

# 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.

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

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.

### 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**

2504836

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

SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES

1005. Data de nascimento

02/08/1982

1006. CPF

039.145.879-54

1013. E-mail

sandramsg2016@gmail.com

1009. Endereço

Rua Trajano Reis, Nº 248 - São Francisco. Curitiba - PR. Brasil.

1012. Complemento

AP 82

1010. CEP

80510-220

1011. Telefone

42 99999-7737

1024. Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

## 3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

MARIA JOSE DA SILVA GONCALVES

1031. CPF

057.780.119-89

1029. Nome da mãe

GEORGINA DA COSTA SILVA

1030. Data de nascimento

16/11/1948

1690. Estado civil

Viúvo

1034. Cartão Nacional de Saúde

707401022197078

1032. Sexo

Feminino

1036. Endereço

Rua Trajano Reis, Nº 248 - São Francisco. Curitiba - PR Brasil

1033.CEP

80510-220

1035. Complemento

AP 82

1038.Telefone

42 99999-7737

1043. Código do plano

724

1044. Edição do regulamento

Flex Smart Coparticipação - 1, Apartamento, 8ª Edição

1042. Redução de carência

DATA BASE

1045. Descrição do plano

478474170 - PLANO FLEX SMART COPART 1 AMB HOSP C/ OBST APTO - 50%

1046. Mensalidade

R\$2.139,42

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\$478,86	R\$545,8	R\$598,25	R\$644,55	R\$706,56	R\$877,19	R\$1014,65	R\$1336,6	R\$1704,17	R\$2139,42

1200 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

Idade	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59<
Valor	0,00%	13,98%	9,61%	7,74%	9,62%	24,15%	15,67%	31,73%	27,5%	25,54%

1047. Nome conforme a Receita Federal

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

1050. CPF

1048. Nome da mãe

1049. Data de nascimento

1691. Estado civil

1057. Cartão Nacional de Saúde

1051. Sexo

1130. Grau de dependência

1053. Código do plano

1054. Edição do regulamento

1052. Redução de carência

1055. Descrição do plano

1056. Mensalidade

1310 - Tabela de preços por faixa etária

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

1210 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

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



# Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504836

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 2504836

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

Smart - Apto. - 59+ - Copart. 50% - Vigência 03/2025	Mensalidade 2.139,42	Desconto(R\$) 0
	Mensalidade total R\$2.139,42	Mensalidade total com desconto R\$2.139,42

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

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

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

### 4.2. Desconto progressivo por número de beneficiários

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

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

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

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

### 4.3. Condições de pagamento

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

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





## 4.4. Reajuste anual

---

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

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

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

## 4.5. Reajuste por faixa etária

---

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

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

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

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

## 4.6. Campanha promocional

---

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

## 4.7. Coparticipação em procedimentos ambulatoriais

---

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





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

## 4.8. Coparticipação em internamentos psiquiátricos

---

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

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

---

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

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

---

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

## 4.11. Coparticipação por dia de internamento

---

Conforme a acomodação contratada, incidirá coparticipação por dia de internação, limitada à cobrança de 10 (dez) diárias consecutivas por internamento, sendo o valor por diária de: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) em enfermaria e R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) em apartamento.



## 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 2504836

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

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

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

## 5.5. Troca de acomodação – Apartamento

---

Caso haja opção por troca de acomodação, o(s) beneficiário(s) está(ão) sujeito(s) ao cumprimento do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para usufruir da acomodação em apartamento, sendo que durante este período, o(s) beneficiário(s) continuará(ão) sendo atendidos em enfermaria, em caso de internamento.





## 6 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E TERMO DE CONSENTIMENTO

### 6.1. Declaração de veracidade

---

Declaro, para os devidos fins, que li e conferi, com atenção às condições, os dados preenchidos nesta Proposta de Admissão, que todas as informações prestadas em meu nome e de meus dependentes são verdadeiras e completas, bem como que os documentos apresentados são legítimos e refletem a realidade e, ainda, que quaisquer alterações no estado civil dos beneficiários (Titular e Dependentes) deverão ser informadas à Unimed Curitiba de imediato.

