



Número: **5020204-71.2025.8.08.0012**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cariacica - Comarca da Capital - 2ª Vara Cível**

Última distribuição : **03/09/2025**

Valor da causa: **R\$ 47.770,00**

Assuntos: **Obrigação de Fazer / Não Fazer, Liminar**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA (REQUERENTE)	HIGOR SOUZA PORFIRIO (ADVOGADO)
UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (REQUERIDO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77616 039	03/09/2025 10:44	Petição Inicial	Petição Inicial
77616 040	03/09/2025 10:44	1 - PROCURAÇÃO	Procuração/Substabelecimento sem reserva de poderes
77616 041	03/09/2025 10:44	2 - DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de comprovação
77616 042	03/09/2025 10:44	3 - CNH	Documento de Identificação
77616 043	03/09/2025 10:44	4 - COMP. RESIENCIA	Documento de comprovação
77616 044	03/09/2025 10:44	5 - CONTRACHEQUE	Documento de comprovação
77616 046	03/09/2025 10:44	5 - SOLITAÇÃO SITE	Documento de comprovação
77616 047	03/09/2025 10:44	6 - SOLITAÇÃO SMS	Documento de comprovação
77616 048	03/09/2025 10:44	7 - CARTEIRINHA	Documento de comprovação
77617 953	03/09/2025 10:44	8 - TERMO DE INCLUSÃO	Documento de comprovação
77617 954	03/09/2025 10:44	9 - DECLARAÇÃO SAÚDE	Documento de comprovação
77617 956	03/09/2025 10:44	10 - RECLAMAÇÃO ANS	Documento de comprovação
77617 957	03/09/2025 10:44	11 - JUSTIFICATIVA ANS	Documento de comprovação
77617 958	03/09/2025 10:44	12 - LAUDO MÉDICO	Documento de comprovação
77617 959	03/09/2025 10:44	12 - ORÇAMENTO CIRURGIA	Documento de comprovação
77617 960	03/09/2025 10:44	13 - LAUDO PSICOLÓGICO	Documento de comprovação
77646 932	03/09/2025 14:21	Certidão - Conferência Inicial	Certidão - Conferência Inicial

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARIACICA/ES.

ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA,
brasileira, convivente em união estável, professora, inscrita no CPF nº 147.857.037-76, portadora do RG nº 2153613-ES, residente e domiciliada na Rua Paulicéia, nº 207, Oriente - Cariacica/ES, CEP: 29.150-550, por meio de seu advogado infra-assinado (instrumento de mandato anexo), com escritório profissional na A. Campo Grande, nº 26, Campo Grande - Cariacica/ES, TEL.: 2799823-7536, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO
DE TUTELA ANTECIPADA**

em face de **UNIMED VITÓRIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 27.578.434/0001-20, situada na Avenida Cezar Hilal, 700 - Bento Ferreira, Vitória - ES, CEP 29.050-903, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos:



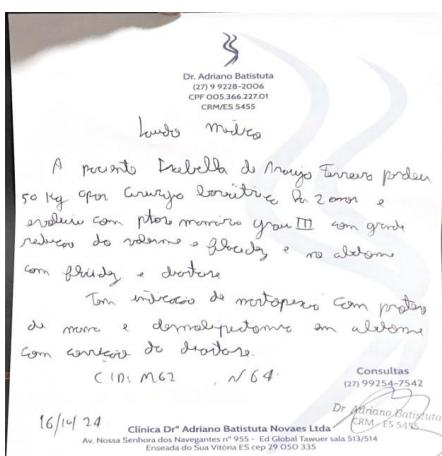
I - DOS FATOS

A autora é beneficiária do plano de saúde operado pela requerida, sendo atendida regularmente por sua rede credenciada para a realização de diversos tratamentos médicos, conforme carteirinha do plano de saúde, em anexo.

A autora foi submetida à cirurgia bariátrica em março de 2024, para tratamento de obesidade mórbida. Em decorrência da perda excessiva de peso (cerca de 45 Kg), a autora passou por avaliação médica que, com base em sua condição clínica, indicou a necessidade urgente de realização do procedimento de MASTOPEXIA COM PRÓTESE DE MAMA E CIRURGIA CORRETIVA DE FLACIDEZ E DIÁSTASE ABDOMINAL (ABDOMINOPLASTIA).

Após realização da cirurgia bariátrica, a autora passou a apresentar graves sequelas físicas e psicológicas decorrentes do excesso de pele, tais como dificuldade de higiene, intenso abalo na autoestima, depressão e ansiedade.

O médico Dr. ADRIANO BATISTUTA, CRM/ES 5455, em laudo detalhado, prescreveu a realização das cirurgias como medida essencial para a recuperação da saúde da autora, tendo em vista, diagnóstico de Diástase do músculo e Fissura e fistula do mamilo, decorrentes da perda de peso pós-cirurgia, vejamos:



Atendendo à recomendação médica, a autora protocolou pedido (protocolo nº 35739120241023574303), junto à UNIMED VITÓRIA, ora requerida, para a autorização das cirurgias necessárias. A documentação apresentada inclui:

- Relatório médico detalhado, com a indicação específica das cirurgias; Laudos médicos comprovando os danos causados pela perda de elasticidade da pele e a diástase abdominal; Exames complementares que confirmam a necessidade de reparação cirúrgica.

Apesar de toda a documentação apresentada, a requerida negou o pedido, alegando que não havia documentação suficiente para análise (Doc. Anexo), o que é manifestamente improcedente, pois toda a documentação exigida foi devidamente entregue. A justificativa dada pela operadora de saúde foi de que o pedido não foi avaliado devido à ausência de documentos.

Ocorre que, a documentação apresentada é ampla e suficiente, conforme evidenciam os relatórios e laudos médicos. A requerida, ao negar o pedido sem uma justificativa plausível, está descumprindo suas obrigações contratuais e legais, além de colocar em risco a saúde da autora, que pode vir a sofrer complicações graves sem a realização das cirurgias.

Urge salientar que a autora faz acompanhamento psicológico e, conforme conclusão da Dra. ETUIME SANTIN DE OLIVEIRA (CRP 12/26895), a autora apresenta indícios de depressão e ansiedade pela sobra de pele em várias partes do corpo. (Doc. Anexo)

A autora junta aos autos laudo psicológico favorável aos procedimentos cirúrgicos que são os únicos meios capazes de sanar a angústia e sofrimento suportados até a presente data.



Em razão da negativa, a autora ainda protocolou reclamação junto à ANS (Doc. Anexo), mas a situação não foi resolvida, sendo a ré a única responsável pela recusa indevida da cobertura.

II - DO DIREITO

Inicialmente, cumpre destacar que os contratos de plano de saúde, em razão de seu objeto, possuem função eminentemente social. Isto porque o direito à saúde está diretamente ligado ao direito à vida, sendo assegurado na **Constituição Federal, em seu artigo 196**.

Nessa esteira, a prestação de assistência à saúde quando realizada pela iniciativa privada, deve ser fiscalizada e seguir diretrizes estatais, e principalmente, respeitando normas constitucionais e infraconstitucionais que regem a matéria.

Desse modo, nos contratos de plano de saúde, embora sejam possíveis as cláusulas limitadoras, é necessário que estas se encontrem em harmonia com o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e com a Lei nº 9.656/98 que dispõe sobre normas impostas aos planos de saúde.

O CDC, sem eu artigo 51, inciso IV, prevê que as operadoras de planos de saúde devem garantir a cobertura de procedimentos médicos, desde que haja indicação médica clara e necessária. A negativa da UNIMED VITÓRIA caracteriza abuso de direito, já que as cirurgias indicadas são de natureza reparadora e têm caráter terapêutico, o que as torna obrigatórias para a preservação da saúde da autora.

A resolução normativa nº 465/2021 da ANS, ao estabelecer o rol de procedimentos e coberturas obrigatórias, assegura, mesmo que indiretamente, nos anexos I e II, que os planos de



saúde devem cobrir cirurgias reparadoras/reconstrutivas pós-bariátricas, como a abdominoplastia e a mastopexia, quando há indicação médica comprovada. No caso em tela, as condições de saúde da autora, comprovadas pela vasta documentação apresentada, são suficientes para que as cirurgias sejam autorizadas.

Urge salientar que, mesmo se não houvesse menção na resolução da ANS, o **Superior Tribunal de Justiça (STJ)** já decidiu que os planos de saúde não podem negar cirurgias necessárias, mesmo que não estejam listadas no rol da ANS. Ou seja, o fato da flacidez comprometer a saúde física e mental é o suficiente para concessão do direito. Segue trecho da **Tese 1069/STJ**: "O rol de procedimentos da ANS é exemplificativo, sendo obrigação do plano de saúde cobrir tratamentos necessários à saúde do beneficiário, ainda que não previstos no rol".

A recusa de cobertura de um procedimento médico essencial para a recuperação e bem-estar da paciente fere os princípios constitucionais da **dignidade da pessoa humana** e da **proteção à saúde** (art. 6º, CF), além de violar o dever das operadoras de planos de saúde de assegurar o direito à saúde de seus beneficiários.

Nesse sentido é o **entendimento consolidado no Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (TJES)**, consoante os seguintes procedentes:

"PROCESSUAL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA REPARADORA. GASTROPLASTIA. RECURSO DESPROVIDO.
1. A cirurgia plástica reparadora, destinada a pacientes submetidos a gastroplastia (redução de estômago), constitui mera complementação da cirurgia anteriormente realizada, sem a qual, a preservação da saúde física e psíquica não seria adequadamente alcançada.
2. Recurso desprovido."



(TJES; AI; Segunda Câmara Cível; Rel. Des. Samuel Meira Brasil Júnior; Julg. 23/06/2009; DJES 30/07/2009; Pág. 38)

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. OBESIDADE MÓRBIDA. PROTEÇÃO DA SAÚDE FÍSICA E PQÍQUICA DA SEGURADA. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA. CARÁTER COMPLEMENTAR E CORRETIVO. RECURSO DESPROVIDO.

I - Entre a defesa da vida e o interesse econômico vertido na pretensão do plano de saúde, urge se por em relevo o primeiro dos bens jurídicos em conflito.

II - Apesar de o plano de saúde afirmar que a natureza da cirurgia plástica é estética, o que não se coaduna com a redução de peso pretendida pelos tratamentos de obesidade mórbida, certo é que o cunho da cirurgia é reparador, na medida em que tem como objetivo retirar o excesso de pele decorrente da cirurgia bariátrica (caráter complementar e corretivo), a fim de solucionar problema grave de saúde da usuária.

III - Agravo interno a que se nega provimento."

(TJES; AGInt-AI; Quarta Câmara Cível; Rel. Des. Maurílio Almeida de Abreu; Julg. 17/03/2009; DJES 23/04/2009, Pág. 75)

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PROCEDIMENTO SUMÁRIO. APELAÇÃO CÍVEL. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NECESSIDADE COMPROVADA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. OBESIDADE MÓRBIDA. CIRURGIA PLÁSTICA COM CARÁTER REPARADOR E COMPLEMENTAR DEVIDA. RECUSA INJUSTIFICADA. DANOS MORAIS DEVIDOS. HONORÁRIOS MANTIDOS. RECURSO IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA.

1 - Necessidade do procedimento comprovada por meio de laudo médico prescrevendo a cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia (ou bariátrica);

2 - O procedimento cirúrgico requerido possui cobertura pelo plano de saúde contratado, pois não se trata de cirurgia estética, mas, sim, reparadora, com caráter complementar à cirurgia bariátrica, uma vez que as doenças associadas à obesidade mórbida somente



desaparecerão ou se tornarão controláveis com a retirada da sobra de pele ocasionada pela relevante perda de peso;

3 - A recusa injustificada de procedimento médico previsto no plano de saúde constitui conduta ilícita passível de reparação moral (indenização), pois se trata de cumprimento contratual grave que gera angústia elevada ao paciente diante do agravamento do perigo de vida que o seu quarto clínico comprovadamente lhe proporciona.

4 - A natureza da demanda, o trabalho realizado pelos procuradores e as peculiaridades específicas do processo, justificam a manutenção dos honorários no percentual fixado, na forma estabelecida no art. 20, parágrafos 3º e 4º, do CPC.

5 - Apelação improvida. Sentença mantida." (TJES; AC; Primeira Câmara Cível; Rel. Des. Arnaldo Santos Souza; Julg. 28/10/2008; DJES 21/01/2009, Pág. 15)

APELAÇÃO CÍVEL- PLANO DE SAÚDE - OBESIDADE MÓRBIDA - PROTEÇÃO DA SAÚDE FÍSICA E PSÍQUICA DA SEGURADA - CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA - CARÁTER COMPLEMENTAR E CORRETIVO - RECURSO IMPROVIDO.

1) Paciente submetido à gastoplastia, inevitavelmente, terá como consequência um acentuado volume residual de pele e de flacidez mamária e abdominal. Por consequência, necessitará de cirurgia complementar e reparadora, a evidenciar o caráter não estético do procedimento cirúrgico pleiteado. Não incidência das hipóteses excludentes da Lei nº 9656/98. - Cobertura securitária que se impõe. Preservação da saúde física e psíquica, da recorrida. Decisão de primeiro grau confirmada.

2) Recurso improvido."

