

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

2504850

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

BERNARDO PASSOS SOBREIRO

1005. Data de nascimento

10/07/1968

1006. CPF

620.899.860-34

1013. E-mail

bsobreiro@hotmail.com

1009. Endereço

Rua Professor Doutor Pedro Ribeiro Macedo da Costa, Nº 940 - Vila Izabel. Curitiba - PR. Brasil.

1012. Complemento

CASA 02

1010. CEP

80320-330

1011. Telefone

(41) 99153-5647

1024. Forma de pagamento

Boleto

1025. Banco

1026. Agência

1027. Conta corrente

-

3 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO TITULAR

1028. Nome conforme a Receita Federal

BERNARDO PASSOS SOBREIRO

1031. CPF

620.899.860-34

1029. Nome da mãe

SANDRA PASSOS SOBREIRO

1030. Data de nascimento

10/07/1968

1690. Estado civil

Divorciado

1034. Cartão Nacional de Saúde

700406926606049

1032. Sexo

Masculino

1036. Endereço

Rua Professor Doutor Pedro Ribeiro Macedo da Costa, Nº 940 - Vila Izabel. Curitiba - PR Brasil

1033. CEP

80320-330

1035. Complemento

CASA 02

1038. Telefone

(41) 99153-5647

1043. Código do plano

723

1044. Edição do regulamento

Flex Smart Coparticipação - 1, Enfermaria, 8ª Edição

1042. Redução de carência

DATA BASE

1045. Descrição do plano

478473171 - PLANO FLEX SMART COPART 1 AMB HOSP C/ OBST ENF - 50%

1046. Mensalidade

R\$1.177,14

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\$320,74	R\$387,23	R\$441,25	R\$490,89	R\$555,34	R\$618,98	R\$736,96	R\$927,98	R\$1177,14	R\$1679,19

1200 - Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária:

Idade	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59<
Valor	0,00%	20,73%	13,95%	11,25%	13,13%	11,46%	19,06%	25,92%	26,85%	42,65%

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1

1047. Nome conforme a Receita Federal

[REDACTED]

1050. CPF

[REDACTED]

1048. Nome da mãe

[REDACTED]

1049. Data de nascimento

[REDACTED]

1691. Estado civil

[REDACTED]

1057. Cartão Nacional de Saúde

[REDACTED]

1051. Sexo

[REDACTED]

1130. Grau de dependência

[REDACTED]

1053. Código do plano

[REDACTED]

1054. Edição do regulamento

[REDACTED]

1052. Redução de carência

[REDACTED]

1055. Descrição do plano

[REDACTED]

1056. Mensalidade

[REDACTED]

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	[REDACTED]									

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	[REDACTED]									



Proposta de ADMISSÃO

Nº 2504850

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 2504850

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 - Enf. - 54-58 - Copart. 50% - Vigência 03/2025	Mensalidade 1.177,14	Desconto(R\$) 0
	Mensalidade total R\$1.177,14	Mensalidade total com desconto R\$1.177,14

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.

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 2504850

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: BERNARDO PASSOS SOBREIRO





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: BERNARDO PASSOS SOBREIRO



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

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



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

Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba			Data da Portabilidade: *****		
Tipo contratação		<input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	Código ANS: 304701		
Titular: ALINE GRAZIELA CIDRAL SOBREIRO			Código: 0032000055314864		
Inclusão: 05/10/2002	Cobertura: <input checked="" 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:		Plano: SEM COPARTICIPAÇÃO			
		CPF: *****	Código do Produto: *****	Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim	
		Data Nasc: *****	Data Inicial CPT: *****	<input type="checkbox"/> Não	
Dep.: BERNARDO PASSOS SOBREIRO			Código: 0032000055314872		
Inclusão: 05/10/2002	Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria	Obs: COPARTICIPAÇÃO 25%			
Exclusão: *****	<input checked="" 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			
Dep.: RAFAELA CIDRAL SOBREIRO			Código: 0032000058505512		
Inclusão: 11/07/2006	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	<input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input checked="" type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: ***** Código do Produto: ***** Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim			
		Data Nasc: ***** Data Inicial CPT: ***** <input type="checkbox"/> Não			
Dep.: MARIANA CIDRAL SOBREIRO			Código: 0032000072728795		
Inclusão: 25/04/2015	Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria	Obs:			
Exclusão: *****	<input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia <input type="checkbox"/> regional <input checked="" type="checkbox"/> apartamento				
R\$ - Individual:		CPF: ***** Código do Produto: ***** Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim			
		Data Nasc: ***** Data Inicial CPT: ***** <input type="checkbox"/> Não			
Dep.:			Código:		
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			
Dep.:			Código:		
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			
Dep.:			Código:		
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			
Observação: 0					
Tipo: 0					
Situação: <input checked="" type="checkbox"/> Adimplente <input type="checkbox"/> Inadimplente <input type="checkbox"/> Não avalia adimplência			Última Paga: 05/07/2025		