### 6.2. Consentimento

---

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

### 6.3. Declaração – Plano Referência

---

Declaro que, por ocasião da minha decisão pela contratação de plano comercializado pela Unimed Curitiba, em cumprimento à Lei nº 9.656/98, foi-me oferecido o Plano Referência (Ambulatorial Hospitalar em Enfermaria com Obstetrícia), com cobertura nacional, o qual não foi o plano por mim optado.

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

---

**CONTRATANTE:** SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES





## 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:** SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES



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

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

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

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

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

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



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

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

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

<b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b>	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.</p> <p>Caso a operadora opte pelo não fornecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
		<b>Coletivo por Adesão</b>	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	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.		
<b>REAJUSTE</b>	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.	

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

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

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

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

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

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

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

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

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu exempregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

## **Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

## **Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria.

O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

## **Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

## **Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

## **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

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



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

Ministério da  
**Saúde**



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

Prezado Sr.

ANTONIO JOAO GONCALVES  
CONTRATO: 53774 - FAMÍLIA: 720057

## DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA

Informamos que a família nº 720057 Sr. ANTONIO JOAO GONCALVES, cartão 3258152148 e suas dependentes, são beneficiários do plano NR PJ CO regulamentado pela lei 9656/98 com abrangência nacional, estando com as mensalidades quitadas até Junho/2025, tendo como contratante a FUNDO DE SAUDE SERV DO PODER JUDICIARIO.

Beneficiários	Plano	Registro ANS	Inclusão	Exclusão	Dt. Nasc.	* Vlr. Mens.	Portab.	CPT
ANTONIO JOAO GONCALVES	NR PJ CO AMB HOSP ENF	432.041/00-7	01/03/2006	--	11/03/1946	R\$ 0,00	Não	Não
JOYCE LAURA DA SILVA GONCALVES	NR PJ CO AMB HOSP ENF OBST	432.041/00-7	01/03/2006	01/03/2009 - 99 - Outros	10/12/1987	R\$ 0,00	Não	Não
MARIA JOSE DA SILVA GONCALVES	NR PJ CO AMB HOSP ENF OBST	432.041/00-7	01/03/2006	--	16/11/1948	R\$ 0,00	Não	Não

### Observação:

Não há.

Esclarecemos que o plano contratado está em conformidade com os ditames da Lei 9.656/98, que regulamentou a cobertura assistencial prestada pelas operadoras.

(\*) Valor da Mensalidade sem os opcionais e serviços adicionais

Atenção: A emissão desta declaração não cancela o contrato.

Curitiba, 09 de julho de 2025.



UNIMED CURITIBA

CNPJ: 75.055.772/0001-20

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

<b>Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba</b>				Data da Portabilidade: *****	
Tipo contratação		<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Jurídica		Código ANS: <b>304701</b>	
<b>Titular:</b>				<b>Código:</b>	
Inclusão: *****	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> Regulamentado		Obs:		
Exclusão: *****	<input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		<b>Plano: CUSTO OPERACIONAL</b>			
		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Dep.: MARIA JOSE DA SILVA GONCALVES</b>				<b>Código: 0032000058152172</b>	
Inclusão: <b>01/03/2006</b>	Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria		Obs:		
Exclusão: *****	<input checked="" type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Dep.:</b>				<b>Código:</b>	
Inclusão: *****	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria		Obs:		
Exclusão: *****	<input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Dep.:</b>				<b>Código:</b>	
Inclusão: *****	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria		Obs:		
Exclusão: *****	<input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Dep.:</b>				<b>Código:</b>	
Inclusão: *****	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria		Obs:		
Exclusão: *****	<input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Dep.:</b>				<b>Código:</b>	
Inclusão: *****	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria		Obs:		
Exclusão: *****	<input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Dep.:</b>				<b>Código:</b>	
Inclusão: *****	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria		Obs:		
Exclusão: *****	<input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Observação: PLANO PJ</b>					
Tipo: <b>0</b>					
Situação: <input type="checkbox"/> Adimplente <input type="checkbox"/> Inadimplente <input checked="" type="checkbox"/> Não avalia adimplência				Última Paga:	

Consultor(a):

**RENATO LEITE**

**ELISANGELA PSCHIEDT**

Data da solicitação:

**09/07/2025**

Código de validação:

**402**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES**  
**SECRETARIA NACIONAL DE TRÁNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN**

2 e 1 NOME E SOBRENOME: SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES  
 1ª HABILITAÇÃO: 04/10/2000