(Apelação Cível 320600006023, Terceira Câmara Cível, Rel. Des. Alinaldo Faria de Souza, j. 19/12/2006, DJ 15/01/2007)

III - DA TUTELA DE URGÊNCIA ANTECIPADA

Ante ao exposto e considerando a urgência e a gravidade da situação, bem como o risco iminente de complicações para a saúde da



autora, resta demonstrada a existência da probabilidade do direito e perigo de dano. Destarte, requer-se a concessão de tutela de urgência antecipada, para que a requerida autorize imediatamente a realização das cirurgias indicadas, sob pena de multa diária pelo descumprimento.

IV – DOS DANOS MORAIS

A negativa injustificada de cobertura médica pela requerida causa sofrimento físico e emocional na parte autora, além de agravar seu quadro psicológico, configurando, portanto, dano moral indenizável.

Sendo assim, com base na Súmula 608 do STJ, que aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos do plano de saúde, faz jus a autora ao ressarcimento do dano suportado.

V – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer:

1) A concessão da tutela de urgência antecipada, para que a UNIMED VITÓRIA autorize e custeie a realização das cirurgias de mastopexia com prótese de mama e correção de flacidez abdominal, no prazo fixado por este juízo, sob pena de multa diária em caso de descumprimento;

2) A citação da requerida, para que, querendo, apresente defesa no prazo legal;

3) Ao final, a procedência total do pedido, com a condenação da requerida na obrigação de fazer/autorizar as cirurgias e a cobrir todas as despesas decorrentes da realização dos procedimentos médicos, conforme a documentação médica apresentada;



4) A condenação da requerida ao pagamento de danos morais, em razão do transtorno, sofrimento e angústia causados à autora pela negativa indevida de cobertura, na importância de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

5) A condenação da requerida ao pagamento de custas e honorários advocatícios.

6) A concessão dos benefícios da justiça gratuita, nos termos do art. 98 do CPC, tendo em vista a hipossuficiência econômica da autora;

Protesta por provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente pela juntada de novos documentos, depoimento pessoal da autora, testemunhas e perícia médica, se necessário.

VI - VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 47.700,00 (quarenta e sete mil e setecentos reais), para efeitos de alçada.

Termos em que, pede deferimento.

Cariacica/ES, 01 de setembro de 2025.

**HIGOR SOUZA PORFIRIO
OAB/ES 22444**



PROCURAÇÃO POR INSTRUMENTO PARTICULAR

OUTORANTE(S): ISABELLA DE ARAÚJO FERREIRA, brasileira, convivente em união estável, professora, inscrita no CPF nº. 147.857.037-76, residente e domiciliada na Rua Pauliceia, nº 207 - Oriente, Cariacica/ES, CEP: 29150-550.

OUTORADOS: HIGOR SOUZA PORFIRIO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ES, sob o nº 22444, com escritório à Av. Campo Grande, nº 26, Ed. Atlântico, sala 301, Campo Grande - Cariacica/ES.

PODERES: O outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador HIGOR SOUZA PORFIRIO, outorgando-lhes os poderes da cláusula "ad iuditia et extra" nos termos do Artigo quinto e parágrafos da Lei 8.906, de 04 de julho de 1994, atuando isoladamente ou em conjunto, representá-la (o) em qualquer foro Estadual ou Federal, Instância ou Tribunal do País, em toda e qualquer medida preliminar, cautelar, ação ou execução em que por qualquer forma tenha ou venha a Ter interesse como autor(a), ré, assistente litisconsorte ativo ou passivo, terceiro ou interveniente, postulando o que for necessário em defesa dos seus direitos, outorgando ainda, poderes especiais para receber citação, notificação, intimação, concordar, transigir, conciliar, acordar, desistir, receber quantia em dinheiro, delas passar recibo e dar quitação, requerer tudo o que for preciso perante as repartições públicas Federais, Estaduais e municipais, autarquias, empresas públicas, cartórios de registros públicos, e ainda, contratar peritos e assistentes técnicos pertinentes ao processo, e inclusive contratar honorários, apresentar suspeição, prestar depoimento em nome do mandante e substabelecer e especialmente para ajuizar AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS.

Cariacica/ES, 01 de setembro 2025.

Isabella de Araújo Ferreira



DECLARAÇÃO

ISABELLA DE ARAÚJO FERREIRA, brasileira, convivente em união estável, professora, inscrita no CPF nº. 147.857.037-76, residente e domiciliada na Rua Pauliceia, nº 207 - Oriente, Cariacica/ES, CEP: 29150-550, DECLARA, expressamente, sob sua inteira responsabilidade, seu estado de pobreza para fins de ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA.

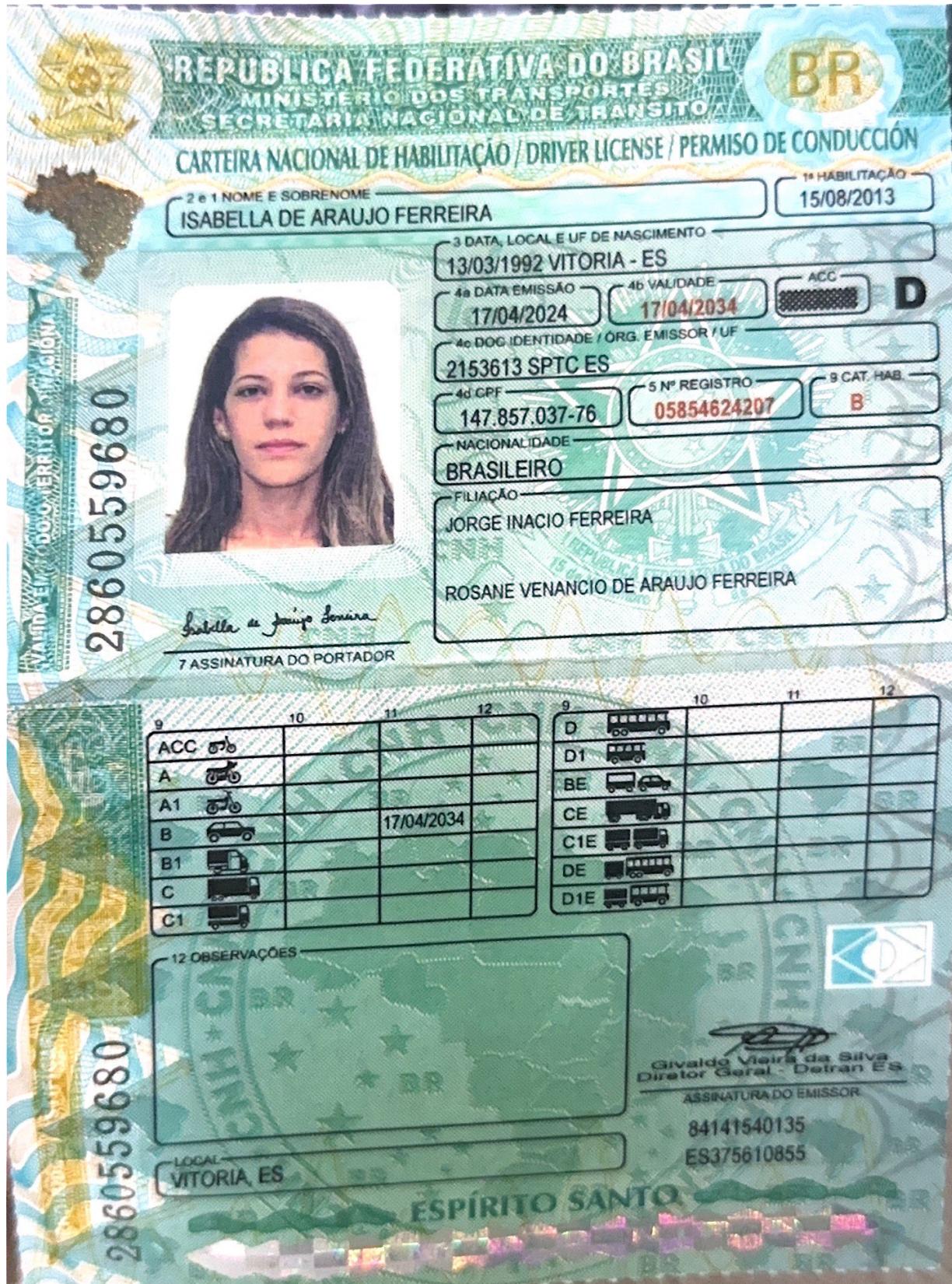
A declarante está ciente que, em caso de falsidade da declaração, ficará sujeita às sanções cíveis, administrativas e criminais prevista na legislação em vigor.

Esclarece que recebe mensalmente estritamente o necessário para o custeio de suas despesas.

Cariacica/ES, 01 de setembro de 2025.

Isabella de Araújo Ferreira





Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433704100000073567933>
Número do documento: 25090310433704100000073567933

Num. 77616042 - Pág. 1



DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA
EDP ES DISTRIB DE ENERGIA SA
RUA FLORENTINO FALLER 80 ENSEADA DO SUA VITORIA CEP 29050-310
CNPJ 28152650000171 - INSC.ESTADUAL 080250165

ENDEREÇO DE ENTREGA:
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02
ORIENTE / CARIACICA - ES
CEP: 29150-550 MEDIDOR:0016154400
B47CR56C00368 PAG 1/2

Classificação: B - B1-RESIDENCIAL Modalidade Tarifária: CONVENCIONAL	Tensão Nominal: 127 V Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO										
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02 ORIENTE / CARIACICA - ES CEP: 29150-550 CPF: 14785703776	CÓDIGO DA INSTALAÇÃO 0000013876	DATAS DE LEITURAS	Leitura anterior	Leitura atual	Nº de dias	Prev.Próxima Leitura					
	CÓDIGO DO CLIENTE 0450235368	25/06/2025	25/07/2025	30	27/08/2025						
REF.: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR									
JUL/2025	12/08/2025	R\$ 213,10									
NOTA FISCAL N°036.877.982 - DATA DE EMISSÃO: 28/07/2025											
Consulte pela Chave de Acesso em: http://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/NF3e/consulta											
chave de acesso: 3225072815265000171660000368779821037615257 Protocolo de autorização: 33250001339976 - 28/07/2025 às 21:33:00											

Detalhes do faturamento																
CCI	Descrição			Unid	Quantidade	Preço Unit (R\$) com tributos	Valor Total R\$	PIS/COFINS	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliquota ICMS (%)	ICMS(R\$)	Tarifa Unit. (R\$)	Tributos	Base de Calc. (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
TUSD - Consumo				kWh	200,0000	0,47860000	95,72	2,75	95,72	17,000	16,27	0,38351000	PIS COFINS	151,05	0,620	94,429
TE - Consumo				kWh	200,0000	0,37560000	75,12	2,16	75,12	17,000	12,77	0,30096000				
Adicional Bandeira Vermelha				kWh	200,0000	0,05570000	11,14	0,32	11,14	17,000	1,89	0,04463000				
Multa Ref.: Jun/25					1,0000		4,20					0,00000000				
Contribuição de Ilum. Pública - Lei Municipal					1,0000		26,92					0,00000000				
TOTAL							213,10	5,23	181,98		30,93					

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh	Reservado ao Fisco
16154400	Energia Ativa - kWh	Único	10.111	10.314	1.00000	203.000	

Atenção

Informativo: Encargo CDE - Escassez Hídrica incluso da tarifa R\$0,73.

REAVISO DE DÉBITO

A(s) fatura(s) está(ão) em débito(s). A EDP pode suspender o fornecimento a partir de 13/08/2025, se o(s) débito(s) não for(em) pago(s). O atraso acarreta **PROTESTO e/ou NEGATIVAÇÃO**. Decorridos 2 ciclos de faturamento sem o pagamento, o contrato pode ser encerrado. Caso tenha pago, desconsidere este aviso que não altera, contudo, os anteriores. Se dia 13/08/2025 for uma 6ª-feira, véspera de feriado, feriado ou fim de semana, considere o primeiro dia útil seguinte.

Acordo	Mês/Ano/Pc	Vencimento	Valor R\$	Acordo	Mês/Ano/Pc	Vencimento	Valor R\$
	05/2025	10.06.2025	238,36		06/2025	09.07.2025	252,87



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	CÓDIGO DO CLIENTE	REF.: MÊS / ANO
12/08/2025	213,10	0450235368	JUL/2025

Identificador para
Débito Automático
190004440783



836200000021 131000513005 135076508211 900044407832

Pague com
pix



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433766000000073567934>

Num. 77616043 - Pág. 1

Número do documento: 25090310433766000000073567934

Histórico de Consumo (kwh)

Mês/Ano	Consumo Ativo	Valor Total (R\$)
07/25	203	213,10
06/25	236	252,87
05/25	223	238,36
04/25	255	271,75
03/25	258	263,31
02/25	258	259,27
01/25	244	219,94
12/24	256	261,72
11/24	245	258,18
10/24	211	244,23
09/24	197	212,47
08/24	188	194,91
07/24	212	226,80

Informações Importantes

- Informações Suplementares, Condições Gerais de Fornecimento, Tarifas, Contribuição de Iluminação Pública, Produtos, Serviços Prestados, Impostos e apuração dos indicadores de continuidade e limites aplicáveis se encontram a disposição para consulta através do telefone 0800 721 0707, em nossas Lojas Comerciais e no site da EDP: www.edp.com.br.
- Os valores relativos aos nossos serviços são cobrados apenas na conta de energia elétrica.
- O atraso no pagamento da fatura incidirá multa de 2%, juros moratórios de 1% ao mês e atualização monetária que serão incluídos na fatura do próximo mês.
- O pagamento, mesmo após o vencimento, deve ser realizado na rede de bancos ou agentes arrecadadores credenciados amplamente divulgada em sua localidade.
- A EDP não possui cobradores domiciliares.
- Para pagamento em cheque, a quitação de conta de energia elétrica estará condicionada a sua compensação.

