, PARA OS FINS NECESSÁRIOS, QUE:

EMILY MICHIO NORTH, nascida em 30/10/1992, inscrita no CPF sob o nº.: 046.234.959-49 e Passaporte Americano: A34870362.

ANNA ELIZABETH ENSZ, nascida em 20/04/1993, inscrita no CPF sob o nº.: 121.195.291-67 e Passaporte Americano: YC050525.

Estão hospedadas no imóvel localizado na R. Padre Anchieta, nº 2320, apartamento 1406, no bairro Mercês, na cidade de Curitiba - PR, CEP 80730-000, com a estadia sendo intermediada pela plataforma "**AIRBNB**", código da reserva: HMXKD8PD9R, desde a data de 02 de fevereiro de 2025, com saída prevista para a data de 08 de maio de 2025, podendo ainda sofrer alterações.

Curitiba, 10 de abril de 2025



JOÃO VICTOR MARTINI ZARPELON



**SERVIÇO DISTRIITAL DE SANTA QUITERIA
TABELIONATO E REGISTRO CIVIL**

TITULAR: CID ROCHA JR - CPF: 017549129-15

Av. Presidente Arthur da Silva Bernardes, 247 - Salas 02,
03 e 04 - Seminário, Curitiba - PR, 80320-300.

Fone: (41) 3342-7372 - Fax: (41) 3343-2333

OS Nº 1292335 - RECIBO Nº 1135528

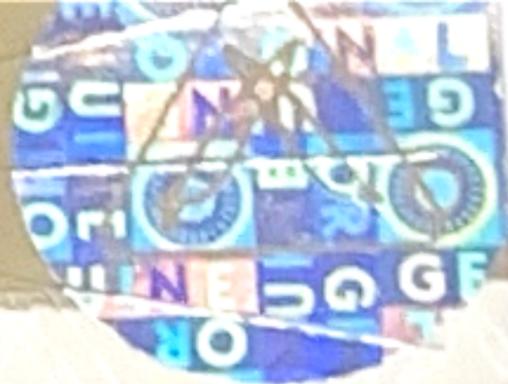
Recebemos de **JOÃO VICTOR MARTINI ZARPELON**, 098.396.259-69, em 10 de abril de 2025, a quantia total infra de R\$ 17,67 em Crédito Bancário - (1262-9 0751-PIX SICREDI 1262-9 ATA/BAL/PRO 0075), referente aos seguintes lançamentos:

| PROT. | LCTO(Livro/Folha) | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-------|--------------|
| QTD | VRCs | REAIS | TOTAL |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| | Rec. de Firma c/valor | | |
| 1 | 43,60 | 12,07 | 12,07 |
| | Selo Balcão | | |
| 1 | | 1,00 | 1,00 |
| S.D.F: SFTN19GNvbsLzfZocX4FF407q, | | | |
| | Fotocópia(s) | | |
| 1 | | 0,50 | 0,50 |
| SUBTOTAL SERVIÇO | | | 13,57 |
| | Funrejus Rec. Com Valor | | |
| 1 | | 3,02 | 3,02 |
| SUBTOTAL TERCEIROS | | | 3,02 |
| ISS Lei Complementar 80/2011) | | | 0,48 |
| FADEP/FUNDEP | | | 0,60 |
| TOTAL | | | 17,67 |

SERVIÇO DISTRI TAL SANTA QUITÉRIA TABELIONATO E REGISTRO CIVIL

Cid Rocha Junior - NOTÁRIO

Av. Pres. Arthur da Silva Bernardes, 247 - Lojas 02, 03 e 04 - CEP: 80.320-300 - Santa Quitéria - Curitiba/PR - Tel.: (41) 3094-9900