Consultor(a): **CHRISTIANE**
Data da solicitação: **10/07/2025**
Código de validação: **444**

EMELLY



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME
BERNARDO PASSOS SOBREIRO

1ª HABILITAÇÃO
06/01/1999

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
10/07/1968 CURITIBA/PR

4a DATA EMISSÃO
05/08/2024

4b VALIDADE
05/08/2029

ACC
D

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
1019250297 SESP RS

4d CPF
620.899.860-34

5 Nº REGISTRO
00512154564

9 CAT HAB
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
VALTER GUARACI SOBREIRO JUNIOR

SANDRA PASSOS SOBREIRO



7 ASSINATURA DO PORTADOR

	9	10	11	12	9	10	11	12
ACC					D			
A					D1			
A1					BE			
B			05/08/2029		CE			
B1					C1E			
C					DE			
C1					D1E			

12 OBSERVAÇÕES

Empty box for observations.

ADRIANO MARCOS FURTADO
DIRETOR PRESIDENTE - PR

ASSINATURA DO EMISSOR

33618214344
PR925850551

LOCAL
CURITIBA, PR

PARANÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2850615011

2850615011

PROIBIDO PLASTIFICAR





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **620.899.860-34**

Nome: **BERNARDO PASSOS SOBREIRO**

Data de Nascimento: **10/07/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/04/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:32:16** do dia **08/07/2025** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **39F4.88FF.1DAE.2D6E**



Informe-se na sua agência bancária
 Dúvidas? Ligue 0800 200 0115
 Ou vá até uma central de relacionamento



Endereço: Rua Engenheiros Rebouças, nº 1376
 CEP: 80.215-900 Curitiba - PR
 CNPJ MF: 76.484.013/0001-45
 Inscrição Estadual: 101.80080-64
 Site: www.sanepar.com.br
 Teleatendimento: 0800-200-0115
 WhatsApp: (41)99544-0115

CONTA

NOME DO CLIENTE BERNARDO PASSOS SOBREIRO		MATRÍCULA 2657.0832	
ENDEREÇO R PROF PEDRO R MACEDO COSTA CASA 02		NÚMERO 940	Nº LADO - Nº FRENTE 611 680
CEP 80.230-330	LOCAL CURITIBA		
ROTEIRO DE LEITURA 001-56-11-273-08190	HIDRÔMETRO 515F481162-4-1	CAT - RES - COM - IND - UTP - POP 011 001 000 000 000 000	

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Coliformes Totais
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	371	371	371		371
Nº Amostras Realizadas	411	411	411	38	411
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	411	411	411	38	411

Conclusão **Todas as amostras atenderam a legislação.**

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS												
Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2024	PAGO											
2025	PAGO	PAGO	PAGO	X	X	---	---	---	---	---	---	---

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/R\$	TOTAIS	
			ÁGUA	ESGOTO
RES MÍNIMO	5		50,42	42,86
DE 6 A 10M3	3	1,56	4,68	3,98



Segunda via simplificada

Via do cliente

Matrícula: **2657.0832**

Nome: **BERNARDO PASSOS SOBREIRO**

Endereço: **R PROF PEDRO R MACEDO COSTA**

CASA 02

Data de Vencimento: **07/07/2025**

Valor: **115,17**

Número: **00940**

Referência: **06/2025**

DOCUMENTO IMPRESSO PELO AUTOATENDIMENTO
O PAGAMENTO DESTES DOCUMENTOS NÃO QUITA DÉBITOS ANTERIORES
ATENDIMENTO TELEFÔNICO SANEPAR: 0800 200 0115.



Segunda via simplificada

Via do estabelecimento

Matrícula: **2657.0832**

Data de Vencimento: **07/07/2025**

Valor: **115,17**

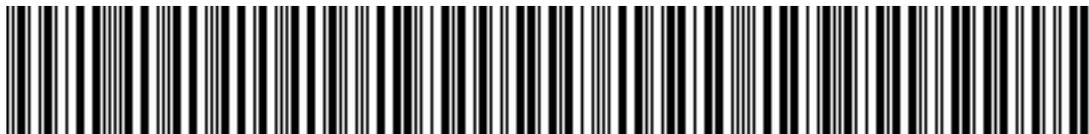
Referência: **06/2025**

PAGUE COM PIX



CTRL: 2657.0832.0625.4104

82630000001-3 15170109202-6 50707265708-7 32062025419-5



[Portal Correios](#) Busca por Endereço ou CEP

Resultado da Busca por Endereço ou CEP

1 a 1 de 1

Logradouro/Nome

Rua Professor Doutor Pedro Ribeiro Macedo da Costa

Bairro/Distrito

Vila Izabel

Localidade/UF

Curitiba/PR

CEP

80320-330

Nova Busca