Detalhe do Valor Faturado (R\$)

Energia Elétrica	65,98
Distribuição	40,10
Transmissão	10,78
Encargos Setoriais	28,96
Imposto / Tributos	36,16
Total	181,98



Emissão autorizada pelo
Regime Especial REOA nº 021/2020
Processo nº 2020-9DS46

Atendimento EDP 0800 721 0707

Ligação Grátis para solicitações de serviços e informações
edponline - App disponível para iOS e Android
www.edp.com.br



Cliente / Endereço de Entrega

ENDERECO DE ENTREGA:
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02
ORIENTE / CARIACICA - ES
CEP: 29150-550 MEDIDOR:0016154400
B47CR56C00368 PAG 2/2

Datas

25/07/2025

Número da Instalação

0000013876

Data de Vencimento

12/08/2025

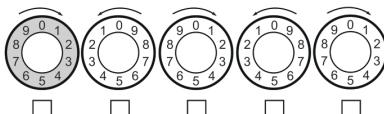
Conta do Mês

JUL/2025

Autoleitura

Informe no Atendimento EDP. Antes, marque as posições dos ponteiros nos relógios, **da direita para a esquerda**, ou anote os números registrados nos quadros. Lembre-se de anotar a data de leitura.

DATA DA LEITURA ____/____/____



Locais mais próximos para pagamento

VIVER BEM	MARCILIO DE NORONHA	AV ESPÍRITO SANTO 18, QD 11
PAGUE FÁCIL PAUL	PAUL	ESTRADA JERÔNIMO MONTEIRO,373

edp.com.br



/edpbr



/edpbrasil



/edpbrasil



/edpnobrasil



/company/edpbrasil

Atendimento EDP: 0800 721 0707
Ouvintia EDP: 0800 721 3321 (de segunda a sexta, exceto feriados, das 8h00 às 18h00) (Ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica: Tel. 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

**Quer
aliviar
a conta
de luz?**

**Prefira usar o
ventilador ao invés
do ar-condicionado.**



Veja mais dicas
de economia em
edp.com.br/consumo



Se liga no consumo

Remetente
EDP Espírito Santo Distribuição de Energia S.A.
Rua Florentina Faller, 80 - 1º, 2º e 3º Andar - Salas 101, 102, 201, 301 e 302 - Edifício Maxxi I
Enseada do Suá - Vitória - ES - CEP 29050-310
CNPJ: 28.152.650/0001-71 - Insc. Estadual: 080.250.16-5

Para uso do Correio

Reintegrado ao Serviço Postal em: _____	/	/	Rubrica do Responsável:	Matrícula:
<input type="checkbox"/> 01-Mudou-se Endereço Insuficiente	<input type="checkbox"/> 03-Não Existe N° Indicado 04-Falecido	<input type="checkbox"/> 05-Desconhecido 06-Recusado	<input type="checkbox"/> 07-Ausente 08-Não Procurado	<input type="checkbox"/> 10-Objeto Danificado 11-End. Desconhecido na Localidade
<input type="checkbox"/> 12-Falta Complemento (Coletivo/GU) <input type="checkbox"/> 13-Caixa Postal Cancelada				



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433766000000073567934>

Número do documento: 25090310433766000000073567934

Num. 77616043 - Pág. 2



DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA
EDP ES DISTRIB DE ENERGIA SA
RUA FLORENTINO FALLER 80 ENSEADA DO SUA VITORIA CEP 29050-310
CNPJ 28152650000171 - INSC.ESTADUAL 080250165

ENDEREÇO DE ENTREGA:
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02
ORIENTE / CARIACICA - ES
CEP: 29150-550 MEDIDOR:0016154400
B47CR56C00368 PAG 1/2

Classificação: B - B1-RESIDENCIAL Modalidade Tarifária: CONVENCIONAL		Tensão Nominal: 127 V Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO					
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02 ORIENTE / CARIACICA - ES CEP: 29150-550 CPF: 14785703776	CÓDIGO DA INSTALAÇÃO 0000013876	DATAS DE LEITURAS 26/05/2025	Leitura anterior	Leitura atual	Nº de dias	Prev.Próxima Leitura	25/07/2025
CÓDIGO DO CLIENTE 0450235368							
REF.: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
JUN/2025	09/07/2025	R\$ 252,87					



NOTA FISCAL N°035.008.119 - DATA DE EMISSÃO:
26/06/2025

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/NF3e/consulta>

chave de acesso:
3225062815265000171660000350081191003679770
Protocolo de autorização: 332250001144846 - 26/06/2025 às 21:12:00

Detalhes do faturamento																
CCI	Descrição			Unid	Quantidade	Preço Unit (R\$) com tributos	Valor Total R\$	PIS/COFINS	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliquota ICMS (%)	ICMS(R\$)	Tarifa Unit.(R\$)	Tributos	Base de Calc. (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
TUSD - Consumo				kWh	232,0000	0,47866379	111,05	3,20	111,05	17,000	18,88	0,38351000	PIS COFINS	174,20	0,620	1,08
TE - Consumo				kWh	232,0000	0,37560345	87,14	2,51	87,14	17,000	14,81	0,30096000		174,20	2,850	4,97
Adicional Bandeira Amarela				kWh	38,6667	0,02353446	0,91	0,02	0,91	17,000	0,16	0,01885000	Bandeira Tarifária			
Adicional Bandeira Vermelha				kWh	193,3333	0,05575863	10,78	0,32	10,78	17,000	1,83	0,04463000	AMARELA:			
Multa Ref.: Mai/25					1,0000		3,94					0,00000000	27/05/2025 a 31/05/2025-5 dias			
Juros de Mora Ref.: Abr/25					1,0000		2,01					0,00000000	VERMELHA PTM 1:			
Contribuição de Ilum. Pública - Lei Municipal					1,0000		37,04					0,00000000	01/06/2025 a 25/06/2025-25 dias			
TOTAL							252,87	6,05	209,88		35,68					

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh	Reservado ao Fisco
16154400	Energia Ativa - kWh	Único	9.875	10.111	1,00000	236.000	

Atenção

Informativo: Encargo CDE - Escassez Hídrica incluso da tarifa R\$0,84.

REAVISO DE DÉBITO

A(s) fatura(s) está(ão) em débito(s). A EDP pode suspender o fornecimento a partir de 11/07/2025, se o(s) débito(s) não for(em) pago(s). O atraso acarreta PROTESTO e/ou NEGATIVAÇÃO. Decorridos 2 ciclos de faturamento sem o pagamento, o contrato pode ser encerrado. Caso tenha pago, desconsidere este aviso que não altera, contudo, os anteriores. Se dia 11/07/2025 for uma 6ª-feira, véspera de feriado, feriado ou fim de semana, considere o primeiro dia útil seguinte.

Acordo	Mês/Ano/Pc	Vencimento	Valor R\$	Acordo	Mês/Ano/Pc	Vencimento	Valor R\$
	05/2025	10.06.2025	238,36				



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	CÓDIGO DO CLIENTE	REF.: MÊS / ANO
09/07/2025	252,87	0450235368	JUN/2025

Identificador para
Débito Automático
190004440783



836300000020 528700513005 900079738119 900044407832



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37

<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433766000000073567934>

Número do documento: 25090310433766000000073567934

Histórico de Consumo (kwh)

Mês/Ano	Consumo Ativo	Valor Total (R\$)
06/25	236	252,87
05/25	223	238,36
04/25	255	271,75
03/25	258	263,31
02/25	258	259,27
01/25	244	219,94
12/24	256	261,72
11/24	245	258,18
10/24	211	244,23
09/24	197	212,47
08/24	188	194,91
07/24	212	226,80
06/24	204	219,12

Informações Importantes

- Informações Suplementares, Condições Gerais de Fornecimento, Tarifas, Contribuição de Iluminação Pública, Produtos, Serviços Prestados, Impostos e apuração dos indicadores de continuidade e limites aplicáveis se encontram a disposição para consulta através do telefone 0800 721 0707, em nossas Lojas Comerciais e no site da EDP: www.edp.com.br.
- Os valores relativos aos nossos serviços são cobrados apenas na conta de energia elétrica.
- O atraso no pagamento da fatura incidirá multa de 2%, juros moratórios de 1% ao mês e atualização monetária que serão incluídos na fatura do próximo mês.
- O pagamento, mesmo após o vencimento, deve ser realizado na rede de bancos ou agentes arrecadadores credenciados amplamente divulgada em sua localidade.
- A EDP não possui cobradores domiciliares.
- Para pagamento em cheque, a quitação de conta de energia elétrica estará condicionada a sua compensação.

Detalhe do Valor Faturado (R\$)

Energia Elétrica	76,08
Distribuição	46,24
Transmissão	12,44
Encargos Setoriais	33,39
Imposto / Tributos	41,73
Total	209,88



Emissão autorizada pelo
Regime Especial REOA nº 021/2020
Processo nº 2020-9DS46

Atendimento EDP 0800 721 0707

Ligação Grátis para solicitações de serviços e informações
edponline - App disponível para iOS e Android
www.edp.com.br



Cliente / Endereço de Entrega

ENDERECO DE ENTREGA:
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02
ORIENTE / CARIACICA - ES
CEP: 29150-550 MEDIDOR:0016154400
B47CR56C00368 PAG 2/2

Datas

25/06/2025

Número da Instalação

0000013876

Data de Vencimento

09/07/2025

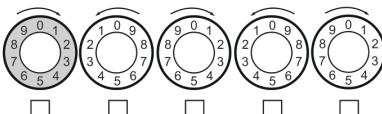
Conta do Mês

JUN/2025

Autoleitura

Informe no Atendimento EDP. Antes, marque as posições dos ponteiros nos relógios, **da direita para a esquerda**, ou anote os números registrados nos quadros. Lembre-se de anotar a data de leitura.

DATA DA LEITURA ____/____/____



Locais mais próximos para pagamento

VIVER BEM	MARCILIO DE NORONHA	AV ESPÍRITO SANTO 18, QD 11
PAGUE FÁCIL PAUL	PAUL	ESTRADA JERÔNIMO MONTEIRO,373

edp.com.br



/edpbr



/edpbrasil



/edpbrasil



/edpnobrasil



/company/edpbrasil

Atendimento EDP: 0800 721 0707
Ouvintia EDP: 0800 721 3321 (de segunda a sexta, exceto feriados, das 8h00 às 18h00) (Ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica: Tel. 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

Quer aliviar a conta de luz?

Prefira usar o ventilador ao invés do ar-condicionado.






Se liga no consumo

Veja mais dicas de economia em edp.com.br/consumo

Remetente
EDP Espírito Santo Distribuição de Energia S.A.
Rua Florentina Faller, 80 - 1º, 2º e 3º Andar - Salas 101, 102, 201, 301 e 302 - Edifício Maxxi I
Enseada do Suá - Vitória - ES - CEP 29050-310
CNPJ: 28.152.650/0001-71 - Insc. Estadual: 080.250.16-5

Para uso do Correio

Reintegrado ao Serviço Postal em: _____	/	/	Rubrica do Responsável:	Matrícula:
<input type="checkbox"/> 01-Mudou-se	<input type="checkbox"/> 03-Não Existe N° Indicado	<input type="checkbox"/> 05-Desconhecido	<input type="checkbox"/> 07-Ausente	<input type="checkbox"/> 10-Objeto Danificado
Endereço Insuficiente	<input type="checkbox"/> 04-Falecido	<input type="checkbox"/> 06-Recusado	<input type="checkbox"/> 08-Não Procurado	<input type="checkbox"/> 11-End. Desconhecido na Localidade
<input type="checkbox"/> 12-Falta Complemento (Coletivo/GU)				
<input type="checkbox"/> 13-Caixa Postal Cancelada				



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433766000000073567934>

Número do documento: 25090310433766000000073567934

Num. 77616043 - Pág. 4



DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA
EDP ES DISTRIB DE ENERGIA SA
RUA FLORENTINO FALLER 80 ENSEADA DO SUA VITORIA CEP 29050-310
CNPJ 28152650000171 - INSC.ESTADUAL 080250165

ENDEREÇO DE ENTREGA:
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02
ORIENTE / CARIACICA - ES
CEP: 29150-550 MEDIDOR:0016154400
B47CR56C00000 PAG 1/2

Classificação: B - B1-RESIDENCIAL Modalidade Tarifária: CONVENCIONAL	Tensão Nominal: 127 V Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO					
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02 ORIENTE / CARIACICA - ES CEP: 29150-550 CPF: 14785703776	CÓDIGO DA INSTALAÇÃO 0000013876	DATAS DE LEITURAS	Leitura anterior 25/04/2025	Leitura atual 26/05/2025	Nº de dias 31	Prev.Próxima Leitura 25/06/2025
	CÓDIGO DO CLIENTE 0450235368					
REF.: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR				
MAI/2025	10/06/2025	R\$ 238,36				



NOTA FISCAL N°033.130.358 - DATA DE EMISSÃO:
27/05/2025

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/NF3e/consulta>

chave de acesso:
3225052815265000171660000331303581008799705
Protocolo de autorização: 33250000952500 - 27/05/2025 às 21:24:00

Detalhes do faturamento																
CCI	Descrição			Unid	Quantidade	Preço Unit (R\$) com tributos	Valor Total R\$	PIS/COFINS	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliquota ICMS (%)	ICMS(R\$)	Tarifa Unit. (R\$)	Tributos	Base de Calc. (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
TUSD - Consumo				kWh	220,0000	0,49013636	107,83	5,13	107,83	17,000	18,33	0,38351000	PIS COFINS	163,44	1,020	1,67
TE - Consumo				kWh	220,0000	0,38472727	84,64	4,04	84,64	17,000	14,39	0,30096000		163,44	4,720	7,71
Adicional Bandeira Amarela				kWh	184,5161	0,02411714	4,45	0,21	4,45	17,000	0,76	0,01885000				
Multa Ref.: Abr/25					1,0000		4,40					0,00000000				
Contribuição de Ilum. Pública - Lei Municipal					1,0000		37,04					0,00000000				
TOTAL							238,36	9,38	196,92		33,48					

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh	Reservado ao Fisco
16154400	Energia Ativa - kWh	Único	9.652	9.875	1.00000	223.000	

Atenção

Informativo: Encargo CDE - Escassez Hídrica incluso da tarifa R\$0,79.

