

|                                |                                 |   |  |
|--------------------------------|---------------------------------|---|--|
| <div>Unimed<br/>Curitiba</div> |                                 | Solicitação de Portabilidade<br>Plano Coletivo Adesão/Empresarial<br>Movimentação Cadastral - Web |  |
| Contratante                    |                                 |   |  |
| Razão Social:                  |                                 | GENESIS PLENO   |  |
| CNPJ/MF:                       |                                 | 27.580.036/0001-48  |  |
| E-mail Titular:                |                                 | crchiqueto@hotmail.com  |  |
| Dados dos Beneficiários        |                                 |   |  |
| Tit                            | Nome Completo                   | CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO  |  |
|                                | CPF                             | 026.106.089-93  |  |
|                                | CNS                             | 706902140235032   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino | 486.197/20-3  |  |
| Dep 1                          | Nome Completo                   | ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO   |  |
|                                | CPF                             | 020.594.349-71  |  |
|                                | CNS                             | 700702960333770   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino | 486.197/20-3  |  |
| Dep 2                          | Nome Completo                   | LUIGI ENZO CHIQUETO   |  |
|                                | CPF                             | 081.220.199-00  |  |
|                                | CNS                             | 704009802655764   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino | 486.197/20-3  |  |
| Dep 3                          | Nome Completo                   | GIULIA ENZO CHIQUETO  |  |
|                                | CPF                             | 085.981.629-06  |  |
|                                | CNS                             | 700905921112891   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino | 486.197/20-3  |  |
| Dep 4                          | Nome Completo                   |   |  |
|                                | CPF                             |   |  |
|                                | CNS                             |   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino |   |  |
| Dep 5                          | Nome Completo                   |   |  |
|                                | CPF                             |   |  |
|                                | CNS                             |   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino |   |  |
| Dep 6                          | Nome Completo                   |   |  |
|                                | CPF                             |   |  |
|                                | CNS                             |   |  |
|                                | Nº Registro do Plano de Destino |   |  |

Declaro estar ciente de que:

1) A assinatura da presente proposta de admissão representa pedido formal de portabilidade de carências, conforme estipula a Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cuja efetivação depende da avaliação e aprovação da Unimed Curitiba quanto aos requisitos legais definidos naquela normativa no prazo máximo de 10 (dez) dias, conforme o disposto no artigo 17, parágrafo único da mesma regra.

2) Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 não tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa. Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba informará o aceite da proposta de admissão.

3) O início da vigência e direito às coberturas dar-se-á no dia em que eu for incluído no plano de saúde coletivo, de acordo com o cronograma de movimentação cadastral estipulado contratualmente entre a empresa contratante e a Unimed Curitiba.

A partir desta data, estou ciente de que é obrigação do beneficiário solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias. Caso deixe de solicitar o cancelamento, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências e CPT cabíveis no plano da Unimed Curitiba

Tenho plena ciência de que, na hipótese do(s) beneficiário(s) estar(em) sob internação hospitalar, a portabilidade de carências poderá ser exercida somente após a comprovação de sua alta, exceto nos casos de extinção da operadora de origem, morte do titular do contrato ou perda da condição de dependência, conforme a previsão dos artigos 8º, 12 e 13 da Resolução Normativa nº. 438/2018 da ANS, sob pena da sua invalidação por fraude e aplicação imediata dos prazos de carência previstos no Art. 12, inciso V, da Lei 9.656/98, além de ficar sob a minha responsabilidade o pagamento de todos os custos decorrentes

das coberturas assistenciais até então utilizadas. Estou ciente, também, que uma vez invalidada a portabilidade, o(s) beneficiário(s) aderente(s) se submeterá(ão) ao fluxo normal de contratação do plano de saúde, inclusive com relação ao dever de preenchimento da Declaração de Saúde a ser fornecida pela Unimed Curitiba.