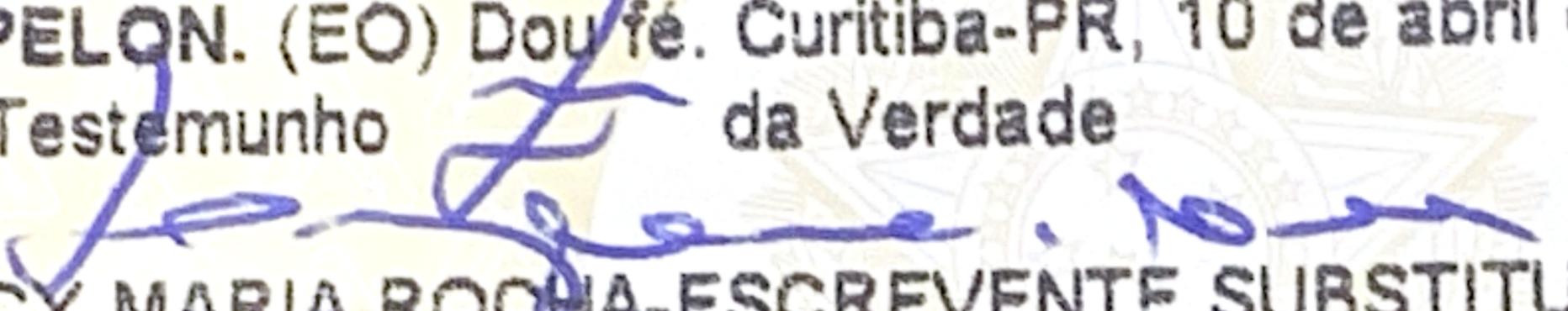


Selo Digital N° SFTN19GNvbsLz fZocX4FF407q

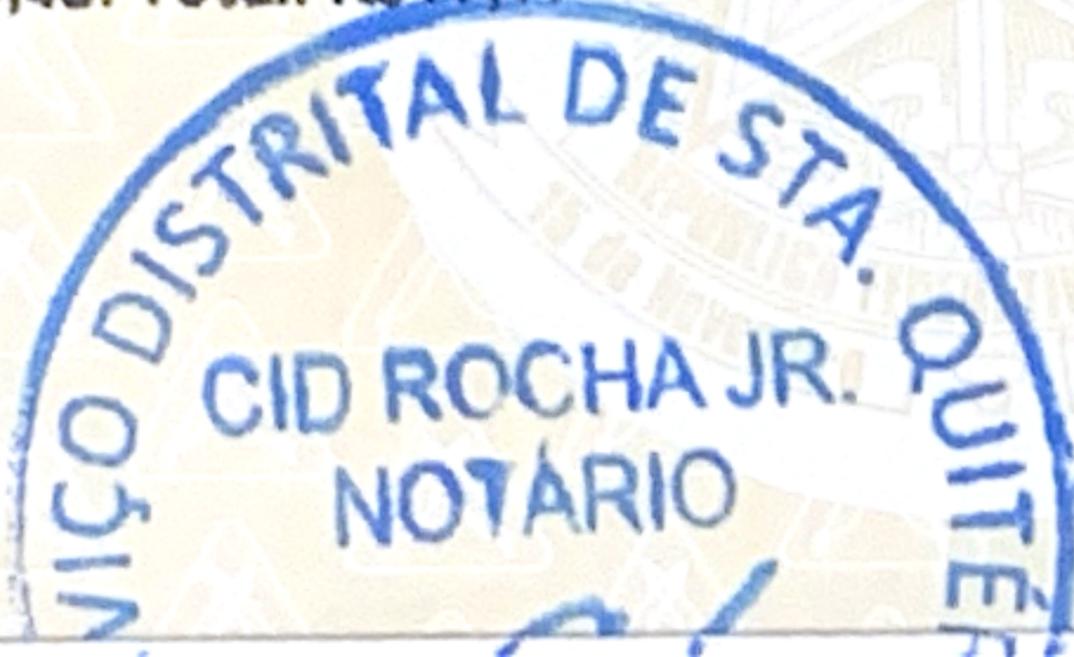
Valide esse selo em <https://selo.funarpen.com.br/Consulta>

Reconheço por Verdadeira/Autêntica a firma de **JOÃO VICTOR MARTINI ZARPELON**. (EO) Dou fé. Curitiba-PR, 10 de abril de 2025.