REAVISO DE DÉBITO

A(s) fatura(s) está(ão) em débito(s). A EDP pode suspender o fornecimento a partir de 11/06/2025, se o(s) débito(s) não for(em) pago(s). O atraso acarreta PROTESTO e/ou NEGATIVAÇÃO. Decorridos 2 ciclos de faturamento sem o pagamento, o contrato pode ser encerrado. Caso tenha pago, desconsidere este aviso que não altera, contudo, os anteriores. Se dia 11/06/2025 for uma 6ª-feira, véspera de feriado, feriado ou fim de semana, considere o primeiro dia útil seguinte.

Acordo	Mês/Ano/Pc	Vencimento	Valor R\$	Acordo	Mês/Ano/Pc	Vencimento	Valor R\$
	04/2025	13.05.2025	271,75				



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	CÓDIGO DO CLIENTE	REF.: MÊS / ANO
10/06/2025	238,36	0450235368	MAI/2025

Identificador para
Débito Automático
190004440783



836000000023 383600513006 860079038516 900044407832



Pague com



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433766000000073567934>

Num. 77616043 - Pág. 5

Número do documento: 25090310433766000000073567934

Histórico de Consumo (kwh)

Mês/Ano	Consumo Ativo	Valor Total (R\$)
05/25	223	238,36
04/25	255	271,75
03/25	258	263,31
02/25	258	259,27
01/25	244	219,94
12/24	256	261,72
11/24	245	258,18
10/24	211	244,23
09/24	197	212,47
08/24	188	194,91
07/24	212	226,80
06/24	204	219,12
05/24	221	241,58

Informações Importantes

- Informações Suplementares, Condições Gerais de Fornecimento, Tarifas, Contribuição de Iluminação Pública, Produtos, Serviços Prestados, Impostos e apuração dos indicadores de continuidade e limites aplicáveis se encontram a disposição para consulta através do telefone 0800 721 0707, em nossas Lojas Comerciais e no site da EDP: www.edp.com.br.
- Os valores relativos aos nossos serviços são cobrados apenas na conta de energia elétrica.
- O atraso no pagamento da fatura incidirá multa de 2%, juros moratórios de 1% ao mês e atualização monetária que serão incluídos na fatura do próximo mês.
- O pagamento, mesmo após o vencimento, deve ser realizado na rede de bancos ou agentes arrecadadores credenciados amplamente divulgada em sua localidade.
- A EDP não possui cobradores domiciliares.
- Para pagamento em cheque, a quitação de conta de energia elétrica estará condicionada a sua compensação.

Declaramos que até o processamento desta fatura, não constam débitos de faturas de Energia Elétrica vencidas no ano de 2024 e em anos anteriores. Ficam ressalvados, entretanto, eventuais débitos que estejam sob discussão judicial. Esta declaração não quita eventual débito proveniente de consumo irregular.



Emissão autorizada pelo
Regime Especial REOA nº 021/2020
Processo nº 2020-9DS46

Atendimento EDP 0800 721 0707

Ligação Grátis para solicitações de serviços e informações
edponline - App disponível para iOS e Android
www.edp.com.br



Cliente / Endereço de Entrega

ENDERECO DE ENTREGA:
ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
RUA PAULICEIA 207 CAIXA 02
ORIENTE / CARIACICA - ES
CEP: 29150-550 MEDIDOR:0016154400
B47CR56C00000 PAG 2/2

Datas

26/05/2025

Número da Instalação

0000013876

Data de Vencimento

10/06/2025

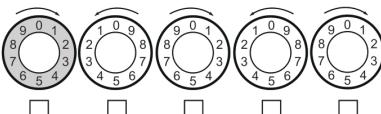
Conta do Mês

MAI/2025

Autoleitura

Informe no Atendimento EDP. Antes, marque as posições dos ponteiros nos relógios, **da direita para a esquerda**, ou anote os números registrados nos quadros. Lembre-se de anotar a data de leitura.

DATA DA LEITURA ____/____/____



Locais mais próximos para pagamento

VIVER BEM	MARCILIO DE NORONHA	AV ESPÍRITO SANTO 18, QD 11
PAGUE FÁCIL PAUL	PAUL	ESTRADA JERÔNIMO MONTEIRO,373

edp.com.br

Atendimento EDP: 0800 721 0707



/edpbr



/edpbrasil



/edpbrasil



/edpnobrasil



/company/edpbrasil

Ouvintes EDP: 0800 721 3321 (de segunda a sexta, exceto feriados, das 8h00 às 18h00) (Ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica: Tel. 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

Quer
aliviar
a conta
de luz?

Prefira usar o
ventilador ao invés
do ar-condicionado.

Se liga no consumo

Veja mais dicas
de economia em
edp.com.br/consumo



Remetente
EDP Espírito Santo Distribuição de Energia S.A.
Rua Florentina Faller, 80 - 1º, 2º e 3º Andar - Salas 101, 102, 201, 301 e 302 - Edifício Maxxi I
Enseada do Suá - Vitória - ES - CEP 29050-310
CNPJ: 28.152.650/0001-71 - Insc. Estadual: 080.250.16-5

Para uso do Correio

Reintegrado ao Serviço Postal em: _____	/	/	Rubrica do Responsável:	Matrícula:
<input type="checkbox"/> 01-Mudou-se Endereço Insuficiente	<input type="checkbox"/> 03-Não Existe N° Indicado 04-Falecido	<input type="checkbox"/> 05-Desconhecido 06-Recusado	<input type="checkbox"/> 07-Ausente 08-Não Procurado	<input type="checkbox"/> 10-Objeto Danificado 11-End. Desconhecido na Localidade
<input type="checkbox"/> 12-Falta Complemento (Coletivo/GU) <input type="checkbox"/> 13-Caixa Postal Cancelada				



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:37
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433766000000073567934>

Número do documento: 25090310433766000000073567934

Num. 77616043 - Pág. 6

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO MENSAL					
Razão Social SOCIEDADE CIVIL CASAS DE EDUCAÇÃO - SCCE					CNPJ 33.618.984/0004-70
Matrícula 059769	Nome ISABELLA DE ARAÚJO FERREIRA				
Função Professor(a) de Educação Física		Data de Admissão 01/02/2024	Endereço EXPEDITO GARCIA, 122		
Bairro CAMPO GRANDE		Cidade Cariacica	CEP 29146-200	UF ES	
PIS 20175139002	CPF 14785703776	Identidade 2153613	Competência Julho/2025	Dep. Sal. Família 0	Dep. IRRF 1
Sal. do Cálculo 3.758,40	Data Pagto 06/08/2025	Banco Itaú Unibanco	Agência BANCO ITAU - 7855	Conta 285644	
Código	Descrição		Referência	Provento	Desconto
0128	DSR FOLHA DE PAGAMENTO		6,00	626,40	
0468	SALÁRIO PLANEJAMENTO (CONVENÇÃO)		15,00	657,72	
3027	SALÁRIO AULA MATERNAL		40,50	1.127,52	
3028	SALÁRIO AULA PRÉ-1º PERÍODO (VESPERTINO)		40,50	1.127,52	
3030	SALÁRIO AULA 1º ANO ENS.FUNDAMENTAL		13,50	375,84	
3137	SALÁRIO AULA MATERNAL II		36,00	1.002,24	
3146	SALÁRIO PLANEJAMENTO EDUC-INFANTIL		4,50	125,28	
0003	INSS		14,00		515,53
0004	IRRF		22,50		300,42
0218	MENSALIDADE SINDICAL PROF (FOLHA)		1,50		56,38
0439	PLANO DE SAÚDE TITULAR UNIMED (VT)		0,00		318,08
0778	PLANO DE SAÚDE DEPENDENTE UNIMED (VT)		0,00		636,16
1016	PLANO ODONTOLÓGICO SAMP DEPENDENTE (VT)		0,00		23,90
COMO É FELIZ AQUELE QUE EM TODOS OS ACONTECIMENTOS VÊ A VONTADE DE DEUS. PE. GAILHAC					
Base para FGTS 5.042,52	FGTS do Mês 403,40		Total de Proventos 5.042,52		
Base Cálc. IRRF 5.042,52	Pensão Alimentícia Judicial 0,00		Total de Descontos 1.850,47		
Sal. Contribuição. INSS 5.042,52	Base IR PLR Anual 0,00		Líquido a Receber 3.192,05		





Tudo certo

Nosso time recebeu a sua solicitação.

Anexaremos o documento enviado no pedido inicial em
até 5 dias úteis.

Aguarde o retorno que ocorrerá via SMS ou e-mail.

Seu protocolo de atendimento é

35739120241023574303.



[← Voltar](#) Para atendimento da sua solicitação, precisamos confirmar os seguintes dados.

Após análise, retornaremos o contato através de SMS ou e-mail conforme prazo que será informado.

Dados para contato

Informe aqui o seu número de celular e e-mail pessoal. Você também pode indicar outro número de celular para contato, logo abaixo.

(27) 9 8141-3814 isabella_araujof@hotmail.com

Quero informar outro número para contato

Informe o número do protocolo/solicitação inicial

35739120241023574011

Anexe abaixo os documentos necessários para avaliação

- Cartão do plano(frente) - 2carteirinha unimed frente.tif
- Cartão do plano(verso) - 3carteirinha unimed verso.tif
- Documento de identificação - 4Documento CNH.pdf

Outros documentos

5Laudo Médico - Cirurgia Plástica - Isabella Araújo.pdf

Só são permitidos arquivos do tipo JPG, DOC, XLS e PDF com no máximo 25mb.

Observações

Obrigada.
Atenciosamente,
Isabella de Araújo Ferreira,

* Os campos marcados são obrigatórios.



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:38
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433876800000073567937>
Número do documento: 25090310433876800000073567937

Num. 77616046 - Pág. 2

12:15

5G

< 150



28400 >

comparecer favor desmarcar tel.
[\(27\)3346-2010\[Agenda\]](#)

qui., 10 de out., 09:34

Lembre-se de sua consulta em 10/10/24
- 15:30 hs, Angiologia. Caso nao possa
comparecer favor desmarcar tel.
[\(27\)3346-2010\[Agenda\]](#)

qua., 23 de out., 08:11

Unimed Vitoria: Para continuar seu
atendimento com a Unimed Vitoria
acesse: <https://m.dialmyapp.com/?rjnxr12mjxg>

segunda-feira, 10:02

UNIMED VITORIA: Prezado(a) cliente,
protocolo 35739120241023574303
encerrado ausencia PEDIDO MEDICO
para procedimento. Gentileza enviar
atraves do site como SOLICITACAO-
AUTORIZACAO-DOCUMENTACAO
COMPLEMENTAR. <https://faleconosco.unimedvitoria.com.br/inicio>

Ontem, 19:44

Unimed Vitoria: Para continuar seu
atendimento com a Unimed Vitoria
acesse: <https://m.dialmyapp.com/?07ergw2mthg>

Filtrado por SMS Filter



Mensagem



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:39
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433931400000073567938>
Número do documento: 25090310433931400000073567938

Num. 77616047 - Pág. 1

[Cartão Virtual](#)

Isabella De Araujo Ferreira

[Trocar](#)[Meu Cartão](#)[QRCode/TOKEN](#)**Unimed**
Vitória**PARTICIPATIVO ESTADUAL EMPRESARIAL
ENFERMARIA SOS****COLET.EMP. COM PATROCÍNIO****0 080 289800001800 9****ISABELLA DE A FERREIRA**

Nome do Beneficiário

ENFERMARIA

Acomodação

31/03/2026

Validade

REGULAMENTADO

Plano

ES01 BASICO

Rede de Atendimento

ESTADUAL

Abrangência

Atend.