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO: 02/08/1982 IRATI/PR

4a DATA EMISSÃO: 30/01/2025      4b VALIDADE: 30/01/2030      ACC: **D**

4c DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 7796262-0 SESP PR

4d CPF: 039.145.879-54      5 Nº REGISTRO: 01477181771      9 CAT. HAB: **B**

NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A)  
 FILIAÇÃO: ANTONIO JOAO GONCALVES  
 MARIA JOSE DA SILVA GONCALVES

7 ASSINATURA DO PORTADOR

8 ACC: 

A			
A1			
B		30/01/2030	
B1			
C			
C1			

9 D: 

D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES: A

LOCAL: CURITIBA, PR  
 ASSINATURA DO EMISSOR: 59815185163 PR926750286

**PARANA**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL: 2942907927  
 VALIDADE DO CPF: 2942907927



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **039.145.879-54**

Nome: **SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES**

Data de Nascimento: **02/08/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/08/2000**

Digito Verificador: **00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

RG: 957.238-4



POLEGAR DIREITO



*Maria José da S. Gonçalves*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 957.238-4

DATA DE EXPEDIÇÃO: 28/04/2018

NOME: MARIA JOSÉ DA SILVA GONÇALVES

FILIAÇÃO: MARCIANO ROMUALDO DA SILVA  
GEORGINA DA COSTA SILVA

NATURALIDADE: MARINGÁ/PR

DATA DE NASCIMENTO: 16/11/1948

**IDOSO**

DOC. ORIGEM: COMARCA=CIANORTE/PR, 1 OFÍCIO  
C.CAS=4770, LIVRO=11B, FOLHA=191

CPF: 057.780.119-89

CURITIBA/PR

*Marcus Vinicius da Costa Bichelotto*  
MARCUS VINICIUS DA COSTA BICHELOTTO

ASSINATURA DO DIRETOR

**É PROIBIDO PLASTIFICAR**

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.780.119-89**

Nome: **MARIA JOSE DA SILVA GONCALVES**

Data de Nascimento: **16/11/1948**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/11/2003**

Digito Verificador: **00**

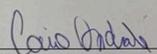
DECLARAÇÃO

UNIÃO ESTÁVEL

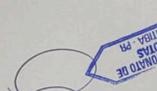
**CAIO LUCAS VASCONCELLOS PRADO ANDRADE**, brasileiro, solteiro, bancário, portador do RG nº 43.905.863-6, devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 330.437.348-90, residente e domiciliado na Rua Trajano Reis, 248, ap 82, São Francisco, Curitiba/PR, CEP 80510-220 e **SANDRA MARA DA SILVA GONÇALVES**, brasileira, divorciada, bancária, portadora do RG nº 7.796.262-0, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 039.145.879-54, residente e domiciliada na Rua Trajano Reis, 248, ap 82, São Francisco, Curitiba/PR, CEP 80510-220, com fundamento nos artigos 226, § 3º, da Constituição Federal, 1.723 e seguintes do Código Civil, bem como na Lei nº 9.278/96, declaramos, a quem possa interessar e para que produza efeitos legais, que **convivemos maritalmente em caráter de união estável** há, aproximadamente, 1 (um) ano e 07 (sete) meses, como se casados fôssemos.

Por ser a expressão da verdade, datamos e assinamos a presente declaração, acompanhados de 02 (duas) testemunhas abaixo identificadas.

Curitiba/PR, 10 de julho de 2025.

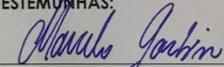
  


Caio Lucas Vasconcellos Prado Andrade  
CPF 330.437.348-90  
RG 43.905.863-6 SSP/SP


Sandra Mara da Silva Gonçalves  
CPF 039.145.879-54  
RG 7.796.262-0 SSP/PR

TESTEMUNHAS:



Marcelo Garbin  
CPF 059.305.269-23  
RG 4.453.337 SSP/SC



Vinicius Pontes  
CPF 062.255.799-82  
RG 9.161.488 SSP/PR

  
Reconheço e dou fé por VERDADEIRO a(s) firma(s) de  
CAIO LUCAS VASCONCELLOS PRADO ANDRADE; SANDRA  
MARA DA SILVA GONÇALVES.  
Em testemunho da verdade  
Curitiba-PR, 10 de julho de 2025, 14:59:50  
Lucella Romoski  
Escrevente  
Selo: SFTN1-QGRtb-451MI-Vozen-F397q  
consulte em selo.funarpen.com.br  
  
VÁLIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS



DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRONICA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Copel Distribuição S.A  
R. José Leodoro Blazetto, 158 - Bloco C - Mossungue  
CEP: 81200-240 - Curitiba - PR  
CNPJ 04.368.898/0001-05  
INSC. ESTADUAL 9023307399

Responsável pela Iluminação Pública: Município 156

Classificação: B1 Residencial / Residencial  
Tipo de Fornecimento: Bifásico 40A

DATAS DE LEITURAS  
Leitura anterior 12/05/2025  
Leitura atual 10/06/2025  
Nº de dias 29  
Próxima Leitura 09/07/2025

Nome: CAIO LUCAS VASCONCELLOS  
PRADO ANDRADE  
Endereço: R Trajano Reis, 248 - Ap 82 - Sao Francisco  
CEP: 80510-220  
Cidade: Curitiba - Estado: PR  
CPF: \*\*\*\* \*48-90

UNIDADE CONSUMIDORA  
63800799

NOTA FISCAL No. 172349846 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 12/06/2025  
Consulte Chave de Acesso em:  
<https://nfe.fazenda.pr.gov.br/nfe/inf3eConsulta/consultarConsulta/consultarConsulta>  
Chave de Acesso  
4123 0604 3888 9800 0106 6000 3172 3498 4810 2276 9309  
Processo de Autorização: 18125002956838 - 12/06/2025 às 06:05:55-03:00

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/2025	20/07/2025	R\$132,27

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PSJ / OFMS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	143	0,379840	54,28	2,48	10,31	0,290190	ICMS	54,28	18%	9,77
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	143	0,444615	63,58	2,91	12,08	0,339620	ICMS	63,58	18%	11,44
ENERGIA CONS. B AMARELA	kWh	93,89	0,024656	2,31	0,11	0,44	0,018850	ICMS	2,31	18%	0,41
ENERGIA CONS. B VERMELHA	kWh	49,31	0,058406	2,88	0,13	0,55	0,044630	ICMS	2,88	18%	0,51
CORT ILLUM PUBLICA MUNICIPIO	UN		9,220000	9,22							
<b>TOTAL</b>				<b>132,27</b>	<b>5,63</b>	<b>23,38</b>					

PERÍODO FISCAL: 12/06/2025

5223.DEFC.FD2A.DBDF.72F1.E92D.B5A4.5CCC

Medidor	Grandezas	Período base	Leitura Anterior	Leitura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0222731800	CONSUMO kWh	TP	31987	32130	1	143

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 12/06/2025

5223.DEFC.FD2A.DBDF.72F1.E92D.B5A4.5CCC

REAVISO DE VENCIMENTO

Grupo de Tarifas / Modalidade Tarifária: B - CONVENCIONAL  
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.  
Planos de Band Tarif: Amarela 1305-3105 Vermelha P1 0106-1006

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
63800799	06/2025	20/07/2025	R\$132,27



Numero da fatura: FAT-01-20259502276955-60

836800000017 322701110007 001010202594 502276955601



Busca CEP

Portal Correios **Busca por Endereço ou CEP**

[Voltar ao menu](#)

### Resultado da Busca por Endereço ou CEP

[Por Endereço ou CEP](#)

1 a 1 de 1

[Por Localidade/Logradouro](#)

Logradouro/Nome

Bairro/Distrito

Localidade/UF

CEP

[Por CEP](#)

Rua Trajano Reis

São Francisco

Curitiba/PR

80510-220

[Logradouro por Bairro](#)

[Nova Busca](#)

[Faixa de CEP por UF/Localidade](#)

[Caixa Postal](#)

[Clique e Retire](#)

[Locker](#)

[Agência Modular](#)

[Veja Também](#)



# Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 30/03/2025

## Dados Pessoais

Nome civil

**SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES**

CPF

**039.145.879-54**

Data de nascimento

**02/08/1982**

## Contratos de trabalho

[11/06/2007 - Aberto](#)

Empregador

**CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CNPJ RAIZ: 00.360.305**

Estabelecimento

**CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CNPJ: 00.360.305/5754-33  
RUA JOSE LOUREIRO 195 80010000 CENTRO CURITIBA PR**