Em Testemunho da Verdade


LOECY MARIA ROCHA-ESCREVENTE SUBSTITUTA

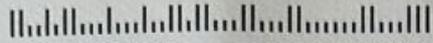
Emol.: R\$12,07 (VRC 43.60), Funrejus: R\$3,02, Selo: R\$1,00, FUNDEP: R\$0,60, ISSQN: R\$0,48. Total: R\$17,17



5750/AVENIDA URB.CTBA-PR/
AV LUIZ XAVIER..11
CURITIBA PR
80020020

0007841

DN41



ANNA ELIZABETH ENSZ
R PE ANCHIETA 2320 AP 1406 BIGORRILHO
80730001 CURITIBA PR



006260805317644000000784232290525

DESBLOQUEIE seu cartão inserindo-o em qualquer caixa eletrônico Bradesco e siga as instruções.



Caso seja renovação ou reposição do cartão anterior, sua senha permanece a mesma.

Aproveite o seu novo cartão.



Use do seu jeito

- Compras em lojas físicas ou on-line.
- Pagamentos nos apps de streaming e outros.
- Pagamentos por carteiras digitais.

Cadastre seu cartão pelo App Bradesco.



Seguro Cartão de Débito

Proteção¹ contra transações indevidas e indenização em caso de morte ou invalidez decorrente de crime.

1. Contratação disponível pelo Internet Banking, nos caixas eletrônicos ou pelo Fone Fácil Bradesco.



Aproximou, pagou

Pague suas compras apenas aproximando o cartão. Mais seguro e prático.

Para desativar o pagamento por aproximação, solicite no APP Bradesco > Cartões > Débito ou ligue para o Fone Fácil.



Para saber mais sobre o seu cartão, acesse banco.bradesco/debito

R E M E T E N T E

5750/AVENIDA URB.CTBA-PR/
AV LUIZ XAVIER.,11
CURITIBA PR
80020020

D E S T I N A T Á R I O Não Dobrar

|||||
ANNA ELIZABETH ENSZ
R PE ANCHIETA 2320 AP 1406 BIGORRILHO
80730001 CURITIBA PR



006260805317644000000784232290525



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

Resultado da Busca por Localidade/Logradouro

1 a 1 de 1

Logradouro/Nome
Rua Padre Anchieta - de 1325/1326 a 2853/2854

Bairro/Distrito
Bigorriho

Localidade/UF
Curitiba/PR

CEP
80730-001

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 - 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** Data:

Nome: **ANNA ELIZABETH ENSZ**

Assinatura:

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local: **CURITIBA** Data:

Nome: **ROSILENE RONICE BORGES ARANTES**

CPF: **709.236.209-15**

Assinatura: 

A declaração de saúde visa registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas das quais o beneficiário tem conhecimento de ser portador ou 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.

- 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: ANNA ELIZABETH ENSZ | 92 | 1,73 | 32 | 121.195.291-67 |
| Dependente 1: EMILY MICHIO NORTH | 85 | 1,71 | 32 | 046.234.959-49 |
| 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 | S | | | | | |
| 2 Doenças endócrinas: obesidade, diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo, tiroide (papo, nódulo), entre outras? | N | S | | | | | |
| 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 | S | | | | | |
| 4 Doenças cardiovasculares: pressão alta, arritmia, insuficiência cardíaca, infarto, angina, problema valvular, varizes, hemorroida, chagas, febre reumática, aneurisma, entre outras? | N | N | | | | | |
| 5 Doenças oftalmológicas: miopia, astigmatismo, estrabismo, hipermetropia, descolamento da retina, glaucoma, catarata, ceratocone, degeneração macular, entre outras? | S | S | | | | | |
| 6 Doenças neurológicas: paralisia cerebral, derrame, aneurisma, Neuropatia Parkinson, Alzheimer, traumatismo craniano, retardo de desenvolvimento, entre outras? | N | S | | | | | |
| 7 Doenças do aparelho respiratório: rinite, sinusite, amigdalite, adenoidite, asma, bronquite, pneumonia, ronco, apneia do sono, desvio de septo, enfisema, entre outras? | S | S | | | | | |
| 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 | N | | | | | |