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM**OBSTETRICIA**

Segmentação Assistencial do Plano

[Mais informações](#)[FRENTE](#)[VERSO](#) [Copiar número do cartão](#)

Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:40
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310433990000000073567939>
Número do documento: 25090310433990000000073567939

Num. 77616048 - Pág. 1

TERMO DE INCLUSÃO

Coletivo Empresarial
Titular



CÓDIGO DA CARTEIRINHA

080.

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELA UNIMED VITÓRIA)

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	INSCRIÇÃO NO CNPJ 27.578.434/0001-20				REGISTRO NA ANS Nº 357391
ENDERECO AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR - BENTO FERREIRA - VITÓRIA - ES - CEP: 29.050-903					TELEFONE 0800 026 0080
RESPONSÁVEL FABIANO PIMENTEL PEREIRA DEJAIR XAVIER CORDEIRO	RG 927987 SPTC/ES 512031 SPTC/ES	ESTADO CIVIL CASADO DIVORCIADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR-PRESIDENTE DIRETOR DE MERCADO

DADOS DA CONTRATANTE

CÓDIGO DO CONTRATO	NOME DA CONTRATANTE				
CÓDIGO DA SUBESTIPULANTE	NOME DA SUBESTIPULANTE				

DADOS DO PROPONENTE TITULAR

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES) ISABELLA DE ARAÚJO FERREIRA		RG 147.857.037-76	ÓRGÃO EXPEDIDOR SPTC	UF EMISSOR ES	NACIONALIDADE BRASILEIRA
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		BENEFICIÁRIO INTERNADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input checked="" type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIUVO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO 13/03/1992		NATURALIDADE VITÓRIA	

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)

ROSANE VENâNCIO DE ARAÚJO FERREIRA

RUA/AVENIDA RUA PIO XII	COMPLEMENTO ED. MARIA VULPI , apartamento 201		Nº 122
BAIRRO CAMPO GRANDE	CIDADE CARIACICA	UF ES	CEP 29146-200

COMPLEMENTO

DDD 0 80	TELÉFONE 4052 0018 5800 2	DDD 27	CELULAR 98 19 13814	E-MAIL ISABELLA.ARAUJOF@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED VITÓRIA 0 80 4052 0018 5800 2		MOVIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE		CARENÇIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO <input checked="" type="checkbox"/>

Os dados pessoais informados voluntariamente no presente Termo de Inclusão serão tratados pela UNIMED VITÓRIA de acordo com os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ("LGPD") com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos necessários para que possa prestar os serviços contratados de forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletados como confidenciais. Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento. O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em <http://www.unimedvitoria.com.br>.

PLANO CONTRATADO (MARQUE COM UM "X" O TIPO DE CONTRATAÇÃO)

Ambulatorial

<input type="checkbox"/> PERSONAL AMBULATORIAL [476.193/16-6]	<input type="checkbox"/> PERSONAL AMBULATORIAL COPARTICIPATIVO [481.293/18-0]
<input type="checkbox"/> OUTRO PLANO:	

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Municipal / Grupo de Municípios		PERFIL REGIONAL INTEGRAL SOS	PERFIL REG. PIRAEQUAÇU COPARTICIPATIVO SOS
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [485.100/20-5]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [485.101/20-3]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.345/21-0]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.344/21-1]
PERFIL REG. PIRAEQUAÇU INTEGRAL SOS		PERSONAL SMART EMPRESARIAL	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.533/21-9]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.536/21-3]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [483.442/19-9]	PERSONAL SMART INTEGRAL

Estadual

ESTADUAL INTEGRAL SOS		PARTICIPATIVO ESTADUAL SOS	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.866/21-4]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.865/21-6]	<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA [476.707/16-1]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [475.571/16-2]

Nacional

PREMIUM NACIONAL SOS		VITORIAMED SOS	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [476.636/16-9]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [476.637/16-7]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [476.639/16-3]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [476.638/16-5]
<input type="checkbox"/> OUTRO PLANO:		<input type="checkbox"/> OPCIONAL SOS RS	

DATA DE INGRESSO E DE INÍCIO DE VIGÊNCIA NO PLANO		DIA	MÊS	ANO
---	--	-----	-----	-----

1ª VIA UNIMED VITÓRIA / 2ª VIA CONTRATANTE
V.32.03.23
1/3



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:40
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310434043300000073567944>
Número do documento: 25090310434043300000073567944

Num. 77617953 - Pág. 1

CARÊNCIAS (CONFORME PLANO CONTRATADO)**TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL**

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREendedor INDIVIDUAL	PORTE 2 CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal (Limitado a 12h de atendimento ambulatorial)	24 Horas	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames simples (análises clínicas, RX simples)	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias

LEGENDA: EMPREendedor INDIVIDUAL (RN 432), PORTE 1 (03 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREendedor INDIVIDUAL	PORTE 2 CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal	24 horas	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Simples (análises clínicas, RX simples)	30 dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Internação clínica e cirúrgica	180 dias	Isento	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Padrão individual de acomodação em internação (apartamento)	180 dias	Isento	Já cumpridas	30 dias	30 dias
Partos a termo	300 dias	Isento	Já cumpridas	300 dias	300 dias

LEGENDA: EMPREendedor INDIVIDUAL (RN 432), PORTE 1 (03 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

APROVEITAMENTO A (APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS NO PLANO ANTERIOR)

- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não regulamentado em dia, cancelado há até 60 dias.
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não regulamentado inadimplente, cancelado há até 60 dias, mediante quitação das mensalidades e coparticipação em aberto (quando houver).
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória em custo operacional.
- O Recém-nascido incluído até 30 dias do nascimento em plano da Unimed Vitória com cobertura hospitalar com obstetrícia e regulamentado.
- O Recém-nascido incluído entre 31 e 60 dias após o nascimento em plano da Unimed Vitória, com preenchimento de Declaração de Saúde.
- Inclusão de Recém-Casado até 30 dias do matrimônio ou união estável tem direito de isenção de carência e DS.
- Troca de Planos na Unimed Vitória, sem interrupção entre os planos (Súmula 21 da ANS).

APROVEITAMENTO B (ISENÇÃO DE ALGUMAS CARÊNCIAS E REDUÇÃO DE OUTRAS, EXCETO PARTOS A TERMO)

- Para beneficiários de planos de outras Operadoras com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do cancelamento, com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outra operadora, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

APROVEITAMENTO C (ISENÇÃO DE ALGUMAS CARÊNCIAS E REDUÇÃO DE OUTRAS, EXCETO PARTOS A TERMO)

- Para beneficiários de planos de outras Unimed's com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do cancelamento, com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outras Unimed's, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

NOTA

Para clientes da Unimed Vitória será feito o aproveitamento de carência conforme as regras e critérios citados anteriormente independentes da faixa etária. Só poderá ser feito aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior.

Para o aproveitamento de carência B e C será necessário anexar à documentação que comprove a condição para aproveitamento de carência. Somente após a conferência pelo setor de cadastro da Unimed Vitória que o aproveitamento de carência será concedido.

IMPORTANTE

1 - O aproveitamento de carência é uma concessão feita para beneficiários que possuem outros planos de saúde, de acordo com as regras de aproveitamento de carências acima, que poderá ou não ser realizado pela Unimed Vitória, após examinada toda a documentação do(s) beneficiário(s).

2 - Só poderá ser concedido aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior, salvo para os casos de portabilidade.

3 - Não ocorrendo o aproveitamento de carências, o beneficiário deverá cumprir as carências previstas no contrato de plano de saúde que irá aderir.

4 - A inclusão por portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na RN 438 da ANS para cada beneficiário, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do recebimento deste documento pela operadora, com aplicação de carência e CPT para quem não for elegível. A vigência do plano só iniciará se não houver recusa da operadora ou desistência do proponente.



5 – Em caso de portabilidade de carências, este documento NÃO cancela/resconde o plano de origem, devendo o beneficiário solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência desse plano, sob pena de ter que cumprir as carências previstas no contrato.

6 – A inexatidão nas informações e nos dados preenchidos neste documento, inclusive quanto à condição de internação hospitalar ou domiciliar dos beneficiários a serem inscritos, constitui FRAUDE, permitindo à operadora do plano de destino anular os efeitos da portabilidade e cobrar do responsável pelo contrato todos os procedimentos realizados no período em que os beneficiários estariam em cumprimento de períodos de carência.

7 – Nos casos em que esteja sendo realizada a contratação de um novo plano, com acomodação superior ao do plano atual e ainda vigente, deverão ser analisadas as seguintes situações:

(a) Para utilização dos serviços referentes à nova acomodação, será exigido cumprimento de carência de 180 (cento e oitenta) dias;

(b) Em caso de internação, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada;

(c) Também será exigido o cumprimento das carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior, conforme previsto na tabela de carências acima, para o Porte 1.

8 – A isenção de carência concedida aos contratos de Porte 2 e Corporativo é garantida quando o beneficiário aderir ao plano de saúde em até 30 (trinta) dias do início da vigência do contrato. Após esse período, será exigido o cumprimento da carência contratual prevista para o Porte 1, salvo para os casos de recém-admitidos, recém-nascidos e recém-casados incluídos no plano até no máximo 30 (trinta) dias após o evento.

DECLARAÇÃO

Declaro reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim que são, neste ato, apresentadas como proposta de contratação de plano privado de assistência à saúde.

Declaro que estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições do referido contrato de plano de saúde, tendo recebido o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde antes da contratação e o Guia de Leitura Contratual no ato da contratação.

Declaro que fui informado, estou ciente e concordei que o número do meu Cartão Nacional de Saúde (CNS) estará disponível na Área Restrita para Clientes no site da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br), bem como a minha Identificação Padrão da Saúde Suplementar, assim que meu cadastro for efetivado na Operadora e eu cadastrar minha senha no referido site.

Declaro que fui informado e estou ciente das condições e prazos presentes na TABELA DE CARÊNCIAS, assim como das regras de aproveitamento de carências, ambas integrantes desta proposta de adesão.

DADOS DA VENDA

CÓDIGO DO VENDEDOR	NOME DO VENDEDOR

ASSINATURA

DATA	ASSINATURA DO TITULAR (IGUAL AO DOCUMENTO)
12.03.2024	<u>Isabella de Araújo Ferreira</u>

Carta de Orientação e Declaração de Saúde

FRM-QUAL-152 - REV 017 02/12/2022



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:41
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310434101000000073567945>
Número do documento: 25090310434101000000073567945

Num. 77617954 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:41
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310434101000000073567945>
Número do documento: 25090310434101000000073567945

Num. 77617954 - Pág. 2

Carta de Orientação ao Beneficiário



Prezado (a) Beneficiário (a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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

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

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

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário

assinatura/Rubrica do beneficiário

ANS - nº 357391



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:41
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310434101000000073567945>
Número do documento: 25090310434101000000073567945

Num. 77617954 - Pág. 4

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

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário:

Vitória 12/03/2024
Local Data

Nome: ISABELA DE ARAUJO Porfírio
Município de residência: CARIACICA
E-mail: ISABELA_ARAUJO.F@HOTMAIL.COM
Celular: (27) 981413814
Telefone: —
Assinatura: Isabella de Araújo Ferreira

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Carta de Orientação ao Beneficiário que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos, devendo conter rubrica no canto inferior direito de todas as folhas.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrer, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde.
Para análise da declaração do saúde do recém-nascido, por parte da Auditoria Médica, deverão ser observadas as seguintes obrigações:

- a) Para inclusão de recém-nascido, após 30 (trinta) dias de seu nascimento, deverá ser apresentado o cartão de vacina.
b) Em caso de internação hospitalar do recém-nascido, superior a 3 (três) dias, deverá ser apresentado o laudo de evolução de alta da UTIN.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

Informamos que os valores de peso e altura declarados neste documento servirão de cálculo para o IMC (índice de Massa Corporal). Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis do consumidor proponente e/ou de seus dependentes pela Unimed Vitória, para os fins do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender as exigências de garantia assistencial obrigatória estabelecidas na Lei 9.656/98 (Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde) e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e será realizado independentemente do consentimento do(s) Titular(es) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da pessoa natural, em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

Para mais informações sobre o tratamento de dados pessoais pela UNIMED, o consumidor proponente poderá contatar os seguintes canais:

- a) Website: <https://www.unimed.coop.br/vitoria/politica-de-privacidade> – campo “Política de Privacidade”;
b) Encarregado de Proteção de Dados (e-mail): ldpo@unimedvix.com.br
c) Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC – 0800 026 0080.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

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

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário

Natura/Rubrica do beneficiário

ANS - nº 357391





Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:41
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310434101000000073567945>
Número do documento: 25090310434101000000073567945

Num. 77617954 - Pág. 6

Declaração de Saúde



De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

PREENCHER SEM RASURAS, DE FORMA LEGÍVEL E DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL

<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL OU FAMILIAR:	NOME DO PLANO:	CONTRATANTE:	CÓDIGO DO CONTRATO:
<input checked="" type="checkbox"/> COLETIVO EMPRESARIAL / COLETIVO ADESÃO:			

NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR (T)

ISABELLA DE ARAUJO PORFIRIO

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
(27) 981413814	13/03/1992	1,74	68 Kg	22,46

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D1)

HIGOR SOUZA PORFIRIO

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
(27) 98237536	27/12/1988	1,88	87 Kg	24,62

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D2)

LIS ARAUJO PORFIRIO

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
(27) 981413814	04/12/2018	1,10	23 Kg	19,01

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D3)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D4)				

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
(O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) / altura ² (metros). Ex.: 80 / (1,71x1,71) = 27,35) Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT do CID E66 – Obesidade.				