Cargo

**TECNICO BANCARIO NOVO**

CBO Cargo

**4132-25**

Função

**GER CLIENTES NEGO II-PRI**

CBO Função

**2532-10**

Tipo de contrato

**Prazo indeterminado**

Salário contratual

**R\$ 7.437,00 por mês**

Relação de trabalho

**Empregado**

Tipo de admissão

**Admissão**

Fonte da informação

**ESOCIAL**

## ANOTAÇÕES

06/06/2025 - Salário definido para R\$ 7.437,00 Por mês

31/03/2025 - Férias 31/03/2025 a 10/04/2025



# Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 30/03/2025

## ANOTAÇÕES

01/01/2025 - Salário definido para R\$ 7.270,00 Por mês

19/08/2024 - Férias 19/08/2024 a 06/09/2024

01/04/2024 - Salário definido para R\$ 6.793,00 Por mês

14/02/2024 - Férias 14/02/2024 a 27/02/2024

07/06/2023 - Salário definido para R\$ 6.344,00 Por mês

07/06/2023 - Estabelecimento definido para CAIXA ECONOMICA FEDERAL

24/04/2023 - Férias 24/04/2023 a 28/04/2023

01/04/2022 - Salário definido para R\$ 5.613,00 Por mês

01/04/2022 a (atual) - CBO Função exercida 2532-10

03/01/2022 - Férias 03/01/2022 a 16/01/2022 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada

12/07/2021 - Férias 12/07/2021 a 19/07/2021 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada

07/06/2021 - Salário definido para R\$ 4.945,00 Por mês

01/04/2021 - Salário definido para R\$ 4.833,00 Por mês

04/01/2021 - Férias 04/01/2021 a 08/01/2021 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada

09/09/2020 - Salário definido para R\$ 4.724,00 Por mês

09/09/2020 - Estabelecimento definido para CAIXA ECONOMICA FEDERAL

21/08/2020 - Salário definido para R\$ 4.654,00 Por mês

21/08/2020 a (atual) - Função exercida de GER CLIENTES NEGO II-PRI

06/07/2020 - Férias 06/07/2020 a 20/07/2020 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada

17/04/2020 - Salário definido para R\$ 4.550,00 Por mês , com efeito a partir de 17/04/2020

01/04/2020 - Salário definido para R\$ 4.654,00 Por mês

16/03/2020 - Salário definido para R\$ 4.550,00 Por mês

16/03/2020 - Estabelecimento definido para CAIXA ECONOMICA FEDERAL

02/01/2020 - Férias 02/01/2020 a 16/01/2020 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada

15/07/2019 - Férias 15/07/2019 a 19/07/2019 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada



# Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 30/03/2025

## ANOTAÇÕES

08/06/2019 - Salário definido para R\$ 4.362,00 Por mês

02/01/2019 - Férias 02/01/2019 a 17/01/2019 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada

01/01/2019 - Salário definido para R\$ 4.260,00 Por mês

13/11/2018 - Salário definido para R\$ 4.165,00 Por mês , com efeito a partir de 13/11/2018

13/11/2018 - Estabelecimento definido para CAIXA ECONOMICA FEDERAL

30/07/2018 - Férias 30/07/2018 a 03/08/2018

11/06/2007 - Salário definido para R\$ 4.550,00 Por mês

11/06/2007 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

11/06/2007 - Estabelecimento definido para CAIXA ECONOMICA FEDERAL

11/06/2007 a 20/08/2020 - Função exercida de GER CLIENTES NEGOC II-NE

11/06/2007 a (atual) - Cargo exercido de TECNICO BANCARIO NOVO

11/06/2007 - Relação de trabalho definida para Empregado

11/06/2007 a (atual) - CBO Cargo exercido 4132-25

11/06/2007 - Admissão

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES CONTRATANTES**

a) **CONTRATANTE RESPONSÁVEL - Sandra Mara Da Silva Gonçalves**, brasileira, casada, CPF 039.145.879-54 residente e domiciliada na Rua Trajano Reis, n 248, Ap. 82 , CEP 80.510-220, Bairro São Francisco, Cidade Curitiba, Estado Paraná.

b) **GARANTIDOR-FIADOR/DEVEDOR SOLIDÁRIO - Sandra Mara Da Silva Gonçalves**, brasileira, casada, CPF 039.145.879-54 residente e domiciliada na Rua Trajano Reis, n 248, Ap. 82 , CEP 80.510-220, Bairro São Francisco, Cidade Curitiba, Estado Paraná.