Declaro, por fim, que preenchi esta proposta com atenção e que todas as informações prestadas em meu nome e de meus dependentes são verdadeiras e completas.

\_\_\_\_\_  
Data Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura Titular

ANS - nº 30470-1

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
|  |  | <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br>MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA<br>SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO |  |         |  |
| <b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN</b>  |  |  |  |  |  |
| 2º E NOME E SOBRENOME<br><b>CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO</b>                        |  |  |  | 1ª HABILITAÇÃO<br><b>03/03/1998</b>  |  |
| 3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO<br><b>22/12/1979, CURITIBA, PR</b>               |  |  |  |  |  |
| 4a DATA EMISSÃO<br><b>25/11/2022</b>  |  | 4b VALIDADE<br><b>25/11/2032</b>   |  | ACC<br> |  |
| 4c DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF<br><b>65077230 SESP PR</b>                   |  |  |  |  |  |
| 4d CPF<br><b>026.106.089-93</b>   |  | 5 Nº REGISTRO<br><b>02731906150</b>  |  | 6 CAT HAB<br><b>B</b>  |  |
| NACIONALIDADE<br><b>BRASILEIRO</b>  |  |  |  |  |  |
| FILIAÇÃO<br><b>RENATO CHIQUETO</b>  |  |  |  |  |  |
| OLINDA DE CASSIA CHIQUETO   |  |  |  |  |  |









*CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO*

7 ASSINATURA DO PORTADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL








2511959203

2511959203

|    | 9   | 10 | 11         | 12 |
|----|---|----|------------|----|
| A  |  |    |            |    |
| A1 |  |    |            |    |
| B  |  |    | 25/11/2032 |    |
| B1 |  |    |            |    |
| C  |  |    |            |    |
| C1 |  |    |            |    |

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL CURITIBA, PR

| 9   | 10  | 11 | 12 |
|-----|---|----|----|
| D   |  |    |    |
| D1  |  |    |    |
| BE  |  |    |    |
| CE  |  |    |    |
| C1E |  |    |    |
| DE  |  |    |    |
| D1E |  |    |    |

ASSINADO DIGITALMENTE

---

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

46905441884

PR922621566

# PARANÁ

QR-CODE



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

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

**SERPRO / SENATRAM**

2. **Nome** / **Nome Completo** / **Name and Surname** / **Nomtre y Apellidos** = **Primeira Inscrição** / **First Driver License** / **Primera Licencia de Conducir** = 3. **Data de Emissão** / **Issue Date** / **Emissão Data** / **Emission Date** = **DOB** / **DOB** / **DOB** / **DOB** = 4. **Validade** / **Valid** / **Valid** / **Valid** = 5. **Local de Emissão** / **Issuing Office** / **Local de Emissão** / **Issuing Office** = 6. **Data de Validade** / **Expiration Date** / **DOB** / **DOB** / **Validade** / **Valid** = 7. **CC** = 8. **Número de Identificação** / **Orgão emissor** / **Identity document** / **Issuing Authority** / **Documento de Identificação** / **Autoridade Expedidora** = 9. **CPF** = 10. **Número de registro do CNH** / **Driver License Number** / **Número de Permiso de Conducir** = 11. **Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação** / **Driver License Class** / **Categoría de Permisos de Conducir** = **Nacionalidade** / **Nationality** = **Nacionalidad** = 12. **Observações** / **Observations** / **Observaciones** = **Local** / **Place** / **Lugar**

I<BRA027319061<500<<<<<<<<<<  
7912229M3211256BRA<<<<<<<<<<8  
CRISTOVAO<<RODRIGO<CHIQUETO<<<

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

RG: 4.605.778-3

POLEGAR DIREITO



Angela Cristina Enzo Chiqueto

ASSINATURA DO TITULAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.605.778-3

DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/03/2019

NOME: ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

FILIAÇÃO: ORLANDO ENZO

MARIA LUIZA FERREIRA ENZO

NATURALIDADE: MARINGÁ/PR

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1976

DOC. ORIGEM: COMARCA=R.M. CURITIBA/PR, PINHAIS

C.CAS=9692, LIVRO=B44, FOLHA=67

CPF: 020.594.349-71

CURITIBA/PR

MARCUS VINICIUS DA COSTA NICHELOTTO  
ASSINATURA DO TITULAR

É PROIBIDO PLASTIFICAR

083-22-00711

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
**LUIGI ENZO CHIQUETO**

FILIAÇÃO  
CRISTOVÃO RODRIGO CHIQUETO  
ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

DATA NASCIMENTO 02/03/2005 NATURALIDADE CURITIBA/PR  
ORGÃO EXPEDIDOR IIPR

ASSINATURA DO TITULAR  
*Luigi Enzo Chiqueto*

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 081.220.199-00  
REGISTRO GERAL 13.295.162-4  
REGISTRO CIVIL  
COMARCA=CURITIBA/PR, 2 OFÍCIO  
C.NASC=21654, LIVRO=216A, FOLHA=37

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/06/2022

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO DIRETOR  
*Marcus Vinicius da Costa Michelotto*  
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO  
DIRETOR DO IIPR

NÃO PLASTIFIQUE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





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

RG: 13.295.131-4



POLEGAR DIREITO



*Giulia Enzo Chiqueto*

ASSINATURA DO TITULAR

LEI DE IDENTIDADE

Clicksign edf1d648-9215-497a-81ae-3fa76d70f83b

REGISTRO GERAL: 13.295.131-4

DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/03/2019

NOME: GIULIA ENZO CHIQUETO

FILIAÇÃO: CRISTOVÃO RODRIGO CHIQUETO

ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

NATURALIDADE: CURITIBA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 15/12/2008

DOC. ORIGEM: COMARCA=R.M. CURITIBA/PR, PINHAIS  
C.NASC=39358, LIVRO=160A, FOLHA=210

CPF: 085.981.629-06

CURITIBA/PR

*[Assinatura]*  
BANCOS VINCULADOS DA CUSTA BIOMÉTRICA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA  
FORO REGIONAL DE PINHAIS  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
R. Camilo Di Lellis, 434, sala nº 03  
Karen Lucia Cordeiro Andersen- Oficial Designada

LIVRO B-044

FOLHA 067

TERMO 009692

## CERTIDÃO DE CASAMENTO Nº 9692

CERTIFICO que, do livro, folhas e termo citados, de ASSENTO DE CASAMENTOS deste Ofício, consta que, perante o Juiz de Paz Sra. Iassy Therezinha Kaudy e as testemunhas constantes do termo, foi lavrado no dia 04 de setembro de 2004, sob o regime de **COMUNHÃO PARCIAL DE BENS**, o assento do casamento\*\*\*\*\*

de - CRISTOVÃO RODRIGO CHIQUETO -\*\*\*\*\*

que continuará a assinar - CRISTOVÃO RODRIGO CHIQUETO -\*\*\*\*\*

com - ANGELA CRISTINA ENZO -\*\*\*\*\*

que passou a assinar - ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO -\*\*\*\*\*

ELE, solteiro, professor, nascido em Curitiba-PR, no dia vinte e dois de dezembro de um mil, novecentos e setenta e nove (22/12/1979), residente e domiciliado à rua Fagundes Varella, 100, em Pinhais-PR, filho de RENATO CHIQUETO e de OLINDA DE CASSIA CHIQUETO, naturais do Paraná, ele mecânico, com 50 anos, ela professora, com 45 anos, residentes e domiciliados em Pinhais-Pr.\*\*\*\*\*

ELA, divorciada, professora, nascida em Maringá-PR, no dia cinco de outubro de um mil, novecentos e setenta e seis (05/10/1976), residente e domiciliada à rua Fagundes Varella, 100, em Pinhais-PR, filha de ORLANDO ENZO e de MARIA LUIZA FERREIRA ENZO, ele natural do Paraná, pedreiro, com 50 anos, ela natural de São Paulo, do lar, com 50 anos, e residentes em Pinhais-Pr.\*\*\*\*

Observação: Nada Consta.\*\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

O referido é verdade e dou fé.  
Pinhais, 04 de setembro de 2004.