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE

1) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA INFECTIOSA OU PARASITÁRIA COMO:

a) Tuberculose? CID A16	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	d) Meningite? CID A87	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
b) Hepatite? CID B19	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	e) Hanseníase? CID A30	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
c) AIDS ou portador de vírus HIV? CID B20	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	f) Outras?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4

2) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS MALIGNAS (CÂNCER)?

a) Leucemia? CID C95.9	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	g) Aparelho digestivo (estômago, outros)?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
b) Linfoma? CID C85	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	h) Aparelho respiratório (pulmão, outros)?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
c) Mama? CID C50	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	i) Somente para homens (próstata, outros)?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
d) Outras localizações?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	j) Somente para mulheres (útero, ovário, outros)?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
e) Pele? CID 44.9	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	k) Trato urinário (rins, bexigas, outras)?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
f) Tireoide? CID C73	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4						

3) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS BENIGNAS?

a) Útero (mioma)? (Mulher) CID D25	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	c) Outras?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
b) Pele (nevus)? CID D23	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4						

4) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SANGUE (ANEMIA, PURPURA, OUTROS)? ESPECIFIQUE

	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

5) PORTADOR(A) DE DOENÇAS ENDOCRINAS?

a) Diabetes? CID E14	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	e) Emagrecimento acentuado? CID F50	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
b) Tireoide? CID E07	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	f) Outras?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4

6) PORTADOR(A) DE TRANSTORNOS PSICIATRÍDICOS OU MENTAIS? ESPECIFIQUE

	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

7) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO?

a) Parkinson? CID G20	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	d) Paralisia cerebral? CID G80	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
b) Alzheimer? CID G30	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	e) Outras?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
c) Epilepsia? CID G40	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4						

8) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DOS OLHOS E APENEXOS?

a) Catarata? CID H26.9	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	e) Astigmatismo?* (informar o grau) CID H52.2	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
b) Glaucoma? CID H40	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	f) Hipermetropia?* (informar o grau) CID H52.0	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
c) Ceratocone? CID H18.6	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	g) Outras?*	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
d) Miopia?* CID H52.1	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4						

*Especifique na Tabela de Especificação de DLP.

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário



RESPODE AS SEGUINTE PERGUNTAS COM "S" PARA SIM OU "N" PARA NÃO OU "NA" QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.

9) PORTADOR(A) DE DOENÇA DO OUVIDO?

a) Labirintite? CID H83.0	N	N	N2	D3	D4	c) Outras? *	N	N	N	D3	D4
b) Perda de audição? CID H91	N	N	N2	D3	D4						

10) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO?

a) Febre reumática? CID I00	N	N	N2	D3	D4	f) Insuficiência cardíaca? CID I50	N	N	N	D3	D4
b) Hipertensão arterial? CID I10	N	N	N2	D3	D4	g) AVC ("derrame")? CID I64	N	N	N	D3	D4
c) Angina pectoris? CID I20	N	N	N2	D3	D4	h) Varizes de membros inferiores? CID I83	N	N	N	D3	D4
d) Infarto do miocárdio? CID I21	N	N	N2	D3	D4	i) Hemorroidas? CID I84	N	N	N2	D3	D4
e) Arritmia cardíaca? CID I49	N	N	N2	D3	D4	j) Outras? *	N	N	N	D3	D4

11) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO PESPIRATORIO?

a) Rinite? CID J30.4	N	N	N	D3	D4	e) Enfisema? CID J43	N	N	N	D3	D4
b) Sinusite? CID J32	N	N	N	D3	D4	f) Desvio de septo nasal? CID J34.2	N	N	N	D3	D4
c) Bronquite? CID J40	N	N	N	D3	D4	g) Outras? *	N	N	N	D3	D4
d) Asma? CID J45	N	N	N2	D3	D4						

12) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO?

a) Úlcera Péptica? CID K27	N	N	N2	D3	D4	e) Cirrose hepática? CID K74	N	N	N	D3	D4
b) Gastrite? CID K29.7	N	N	N	D3	D4	f) Colite? CID K51	N	N	N	D3	D4
c) Hérnia?**	N	N	N2	D3	D4	g) Cistolithase (cálculo da vesícula)? CID K80	N	N	N	D3	D4
d) Doença diverticular do intestino? CID K57	N	N	N2	D3	D4	h) Outras? *	N	N	N	D3	D4

13) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DA PELE? ESPECIFIQUE O LOCAL

a) Caroços? CID R22.9	N	N	N	D3	D4	c) Cisto? CID L72	N	N	N	D3	D4
b) Xantelasma (lesão nas pálpebras)? CID H02.6	N	N	N2	D3	D4	d) Outras? *	N	N	N	D3	D4

14) PORTADOR(A) DE DOENÇAS OSTESOMUSCULAR?

a) Artrite? CID M13	N	N	N	D3	D4	e) Escoliose? CID M41	N	N	N	D3	D4
b) Artrose? CID M19	N	N	N	D3	D4	f) Hérnia de Disco? CID M51	N	N	N	D3	D4
c) Osteoporose? CID M81	N	N	N2	D3	D4	g) Osteomielite? CID M86	N	N	N	D3	D4
d) Reumatismo? CID M79.0	N	N	N	D3	D4	h) Outras? *	N	N	N	D3	D4

15) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO GENITO URINÁRIO?

* a) Insuficiência renal? CID N18	N	N	N	D3	D4	g) Infertilidade? FEM: CID N46 MASC: CID N97	N	N	N	D3	D4
b) Cálculo urinário? CID N20	N	N	N	D3	D4	h) Cisto de ovário? (Mulher) CID N83.2	N	N	N	D3	D4
c) Incontinência urinária ("urina solta")? CID R32	N	N	N	D3	D4	i) Endometriose? (Mulher) CID N80	N	N	N	D3	D4
d) Hiperplasia da próstata? (Homem) CID N40	N	N	N	D3	D4	j) Nefrite? CID N11	N	N	N	D3	D4
e) Fimose? (Homem) CID N47	N	N	N	D3	D4	k) Outras? *	N	N	N	D3	D4
f) Nódulo mamário? CID N63	N	N	N	D3	D4						

16) PORTADOR(A) DE TRAUMATISMOS E/OU FRATURAS? ESPECIFIQUE

N	N	N	D3	D4
---	---	---	----	----

17) E PORTADOR(A) DE MÁ FORMAÇÕES CONGENITAS (DOENÇAS DE NASCIMENTO)? ESPECIFIQUE

N	N	N	D3	D4
---	---	---	----	----

18) E PORTADOR(A) DE SEQUELAS DE ACIDENTES, MOLESTIA ADQUIRIDA OU CONGÉNITA? ESPECIFIQUE

N	N	N	D3	D4
---	---	---	----	----

19) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA NÃO RELACIONADA ACIMA, QUE O TENHA OBRIGADO A INTERNAR-SE OU SUBMETERSE A ALGUM TIPO DE TRATAMENTO OU EXAME? ESPECIFIQUE

N	N	N	D3	D4
---	---	---	----	----

20) TEM INDICAÇÃO DE SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE CIRURGIA? ESPECIFIQUE

N	N	N	D3	D4
---	---	---	----	----

21) POSSUI ALGUM TIPO DE PROTESE OU OPTESE (PLACAS, PINOS, PARAFUSOS, MARCA-PASSO, OUTROS)? ESPECIFIQUE

N	N	N	D3	D4
---	---	---	----	----



Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos anteriores, onde se perguntou sobre a existência de doença, informe abaixo o período da doença, indicando o item, subitem, proponente e especificação.

ITEM	SUBITEM	PROONENTE	ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO DA DOENÇA

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você acha importante registrar.

- Declaro que fui orientado(a) por médico da Unimed Vitória Dr(a) _____ CRM: _____
 Dispenso a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos às doenças ou lesões preexistentes.

Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à Unimed Vitória as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, e os cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Afirmo, por fim, ter conhecimento de que, além das sanções administrativas, a omissão de informações ou a falsa declaração pode caracterizar crime, que será informado à autoridade competente por meio de notícia crime, sujeitando os responsáveis às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Considerando o preenchimento da Declaração de Saúde, para os itens que foram sinalizados como "SIM" nas tabelas acima, o proponente terá aplicação de CPT – Cobertura Parcial Temporária. A CPT restringe a cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) pelo período de 24 meses para a doença ou o CID (Código Internacional de Doenças) indicados na tabela abaixo.

ANALISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE					
ITEM	SUBITEM	DESCRÍÇÃO	CÓDIGO	CIM	PROONENTE

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO <i>Isabella de Araújo Ferreira</i>	DATA 12/03/2024
--	--------------------

NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR Nº 352596/2024

Protocolo nº 9915134

Demanda nº 13172485

Rio de Janeiro, 01 de
Novembro de 2024**OPERADORA**

Denominação/Razão Social: UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO Reg. ANS: 357391

Nome Fantasia: UNIMED VITORIA CNPJ: [27578434000120](#)

Endereço: AV. CESAR HILAL, 700 3º E 4º ANDARES

Município: VITORIA UF: ES CEP: 29050903 Telefone: [27 33344329](#)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar vem notificar esta Operadora acerca da demanda abaixo relatada.

Interlocutora, que se identifica como beneficiária, questiona a não cobertura para a realização do procedimento serviço demandado mastopexia com prótese de mama, e correção de flacidez e diástase no abdômen, solicitado pelo médico Adriano Batistuta CRM: 5455, solicitado em 16/10/2024. Protocolo 35739120241023574303 – data 23/10/2024.

Protocolo aberto pelo beneficiário junto à operadora: 35739120241023574303

Data do contato com a operadora: 23/10/2024

BENEFICIÁRIO

Nome: ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA
Matrícula:

Dt. Nasc.:13/03/1992
CPF: [14785703776](#)

INTERLOCUTOR

Nome: ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA

Telefones: [\(27\)981413814](#)

e-mail:



isabella_araujof@hotmail.com

Endereço: RUA PAULICEIA, 207 /

Município: CARIACICA

UF: ES

CEP: 29150-550

DADOS DO PLANO

Nome do plano: Participativo Estadual Empresarial Enfermaria SOS

Titular do plano: ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA

Modalidade de contratação: Coletivo Empresarial

Tipo de segmentação: Amb+Hosp c/ obstetrícia

TEMA

Tema: Produto ou Plano >> Cobertura >> Regras para Acesso aos Atendimentos

RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS OBRIGATÓRIAS

Solicitação feita pelo consumidor à Operadora: mastopexia com prótese de mama, e correção de flacidez e diástase no abdômen.

Data da solicitação do consumidor à Operadora: 16/10/2024

Houve impedimento para realização de algum procedimento ou falta de resposta da operadora ao consumidor? (S/N): Sim

Descrição de dispositivo(em contrato, regulamento ou equivalente): não se aplica.

Resposta/alegação da operadora (especificar mecanismo de regulação utilizado) - (máximo 150 caracteres): Alega estética.

Estado (UF) onde o Consumidor precisou de atendimento: ES

Município onde o Consumidor precisou de atendimento: CARIACICA

Foi solicitado o motivo da negativa por escrito:: Não se aplica

Se sim, o documento foi fornecido em até 24h: Não se aplica

Fica a operadora notificada e ciente de que disporá do prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para resposta, devendo encaminhar toda a documentação comprobatória, conforme disposto na RN nº 483/2022.

Favor anexar a resposta no Espaço NIP da Operadora no portal da ANS em arquivo PDF (até 5MB por arquivo).

Atenciosamente,

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A ANS é uma Autarquia Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, criada para fiscalizar e regulamentar o mercado de planos privados de assistência à saúde de acordo com a Lei 9656/98 e regras complementares.