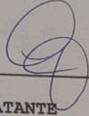
c) **HÓSPEDE IDOSO - Maria José Da Silva Gonçalves**, brasileira, casada, CPF 057.780.119-89, residente e domiciliada na Rua Frei Orlando, n 1078, Casa , CEP 82.530-305, Bairro Tarumã, Cidade Curitiba, Estado Paraná.

d) **CONTRATADA - VIEIRA CASA DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**, com sede em Curitiba, na Frei Orlando, n 1078, bairro Jardim Social, CEP 82.530-305, inscrita no CNPJ sob o n° 31.436.783/0001-84, neste ato representado por seu administrador.

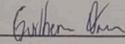
1.1 As partes acima qualificadas têm, entre si, justas e acertadas, na melhor forma de direito, o presente Contrato de Prestação de Serviços para hospedagem de curta ou longa temporada de idoso, nos termos da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e RDC 283/2005 ANVISA, que se regerá pelas cláusulas e condições dispostas no presente termo.



Curitiba, 21 de JUNHO de 2025.



CONTRATANTE



CONTRATADA

---

HÓSPEDE



GARANTIDOR-FIADOR

---

TESTEMUNHA 1

NOME:

RG:

---

TESTEMUNHA 2

NOME:

RG:



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Curitiba, 09 de julho de 2025

Declaramos, para os devidos fins, que os senhores **Antônio João Gonçalves**, CPF nº 045.989.899-04, e **Maria José da Silva Gonçalves**, CPF nº 057.780.119-89, encontram-se residindo nesta instituição, **Vieira Casa de Longa Permanência para Idosos**, inscrita no CNPJ sob nº 31.436.783/0001-84, localizada na **Rua Frei Orlando, nº 1078, bairro Tarumã, Curitiba – PR, CEP 82530-305**, desde o dia **21 de junho de 2025**.

Sem mais para o momento, firmamos a presente declaração para os fins que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

  
**Guilherme Vieira**

VIEIRA CASA DE PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS  
CNPJ: 31.436.783/0001-84

Responsável pela Instituição  
Vieira Casa de Longa Permanência para Idosos  
CNPJ: 31.436.783/0001-84

ESTADO DE MATO GROSSO  
PODER JUDICIÁRIO  
3ª VARA CÍVEL DE BARRA DO GARÇAS

---

**DECISÃO**

**Processo:** 1004610-28.2025.8.11.0004.

REQUERENTE: SANDRA MARA DA SILVA GONCALVES

REQUERIDO: MARIA JOSE DA SILVA GONCALVES, ANTONIO JOAO GONCALVES

Recebo a emenda à inicial.

Tratam-se os presentes autos de ação de interdição onde fora requerido, de forma incidental, uma tutela provisória de urgência consistente na interdição provisória.

O artigo 273 *caput* da revogada lei n.º 5.869, de 11 de Janeiro de 1973 (antigo Código de Processo Civil), com a redação que lhe foi dada pela lei n.º 8.952/94, inovando no ordenamento jurídico, passou a permitir – de forma genérica - que o magistrado antecipasse os efeitos da tutela pretendida na inicial quando, havendo prova inequívoca, se convencesse da verossimilhança da alegação do requerente.

Com o advento da lei n.º 13.105, de 16 de Março de 2015 (Código de Processo Civil), houvera uma substancial alteração no tema, eis que diferentemente do anterior regramento que tratava das decisões antecipatórias de tutela e dos procedimentos cautelares, houvera agora a expressa previsão das tutelas provisórias, dividindo-as em tutelas de urgência e evidência.

No caso dos autos, como já dantes referido, a parte postulou por uma tutela de urgência de forma incidental, requerendo ainda o seu conhecimento *initium litis* (liminarmente).

O artigo 300 *caput* do Código de Processo Civil especifica quais os elementos necessários para a concessão do que fora requerido:

Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

Verifica-se, portanto, que dois são os requisitos para a concessão da tutela de urgência, qual seja a probabilidade do direito (requisito genérico) e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo (requisitos alternativos, os quais devem, ao menos um deles, cumular-se com o primeiro).