*Rosier do Rocio Cordeiro*  
Escrevente

*Karen Lucia Cordeiro Andersen*  
Karen Lúcia Cordeiro Andersen  
Oficial Designada

Custas VRC:1.500,00 (R\$157,50)





Responsável pela Iluminação Pública: Município 4139125118

**Classificação:**  
B1 Residencial / Residencial

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

**DATAS DE  
LEITURAS**

**Leitura anterior**  
07/02/2025

**Leitura atual**  
10/03/2025

**Nº de dias**  
31

**Próxima Leitura**  
07/04/2025

**Nome:** CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO

Endereço: R Jose de Alencar, 419 - B - Vargem  
Grande  
CEP: 83321-230  
Cidade: Pinhais - Estado: PR  
CPF: \*\*\*.\*\*\*.89-93

**UNIDADE CONSUMIDORA**

**111718392**

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲



NOTA FISCAL No. 154847513 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 11/03/2025

Consulte Chave de Acesso em:

<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de Acesso

4125 0304 3688 9800 0106 6600 3154 8475 1310 8940 3100

Protocolo de Autorização: 1412500012166783 - 11/03/2025 às 03:21:43America/Sao\_Paulo

| REF: MÊS / ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|----------------|------------|---------------|
| 03/2025        | 10/04/2025 | R\$197,49     |

| Itens de fatura               | Unid. | Quant. | Preço unit (R\$)<br>com tributos | Valor (R\$) | PIS/<br>COFINS | ICMS  | Tarifa<br>unit. (R\$) | Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------------|----------------|-------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-------------|
| ENERGIA ELET CONSUMO          | kWh   | 218    | 0,379358                         | 82,70       | 3,73           | 15,71 | 0,290190              | ICMS    | 179,54                | 19%          | 34,11       |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA      | kWh   | 218    | 0,444220                         | 96,84       | 4,36           | 18,40 | 0,339820              | COFINS  | 145,41                | 4,5642%      | 6,64        |
| CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO | UN    |        | 17,950000                        | 17,95       |                |       |                       | PIS     | 145,41                | 0,9935%      | 1,45        |
| TOTAL                         |       |        |                                  | 197,49      | 8,09           | 34,11 |                       |         |                       |              |             |

| HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh |     |              |    |
|----------------------------|-----|--------------|----|
| CONSUMO FATURADO           |     | Nº DIAS FAT. |    |
| MAR25                      | 218 |              | 31 |
| FEV25                      | 248 |              | 31 |
| JAN25                      | 287 |              | 32 |
| DEZ24                      | 213 |              | 29 |
| NOV24                      | 208 |              | 30 |
| OUT24                      | 216 |              | 32 |
| SET24                      | 181 |              | 30 |
| AGO24                      | 169 |              | 30 |
| JUL24                      | 240 |              | 32 |
| JUN24                      | 236 |              | 30 |
| MAI24                      | 228 |              | 32 |
| ABR24                      | 189 |              | 29 |
| MAR24                      | 211 |              | 30 |

| Medidor    | Grandezas   | Postos<br>horários | Leitura<br>Anterior | Leitura<br>Atual | Const<br>Medidor | Consumo<br>kWh |
|------------|-------------|--------------------|---------------------|------------------|------------------|----------------|
| 0342630413 | CONSUMO kWh | TP                 | 21335               | 21553            | 1                | 218            |

**Reservado ao Fisco**

PERÍODO FISCAL: 11/03/2025

**0E63.58AC.C8D3.ECE9.C2B2.E6C1.585C.F705**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Grupo de Tensao / Modalidade Tarifaria: B - CONVENCIONAL