Av. Augusto Severo, n.º 84 - 11º andar
Rio de Janeiro/RJ



20021-040
www.gov.br/ans
Disque ANS: [0800 701 9656](tel:08007019656)

https://www.ans.gov.br/nip_solicitante/pages/detalharDemandalInterlocutor.xhtml

02/05/2025, 16:39
Página 3 de 3



Assinado eletronicamente por: HIGOR SOUZA PORFIRIO - 03/09/2025 10:43:41
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090310434173300000073567947>
Número do documento: 25090310434173300000073567947

Num. 77617956 - Pág. 3

NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR Nº 352596/2024

Protocolo nº 9915134

Demanda nº 13172485

Rio de Janeiro, 01 de
Novembro de 2024

Atendendo ao pedido de esclarecimentos contido na Notificação de Intermediação Preliminar em epígrafe, referente à reclamatória de **ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA**, tem-se a informar, **tempestivamente**, o seguinte:

Esta beneficiária possui o plano de saúde Unimed Vitória abaixo identificado (Print 01):

usuários (US10FM)

No. CCO:	061097222305	No. Registro:	3405956	ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONARIOS E EMPRESA DO COMERCIO DE BENS E
No. Contrato:	2898			PARTICIPATIVO ESTADUAL EMP ENF SOS
No. Família:	18			ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA

Principal | Complemento | Observações | Vínculo | Compartilhamento de Risco |

Tipo de Usuário:	00 TITULAR	No. Ficha:	
Nro. Reg. do Usuário:	3431366	ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA	[...]
Condição de Cadastro:	0001	CARÊNCIA CONTRATUAL	[...]
Plano de Saúde:	PESE_SOS	PARTICIPATIVO ESTADUAL EMP ENF SOS	[...]
Tipo de Carencia:	0	SEM CARENCIA	Tabela de Preço: <input checked="" type="radio"/> do Contrato <input type="radio"/> da Lotação
Tipo de Plano:	A	ENFERMARIA	Endereço: <input checked="" type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Da Família
Tipo de carteira atual:	CM	MAGNETICO	
Data de Início:	20/03/2024	Referencia para carencia:	20/03/2024
Vendedor:	3095	BENEFICIOS COM ADMINISTRADORA	[...]

Não emite Carteira Filho especial / Não limita idade Universitário(a) Código do Usuário: 080.2898.000018.00-9
 Dependente - Outros Cobertura Parcial Temporária
 Bloqueia Serviços

Consulta |

Print 01

Cumpre registrar que a sua **Cláusula 10.4** estabelece a adoção de mecanismos de regulação pela Unimed Vitória, como, por exemplo, a autorização prévia



documental, como ocorre no caso em tela em que é necessária a apresentação da justificativa médica em laudo fundamentado (Print 02 e DOC. 01):

Autorização prévia

10.4 Todos os procedimentos e eventos exigem autorização prévia para sua realização, salvo os casos de urgência e emergência.

10.4.1 A autorização prévia pode ser online, documental ou presencial, a critério da CONTRATADA.

10.5 PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DOCUMENTAL OU PRESENCIAL, O BENEFICIÁRIO, OU QUEM RESPONDA



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

31
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

CORP-V3-01/2018



ANS - nº 357391

IMP-GRAF-00026 - MV 000894 - REV 003



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cesar Hilal, 700 – 3º Andar
Bento Ferreira – Vitória – ES – CEP: 29.050-922
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Participativo Estadual Empresarial Enfermaria SOS

POR ELE, DEVE DIRIGIR-SE A LOJA DE ATENDIMENTO DA CONTRATADA, MUNIDO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO, CARTEIRA DE IDENTIDADE, GUIA COM A SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO E OS DOCUMENTOS MÉDICOS (LAUDOS E EXAMES) PERTINENTES.

10.6 PARA OBTER A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PRESENCIAL PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, O BENEFICIÁRIO DEVE DIRIGIR-SE, PESSOALMENTE, A LOJA DE ATENDIMENTO DA CONTRATADA, EM DIA E HORA PREVIAMENTE DESIGNADOS, MUNIDO DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO E CARTEIRA DE IDENTIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA.

Print 02

Nota-se que há previsão contratual que determina que para a autorização prévia, seja documental ou presencial, o beneficiário (ou seu responsável legal) deve dirigir-se a Loja de Atendimento da Unimed Vitória (ou através do site da Unimed) para apresentar todos os documentos necessários.

Por isto, no contrato a que se livremente aderiu, também consta expressamente previsto que a Unimed Vitória somente poderia iniciar a análise da solicitação e,



consequentemente, ter início a contagem do prazo de atendimento da RN 566 da ANS, após a efetiva entrega de toda documentação pertinente (Print 02 e DOC. 01).

Por conseguinte, o laudo médico com justificativa é documentação indispensável, sem o qual, naturalmente, a auditoria da Operadora não poderia avaliar a pertinência técnica do pedido de autorização para emitir o seu parecer/senha de liberação.

NÃO OBSTANTE TAIS CLARAS DETERMINAÇÕES LEGAIS E CONTRATUAIS, A BENEFICIÁRIA NÃO APRESENTOU A DOCUMENTAÇÃO QUE LHE FOI PEDIDA PELA UNIMED VITÓRIA, NÃO DANDO ASSIM, POR OPÇÃO, ENTRADA NO PEDIDO MÉDICO DE AUTORIZAÇÃO.

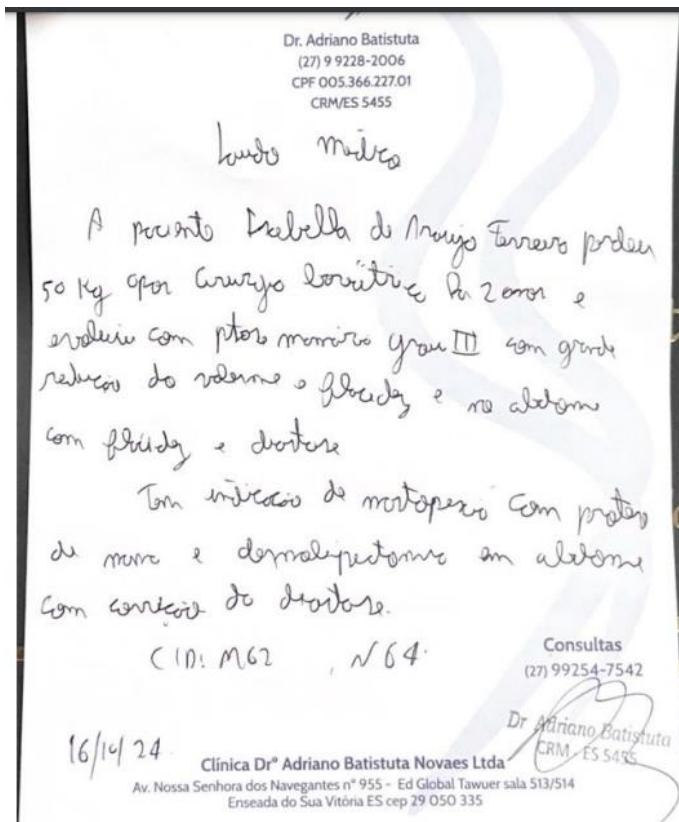
O procedimento cirúrgico eletivo em questão foi visualizado pela Unimed Vitória em 23/10/2024, oportunidade em que foi solicitada para iniciar a auditoria do pedido e, consequentemente, para receber, o pedido médico detalhado com os códigos e materiais a serem utilizados (Print 03), já que somente o laudo médico simples não era suficiente para entrada e análise do pedido, o que foi solicitado dentro do prazo da RN 566 da ANS, em 28/10/2024 (Print 04):

Dados do Cliente	
01 - Tipo do Cliente: ClienteLocal	02 - Tipo de Usuário: Titular
03 - Nome: ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA	04 - Código do Cliente: 0802898000018009
05 - Validade do Cartão: 31/03/2026	06 - Plano: PARTICIPATIVO ESTADUAL EMP ENF SOS
07 - Nova Legislação: Regulamentado	08 - Telefone Residencial: 0000000000
09 - Telefone Celular: 27981413814	10 - Telefone Celular 2: 0000000000
11 - E-mail: isabella_araujof@hotmail.com	12 - Data de Nascimento: 13/03/1992 - 32 anos
13 - Sexo: Masculino	14 - Data de Exclusão:
15 - Categoria do Cliente: Prioritário	
[Alterar Dados do Cliente]	
Dados do Atendimento	
15 - Tipo de Atendimento:	
16 - Origem do Atendimento: FALE CONOSCO	
17 - Nome do Prestador:	
18 - Número do Protocolo: 35739120241023574303	19 - Data do início do Atendimento: 23/10/2024



Data	Descrição	Solução	Atendente	Setor de Origem	Setor de Destino	Status Anterior ao Hist.
28/10/2024 10:02	<p>sms: UNIMED VITORIA: Prezado(a) cliente, protocolo 35739120241023574303 encerrado ausencia PEDIDO MEDICO para procedimento. Gentileza enviar através do site como SOLICITACAO-AUTORIZACAO-DOCUMENTACAO COMPLEMENTAR. https://faleconosco.unimedvitoria.com.br/ inicio.</p> <p>- Autorização -- * Cartelinha: 00802898000018009 * Email: isabellarauf@hotmail.com Celular: 27981413814 Telefone: 27981413814 * Autorizo SMS no telefone 2: Não Autorizado * * * Número protocolo/Solicitação: 35739120241023574011 * * * UnimedDaSuaQualidade 0080 Campo para Mensagem: Prezados, bom dia, Eu, Isabella de Araújo Ferreira, CPF: 147.857.037-76 e carteirinha nº 00802898000018009, conforme o Laudo Médico em anexo, solicito no prazo de 24h a autorização dos procedimentos indicados, tais quais: mastopexia com prótese de mama e demolipectomia em abdome com correção de diástase, em meu favor. O procedimento cirúrgico é reparador, essencial para o meu tratamento e foi prescrito pelo Dr. Adriano Batistuta (CRM-ES 5455). Minha solicitação está amparada pelos artigos 10, caput e 35-F da Lei nº 9.656/98, bem como pelo tema 1069 do STJ. Portanto, aguardo a autorização da realização e custeio da cirurgia urgentemente. Obrigada. Atenciosamente, Isabella de Araújo Ferreira.</p>	.	CAROLINA DE SOUZA CORREA	CANAIS DIGITAIS	CANAIS DIGITAIS	Encerrado
23/10/2024 09:02			ATENDIMENTO AUTOMÁTICO	CANAIS DIGITAIS	CANAIS DIGITAIS	Em Aberto

Anexo:



Print 03

E, mesmo assim, a documentação para recebimento do pedido não foi apresentada, por isso, ao entrar em contato com a Operadora em 30/10/24, novamente, a beneficiária foi informada sobre a necessidade de apresentação do documento (Print 04):

Data	Descrição	Solução	Atendente	Setor de Origem	Setor de Destino	Status Anterior ao Hist.
30/10/2024 19:55	Sra Isabella entra em contato relatando que o protocolo 35739120241023574303 foi encerrado e deseja verificar o Retorno. Relata que o Médico não realizou o pedido por conta que alega que a Unimed não autoriza devido ser estético.	Verbalizado parecer conforme o Prt. 35739120241023574303 Cliente cliente que há o laudo anexado porém não há pedido. Orientada a contatar o Médico e solicitar que faça o pedido e a mesma encaminhe novamente no Site conforme solicitação do Setor no Prt. 35739120241023574303. Cliente que será avaliado. Cliente que deve ter o pedido para a área jogar em sistema	GABRIEL JOSE SILVEIRA FERNANDES	CONTACT CENTER	CONTACT CENTER	Encerrado
30/10/2024 19:47			SOLLO	RETORNO SOLLO	RETORNO SOLLO	Em Aberto

Print 04

Então, ao receber a presente NIP, a Operadora solicitou que a auditoria confirmasse a necessidade de documentação para o recebimento do pedido e análise, sendo confirmado pela auditoria da especialidade a impossibilidade de recebimento do pedido sem o “pedido médico detalhado com os procedimentos e materiais”, uma vez que, só o laudo apresentado até então não era suficiente (Print 05):

RE: **PRIORIDADE PRAZO 08/11 COCLI E COCAS** NIP ASSISTENCIAL- ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA- Demanda nº 13172485



1. para cirurgia de correção de hipertrofia mamária: não consta no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ans, a paciente não apresenta doenças das mamas, cirurgia com finalidade estética.
2. para dermolipectomia e diastase, códigos 30101271 e 31009050, devem ser solicitados com história clínica, descrição do exame físico para avaliar enquadramento na dut para dermolipectomia.

Print 05

Desta forma, em 08/11, dentro do prazo da RN 483, a Operadora encaminhou um e-mail a beneficiária reiterando a necessidade do envio dos documentos para receber o pedido e auditá-lo (Print 06):



NIP ASSISTENCIAL- ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA- Demanda nº 13172485



Retorno Subsídios

Para: 'isabella_araujof@hotmail.com'

...

Sex, 08/11/2024 17:26

Prezado(a) cliente,

Em resposta a manifestação junto à ANS/DEMANDA 13172485, informamos que para reavaliação, a Unimed aguardará o envio da documentação solicitada acima, já que apenas com o laudo médico apresentado não foi possível comprovar o cumprimento da diretriz da ANS.

1. para cirurgia de correção de hipertrofia mamária: não consta no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ans, a paciente não apresenta doenças das mamas, cirurgia com finalidade estética.
2. para dermolipectomia e diastase, códigos 30101271 e 31009050, devem ser solicitados com dhistoria clínica, descrição do exame físico para avaliar enquadramento na dut para dermolipectomia.

Aproveitamos a oportunidade para deixar a disposição nossos diversos canais de atendimento: Site, Aplicativo Unimed Vitoria Cliente e WhatsApp 99888-0080.

Agradecemos o contato e colocamo-nos à disposição para quaisquer informações adicionais que se fizerem necessárias.

Esta mensagem é AUTOMÁTICA, não sendo possível o retorno a este e-mail.

Print 06

Nota-se que toda a solicitação foi feita dentro do prazo definido na RN 566 da ANS para “internação eletiva”.