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

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

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

| | | |
|----|--------------|---|
| 5 | Titular | MIOPIA DESDE 2014 |
| 7 | Titular | RENITE E SINUSITE DESDE 2003, ASMA DESDE 2016, APNEA DE SONO DESDE 2024 |
| 10 | Titular | DEPRESSÃO DESDE 2017 |
| 13 | Titular | NEXPLANON DESDE 2023 |
| 1 | Dependente 1 | DOENÇA de crohn desde 2020 |
| 2 | Dependente 1 | HIPERTIREODISMO DESDE 2009 |
| 3 | Dependente 1 | CISTOS OVARIANOS DESDE 2005 |
| 5 | Dependente 1 | MIOPIA E ASTIGMATISMO DESDE 2007 |
| 6 | Dependente 1 | EPILEPSIA DURANTE 2014-2015. NÃO ATIVO AGORA |
| 7 | Dependente 1 | ASMA DESDE 2002, APNEA DE SONO DESE 2024 |
| 13 | Dependente 1 | DIU-MIRENA DESDE 2023 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| |
|--|
| Anna Elizabeth Ensz é transgênero feminino para o masculino desde 2023 e o nome social é Anders Lukas. |
| |
| |

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).

north.andersl@gmail.com

E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório)

(48)9 8877-0987

TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório)

DATA

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL

De: Luanna Lisboa | Tramontina Vieira e Cia <luanna.lisboa@unimed-vendas.com.br>
Enviado em: sexta-feira, 4 de julho de 2025 12:34
Para: rosilene.arantes@unimedvendas.com.br
Assunto: Carta nº 24975.25 - Aplicação de CPT - EMILY MICHIOY NORTH

De: Daiane Alves Tiborski - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA <daiane.tiborski@unimedcuritiba.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 4 de julho de 2025 12:10
Para: north.andersl@gmail.com
Assunto: Carta nº 24975.25 - Aplicação de CPT - EMILY MICHIOY NORTH

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 **EMILY MICHIOY NORTH**, CPF **046.234.959-49** 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 |
|---------------------------|-------|--|
| BARIATRICA | Z90.4 | Ausência adquirida de outras partes do trato digestivo |
| DOENÇA DE CROHN | K50 | Doença de Crohn [enterite regional] |
| HIPERTIREOIDISMO | E05 | Tireotoxicose [hipertireoidismo] |
| CISTOS OVARIANOS | E28.2 | Síndrome do ovário policístico |
| MIOPIA | H52.1 | Miopia |
| ASTIGMATISMO | H52.2 | Astigmatismo |
| EPILEPSIA | G40.9 | Epilepsia, não especificada |
| ASMA | J45 | Asma |
| APNEIA DO SONO | G47.3 | Apnéia de sono |
| DIU MIRENA | Z97.5 | Presença de dispositivo anticoncepcional intra-uterino [DIU] |
| OBESIDADE | E66 | Obesidade |

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 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.

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



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

De: Luanna Lisboa | Tramontina Vieira e Cia <luanna.lisboa@unimed-vendas.com.br>
Enviado em: sexta-feira, 4 de julho de 2025 12:34
Para: rosilene.arantes@unimedvendas.com.br
Assunto: Carta nº 24974.25 - Aplicação de CPT - ANNA ELIZABETH ENSZ

De: Daiane Alves Tiborski - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA <daiane.tiborski@unimedcuritiba.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 4 de julho de 2025 12:09
Para: north.andersl@gmail.com
Assunto: Carta nº 24974.25 - Aplicação de CPT - ANNA ELIZABETH ENSZ

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 **ANNA ELIZABETH ENSZ**, CPF **121.195.291-67** 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 |
|---------------------------|-------|-----------------------------------|
| MIOPIA | H52.1 | Miopia |
| RINITE | J30.4 | Rinite alérgica não especificada |
| SINUSITE CRONICA | J32.9 | Sinusite crônica não especificada |
| ASMA | J45 | Asma |
| APNEIA DO SONO | G47.3 | Apnéia de sono |
| DEPRESSÃO | F32 | Episódios depressivos |
| TRANSGENERO | F64 | Transtornos da identidade sexual |
| OBESIDADE | E66 | Obesidade |

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 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.

Daiane Alves Tiborski - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA
Unimed Curitiba

daiane.tiborski@unimedcuritiba.com.br



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