A probabilidade do direito nada mais é do que a presença do já consagrado requisito declinado no conhecido termo latim *fumus boni iuris*, ou seja, a existência de plausibilidade verossímil do direito alegado.

Não se trata de prova irrefutável, posto que se assim pudesse ser considerada tal já levaria a possibilidade da concessão de uma tutela de evidência.

Tendo o legislador expressamente exigido, para a concessão da tutela de urgência, que haja a probabilidade do direito invocado, evidentemente que as meras alegações da parte, por mais relevantes que sejam, não tem o condão de permitir o provimento de uma decisão em desrespeito ao contraditório diferido.

Assim, as alegações da parte devem encontrarem-se acompanhadas de um mínimo de prova que seja de sua existência.

Diferentemente do que - por uma análise meramente semântica - pode parecer, a probabilidade do direito não é o que se apresenta semelhante à verdade, mas sim o que se pode inferir sobre a base corroborativa do que já consta nos autos como elementos de prova.

Noutras palavras, somente teria o atributo de provável as alegações que contivessem em seu bojo o necessário nexos com os elementos de prova já anteriormente produzidos.

A probabilidade do direito seria o equivalente à verossimilhança da alegação, requisito do anterior ordenamento jurídico para a medida que se pleiteia.

O juízo de verossimilhança é aquele que permite chegar a uma verdade provável sobre os fatos ou, no dizer de Bedaque, um “elevado grau de probabilidade da versão apresentada pelo autor” (BEDAQUE, José dos Santos. Tutela Cautelar e Tutela Antecipada: Tutelas Sumárias de Urgência, 3 ed., 2003, p. 336).

Na lide balizada, a probabilidade do direito encontra-se perfunctoriamente presente, posto que há nos argumentos empreendidos pela parte o nexos com o que já encontra-se de plano comprovado. Assim, vemos que no presente caso a presença da probabilidade jurídica do que se pleiteia deriva diretamente da existência da prova indiciária dos fatos.

Porém, no caso dos autos, verifica-se que um dos requisitos – alternativos - para a concessão da tutela de urgência encontra-se ausente, qual seja, o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

O perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo - ou *periculum in mora*, como é mais comumente conhecido no ambiente forense – nada mais é do que a demonstração do receio que a demora da decisão judicial possa causar um dano grave ou de difícil reparação ao bem tutelado, ou mesmo tornar inútil um futuro provimento jurisdicional, ainda que concessivo do direito invocado.

A decisão judicial sobre a tutela de urgência precisa necessariamente estar fundada na prova do *periculum in mora* e, no caso dos autos, a prova referida encontra-se ausente.

Não se pode confundir a prova da existência do perigo na demora com a plausibilidade do direito atinente do fato principal, exigido no *caput* do artigo 300 do Código de Processo Civil.

Referida plausibilidade do direito invocado, qual seja a existência de fundadas razões para o pleito que se pretende, encontra-se acostada aos autos.

Isso porque, anexo à inicial, o requerente trouxera documentos idôneos que, ao menos nesta estreita seara de conhecimento liminar, demonstram que o interditando encontra-se incapacitado para o exercício dos atos de sua vida civil.

O artigo 749, parágrafo único do Código de Processo Civil é claro ao possibilitar a interdição provisória nos casos em comento:

Art. 749. Incumbe ao autor, na petição inicial, especificar os fatos que demonstram a incapacidade do interditando para administrar seus bens e, se for o caso, para praticar atos da vida civil, bem como o momento em que a incapacidade se revelou.

Parágrafo único. Justificada a urgência, o juiz pode nomear curador provisório ao interditando para a prática de determinados atos.

Portanto, resta comprovada a necessidade de nomeação de um curador provisório.

Ademais, pela própria natureza do pedido, vemos que a autora logrou êxito em provar na inicial a necessidade da tutela de urgência e que, eventual não concessão de referida providência, possa causar a parte um dano ou prejuízo processual.

Tal prova, da mesma forma como dantes se elucubrara acerca do evento principal, deve vir produzida de forma documental acompanhando a inicial, e não encontrar-se esteada somente em alegações.

No caso dos autos, resta claro que, não sendo concedida a tutela, os interditandos permanecerão incapazes de praticar quaisquer atos da vida civil, por estarem incapacitados.