Ora, a beneficiária não pode exigir da Unimed Vitória uma autorização sem antes cumprir com a sua obrigação contratual/legal de apresentar a documentação pertinente que lhe foi requerida, conforme consagrado no princípio jurídico “*Excepctio non Adimplente Contractus*” (Print 07):

Excepctio non Adimplente Contractus

Também conhecido como *tu quoque*. Na tradução do brocado latino é a “exceção de contrato não cumprido”, ou seja, não se pode exigir o cumprimento do contrato aquele que não o cumpre (artigo 476 do CC).

Print 07

Como é de conhecimento geral, a natureza do contrato de plano de saúde é sinaligmática, ou seja, bilateral, por possuir obrigações para ambas as partes, logo, em consonância com o entendimento disposto no artigo 476 do Código Civil do Brasil, uma parte não pode exigir o implemento da do outro antes de cumprida a sua obrigação- “*Excepctio non Adimplente Contractus*” (Print 08):



CC - Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002

Institui o Código Civil.

└ Art. 476. Nos contratos bilaterais, nenhum dos contratantes, antes de cumprida a sua obrigação, pode exigir o implemento da do outro.

Print 08

De tal maneira, reitera-se, **A CONDUTA DA OPERADORA, AO SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO PERTINENTE PARA ENTRADA E AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ESTÁ TOTALMENTE RESPALDADA PELO CONTRATO, PELA LEGISLAÇÃO GERAL VIGENTE** em nosso país (Código Civil), e pela legislação específica (Resolução CONSU 08/98 e Resolução CFM 1.614/01):

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001

(Publicada no D.O.U. de 09 de março de 2001, Seção I, p.17)
(Retificação publicada no D.O.U. de 10 de abril de 2001)

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Print 09

Ademais, esta conduta da Unimed Vitória, além de respaldada pela Lei, pela ANS e pelo Conselho Federal de Medicina, da mesma forma, SEGUE EXATAMENTE A PREVISÃO QUE CONSTA CLARA E EXPRESSAMENTE NO CONTRATO A QUE POR VONTADE PRÓPRIA SE QUIS ADERIR, e que segue anexo sob o nº 01.

LOGO, NÃO HOUVE NEGATIVA OU DEMORA, SENDO QUE, NA VERDADE, A BENEFICIÁRIA SEQUER DEU ENTRADA NO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO POR NÃO APRESENTAR A DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA PELA UNIMED VITÓRIA.



Por conseguinte, comprovado está que a Operadora está à total disposição da beneficiária para dar entrada em seu pedido de autorização desde que seja apresentada a documentação médica solicitada.

E, ESTA AGÊNCIA IGUALMENTE JÁ CONFIRMOU SER DEVIDA À APRESENTAÇÃO DA JUSTIFICATIVA TÉCNICA/DOCUMENTAÇÃO COMPLETA PARA ENTRADA DOS PEDIDOS, ARQUIVANDO NIP NESTE MESMO SENTIDO (DECISÃO ANEXA AO ESPAÇO NIP).

Logo, este é o mesmo entendimento que deve ser aqui adotado, uma vez que, caso contrário, se esta Agência emitir decisões diferentes para situações iguais estaremos diante da insegurança jurídica que é vedada pela Lei 9.784/99, que é de observância obrigatória pela Administração Pública.

Destarte, como não houve o cometimento de nenhuma infração pela Unimed Vitória, requer-se o arquivamento desta demanda por total inexistência de infração (POIS, A OPERADORA AVALIARÁ O PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ASSIM QUE ESTE LHE FOR APRESENTADO CONCOMITANTEMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, O QUE AINDA NÃO ACONTEceu POR OPÇÃO DA PRÓPRIA RECLAMANTE).

Vitória - ES.

UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Layla Tardin de Rezende Santos

OAB/ES 14.911

Izabela Bastos Guimarães

OAB/ES 20.964

Gabriela Medeiros de Carvalho

Acadêmica de Direito




Dr. Adriano Batistuta
(27) 9 9228-2006
CPF 005.366.227.01
CRM/ES 5455

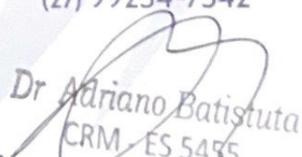
Lindo Mídia

A paciente Isabela de Araújo Ferraz pondera 50 Kg operou curvigo lombar e pernas e evoluiu com ptose mamária grau III com grande redução do volume e flacidez e no abdome com flacidez e distrose.

Tenho indicação de mastopexia com protetor de mama e desmolipectomia em abdome com correção da distrose.

CIN: M62 , N64.

Consultas
(27) 99254-7542


Dr. Adriano Batistuta
CRM ES 5455

16/10/24.

Clínica Drº Adriano Batistuta Novaes Ltda
Av. Nossa Senhora dos Navegantes nº 955 - Ed Global Tawuer sala 513/514
Enseada do Sua Vitória ES cep 29 050 335



Dr. Adriano Batistuta
CRM/ES 5455

ORÇAMENTO CIRÚRGICO

Paciente Hélio de Araujo Ferreira
Cirurgia Breast de mama (± 300.325 ml) submamárica com
remoção de pelo + abdominoplastia

Pagamento à vista: → R\$ 37.700

Uma entrada R\$ 19000, em dinheiro, via PIX CPF: 005.366.227.01 (Banco Santander) ou depósito, que deve ser realizado em até uma semana antecedente ao ato cirúrgico.

Contas para depósitos: Adriano Batistuta Novaes CPF: 005.366.227.01

• Banco: Caixa Econômica Federal
C/C: 000.583.348.461-4
Agência: 3084
Código do banco: 104

• Banco: Bradesco
C/C: 554966-3
Agência: 1718
Código do banco: 237

• Banco: Santander
C/C: 01034356-1
Agência: 0102
Código do banco: 033

Obs.: A entrada não poderá ser paga em cartão de crédito, cartões com bandeira internacional e cheques não são aceitos.

Somada a 10 parcelas de R\$ 1970 no cartão de crédito.

Obs.: O pagamento no cartão de crédito deverá ser efetuado em até 07 dias antes do ato cirúrgico na clínica, entre 16 às 19 horas, de segunda a quinta feira. O planejamento cirúrgico e uma cópia do comprovante do pagamento da entrada deveram ser apresentados no momento do pagamento.

Caso queira efetuar o pagamento com cartão de crédito via link, deve entrar em contato no celular 27 992547542, de segunda a quinta feira, entre 16 às 19 horas (obs.: comprovante deve ser enviado para o celular 27 992282164).

Exames:

- Exames Laboratoriais, mamografia, ultrassom de mama e ultrassom de abdome total devem ser realizados e apresentados no cardiologista para obter o risco cirúrgico.
- Após obtenção do risco cirúrgico deve ser realizada a consulta pré- anestésica.
- Risco cirúrgico, consulta pré-anestésica e exames laboratoriais tem validade de 60 dias.
- Mamografia, ultrassom de mama e ultrassom de abdome total tem validade de 6 meses.
- Caso tenha apresentado alguma infecção em menos de 60 dias todos os exames laboratoriais (exames de sangue) devem ser realizados novamente.
- Resultados podem ser apresentados na clínica através de uma consulta pessoalmente, agendada no celular 27 992547542 entre 07 às 16 horas, de segunda a sexta feira, devem ser enviados via WhatsApp (27 992282164).

Atenção: Na internação todos os exames devem ser apresentados de forma física.

Agendamento da cirurgia:

Contato no celular 27 992282164, de segunda a sexta feira entre 17 às 20 horas.

Obs.: deve ser enviada foto do planejamento cirúrgico (orçamento cirúrgico) para agendamento do ato cirúrgico.

15/10/24.

Clínica Dr. Adriano Batistuta Novaes Ltda
Av. Nossa Senhora dos Navegantes nº 955 - Ed Global Tower sala 513/514
Enseada do Sua, Vitória, ES Cep 29 050 335

Dr. Adriano Batistuta
CRM · ES 5455





Pessoa Avaliada : Isabella de Araújo Ferreira

Idade 33 anos

CPF 147.857.037-76

Finalidade: Laudo para avaliação psicológica para todas as cirurgias Reparadoras

Autor (a): Eluize Santin de Oliveira

Nº de Inscrição no CRP: 012/26895

I. A DESCRIÇÃO DA DEMANDA

A Srt^a Isabella de Araújo Ferreira , de 33 anos, buscou a avaliação/psicoterapia para compreender melhor seus sentimentos e emoções. A paciente descreveu nos encontros realizados uma chateação com sua situação enfrentada Ela trouxe sintomas que caracterizam um quadro compatível com a descrição de angústia, depressão , perda de autoestima, sentimento de autocobrança, tristeza, desesperança, rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade em razão da aparência em que se encontra necessitando a realização de todas as cirurgias reparadoras.

A evolução deste transtorno tem sido habitualmente crônica, sendo significativo, entretanto em muitos casos em função do evitamento da situação, ela chega a interferir nas relações sociais e no avanço profissional, e pessoal, impactando na sua auto estima, uma vez que havia muita flacidez em todo o corpo principalmente na região das mamas , possuindo dificuldade na higiene, limitação para atividade física.

Ela buscou a psicoterapia/avaliação para auxiliar em sua auto estima já que a sua situação atual vem causando sofrimento e dor, além é claro de gerar ansiedade e depressão pelo excesso de



pele gerados pela situação atual enfrentada e pelo conflitos gerados em sua vida até o momento , dependendo da cronicidade do quadro, é possível ao final do processo, o alívio do sofrimento vivido pelo paciente, seja pela supressão total do foco gerador dos sintomas, seja pela supressão parcial dos sintomas, fornecendo assim, uma qualidade de vida mais satisfatória que a vivida anteriormente ao processo psicoterápico

II. PROCEDIMENTO

A paciente/avaliada foi orientada pelo seu médico a iniciar um acompanhamento psicológico , para entender sua atual condição e aprender a lidar com as situações de conflito decorrentes da atual condição corporal Durante os atendimentos, percebeu-se a necessidade de uma avaliação psicológica para determinar se a paciente estava preparada para suas cirurgias reparadoras . A paciente relata frustrações pelo excesso de pele , e pela flacidez do abdome e a baixa auto estima toda vez que se olha no espelho, além é claro do peso que ela carrega pelo excesso de pele que prejudica sua coluna e sua postura.

Esta avaliação foi realizada em (04) sessões de atendimento, desde modo, na primeira, segunda e terceira sessão foi feita a entrevista inicial para conhecer a demanda , estabelecer o rapport e identificar os instrumentos que poderiam ser aplicados Na quarta sessão pedi que a paciente escrevesse um texto relatando sua história de vida, e como está sendo sua vida da paciente sem o procedimento ainda, tendo em vista que esta técnica é capaz de medir a intensidade dos pensamentos e avaliação clínica, histórico e testes psicológicos.

Na terceira e quarta sessão, foi designado para a devolutiva com a paciente, momento em que o psicólogo transmite à pessoa atendida o resultado do trabalho realizado, antes da entrega foi realizada uma dinâmica de quebra gelo, orientando-a e fazendo os encaminhamentos necessários.

IV. ANÁLISE

A Srt^a. Isabella de Araújo Ferreira de 33 anos, apresentou na avaliação feita total capacidade cognitiva, emocional e física para realizar o procedimento citado acima , uma vez que a mesma já começou a apresentar indícios de Depressão e Ansiedade pela sobra de pele em várias partes do corpo , que podem fazer ela reverter o que consegui até o presente momento na sua jornada. Segundo a paciente a psicoterapia/procedimento fará toda a diferença em sua vida , melhorando sua auto estima, uma vez que esta está bem afetada com a condição apresentada



V. Conclusão

Dante dos dados colhidos na primeira entrevista com a avaliada, vivenciou os de sofrimentos subjetivos e considerando que eles estão comprometendo sua qualidade de vida pessoal e emocional apontando para a de complicações maiores, o que pode agravar sua condição mental e emocional

Laudo psicológico favorável para a realização de todas as cirurgias reparadoras

Espírito Santo., 30 de julho de 2025.



Eliane Santin de Oliveira
Psicóloga Clínica
CRP 12/26895





ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
Juízo de Cariacica - Comarca da Capital - 2ª Vara Cível
Rua São João Batista, 1000, Fórum Doutor Américo Ribeiro Coelho, Alto Laje, CARIACICA - ES - CEP:
29151-230
Telefone:(27) 32465643

PROCESSO Nº **5020204-71.2025.8.08.0012**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

REQUERENTE: ISABELLA DE ARAUJO FERREIRA

REQUERIDO: UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

CERTIDÃO DE CONFORMIDADE

CERTIFICO e dou fé que os dados cadastrados **estão em conformidade** com o conteúdo dos documentos anexados.

CERTIFICO, ainda, conforme petição inicial, que a parte autora pleiteia o benefício da **Assistência Judiciária Gratuita**, razão pela qual deixo de proceder a consulta ao Sistema de Arrecadação do PJES.

CARIACICA, 03/09/2025

1ª SECRETARIA INTELIGENTE

Diretor de Secretaria



Assinado eletronicamente por: HELIO CARLOS MATTOS DE PAULA JUNIOR - 03/09/2025 14:21:04
<https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25090314210414700000073595479>
Número do documento: 25090314210414700000073595479

Num. 77646932 - Pág. 1