Portanto, a urgência revela-se pelo simples fato de que os interditandos não podem “morrer” civilmente, eis que há a necessidade de que o curador provisório viva civilmente para ele.

**Isto posto, CONCEDO a tutela provisória para, em juízo de cognição sumária, decretar a interdição provisória do interditando.**

Nomeio como curadora provisória dos interditandos a requerente.

Expeça-se termos de curatela provisória, intimando-se a requerente para assiná-lo em cartório.

Saliento que a interdição provisória é total, ou seja, para a prática de todos os atos da vida civil.

Quanto à continuidade do feito, é cediço na jurisprudência que a ação de interdição pode culminar com uma restrição à capacidade civil demasiadamente gravosa para ser realizada sem a observância do devido processo legal.

No entanto, o devido processo legal, em sua acepção ampla, não deve ser entendido como o mero tecnicismo de seguimento minudente e cego dos específicos ritos e fases do processo, mas sim como um instituto que proveja ao provável indivíduo que será limitado de seus direitos a mais ampla gama de possibilidades de defesa e participação no processo.

Nos casos de interdição, o que rotineiramente se percebe é que a imensa maioria dos pedidos declinados em juízo são para a curatela de pessoas totalmente incapacitadas, seja em decorrência de doença pré existente, condição física adquirida, intercorrências decorrentes de avançada idade, dentre outros.

Nestes casos, mostra-se não somente inócua a entrevista judicial quanto, em muitos casos, chega a ser constrangedora tal situação, eis que não raras são levadas à sede do Poder Judiciário pessoas com extrema dificuldade de locomoção ou indivíduos que, pela sua própria condição de saúde, ficam retraídos quando expostos à uma audiência judicial.

Justamente em razão de referidas situações que necessária é uma visão diferenciada à depender da situação específica de cada processo.

No caso presente, pelas alegações do requerente em conjunto com a documentação colacionada ao feito, vemos que há fundadas razões para se crer que a incapacidade que atinge o interditando é severa e total, de forma que a entrevista judicial, ao menos nesta estreita e liminar seara de conhecimento, mostrar-se-ia desnecessária, o que evidentemente pode se mostrar equivocado no decorrer do processo.

Ademais, a própria limitação de conhecimento médico/psicológico por parte do órgão julgador faz inferir a inocuidade do ato como privemo impulsionamento processual.

Assim, no caso presente, hei por bem postergar a fase de entrevista judicial para após a citação do interditando, bem como da realização do estudo psicossocial pela equipe multidisciplinar deste juízo.

Diante do exposto, determino que seja o interditando citado para, nos termos do artigo 752 caput do Código de Processo Civil, impugnar o pedido no prazo de 15 (quinze) dias.

Na oportunidade da citação, deve o Sr. Oficial de Justiça especificar a situação em que se encontra o interditando, bem como a sua suposta capacidade de entender o ato de citação.

Decorrido o prazo sem manifestação, desde já nomeio a Defensoria Pública Estadual para atuar na curadoria judicial do interditando, nos termos do artigo 752, parágrafo 2º do Diploma adjetivo referido, devendo referida instituição apresentar a peça defensiva também no prazo de 15 (quinze) dias.

Na mesma oportunidade da expedição do mandado de citação do interditando, deve ser a equipe multidisciplinar deste juízo notificada para que, no prazo de 10 (dez) dias, proceda à um estudo psicológico e social com o interditando e o pretense curador, devendo, dentre outros, especificar a situação do interditando em relação à sua capacidade, bem como a conveniência da nomeação do pretense curador em tal mister.

Cumpridas todas as providências referidas, vista dos autos ao Ministério Público para manifestar-se quanto ao mérito da interdição (eis que poderá ser dispensada posterior entrevista) e, após, conclusos para análise da necessidade de entrevista pessoal (e/ou oitiva de parentes ou pessoas próximas – artigo 751, parágrafo 4º) ou imediata resolução meritória.

Cumpra-se.

Barra do Garças, data lançada no sistema.

**Alexandre Meinberg Ceroy**

Juiz de Direito

Assinado eletronicamente por: **ALEXANDRE MEINBERG CERROY**

<https://clickjudapp.tjmt.jus.br/codigo/PJEDANBGPNRT>



PJEDANBGPNRT