A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

Períodos Band.Tarif.: Verde:08/02-10/03

**111718392**

**03/2025**

**10/04/2025**

**R\$197,49**



Número da fatura: FAT-01-20258728940310-30

PIX

836300000012 974901110003 001010202586 728940310309

NÃO RECEBER - FATURA ARRECADADA

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE  
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo:20250401.2.088354

Data da emissão:01/04/2025 09:57

Motivo para portabilidade:Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo:CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO

Data de nascimento:22/12/1979

CPF:026.106.089-93

Email:crchiqueto@hotmail.com

Tel. Celular:-

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora:GNDI SUL

Registro ANS:340782

Nome do plano:HOSPITALAR GENIAL 50 PF

Registro do plano:474558152

Tipo de contratação:Individual/Familiar

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:-

Abrangência geográfica:Grupo de municípios

Valor pago pelo plano atual:R\$ 428,93

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora:UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS:304701

Nome do plano:UNIMED PLENO - AMB HOSP OBST ENF ADESÃO

Registro do plano:486197203

Local de contratação:Curitiba/PR

Tipo de contratação:Coletivo por Adesão

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:Assistência / internação domiciliar, Emergência fora da abrangência geográfica contratada, Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável

Abrangência geográfica:Grupo de Municípios

Área geográfica de atuação:

Almirante Tamandaré/PR

Araucária/PR

Campina Grande do Sul/PR

Campo Largo/PR

Campo Magro/PR

Colombo/PR

Curitiba/PR

Fazenda Rio Grande/PR

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.



RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Pinhais/PR

Piraquara/PR

Quatro Barras/PR

São José dos Pinhais/PR

Faixa etária: Entre 44 e 48 anos

Preço informado: R\$462,54

Preço máximo da faixa etária: R\$601,30

\*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

\*\*Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

\*\*\*Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil;
- II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”.**
- O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;
- III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo;**
- V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.**
- VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”;**
- VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem.**

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.

## RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso;

### **Prazo do(a) beneficiário(a):**

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

**O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.**

### **Prazo da Operadora:**

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

### **Central de Atendimento:**

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

*As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.*

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE  
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo:20250401.2.088373

Data da emissão:01/04/2025 10:02

Motivo para portabilidade:Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo:ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

Data de nascimento:05/10/1976

CPF:020.594.349-71

Email:crchiqueto@hotmail.com

Tel. Celular:-

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora:GNDI SUL

Registro ANS:340782

Nome do plano:HOSPITALAR GENIAL 50 PF

Registro do plano:474558152

Tipo de contratação:Individual/Familiar

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:-

Abrangência geográfica:Grupo de municípios

Valor pago pelo plano atual:R\$ 309,29

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora:UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS:304701

Nome do plano:UNIMED PLENO - AMB HOSP OBST ENF ADESÃO

Registro do plano:486197203

Local de contratação:Curitiba/PR

Tipo de contratação:Coletivo por Adesão

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:Assistência / internação domiciliar, Emergência fora da abrangência geográfica contratada, Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável

Abrangência geográfica:Grupo de Municípios

Área geográfica de atuação:

Almirante Tamandaré/PR

Araucária/PR

Campina Grande do Sul/PR

Campo Largo/PR

Campo Magro/PR

Colombo/PR

Curitiba/PR

Fazenda Rio Grande/PR

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.



RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Pinhais/PR

Piraquara/PR

Quatro Barras/PR

São José dos Pinhais/PR

Faixa etária: Entre 44 e 48 anos

Preço informado: R\$462,54

Preço máximo da faixa etária: R\$601,30

\*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

\*\*Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

\*\*\*Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil;
- II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”.**
- O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;
- III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo;**
- V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.**
- VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”;**
- VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem.**

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.

**RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso;

**Prazo do(a) beneficiário(a):**

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

**O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.**

**Prazo da Operadora:**

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

**Central de Atendimento:**

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

*As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.*

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE  
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo:20250401.2.088387

Data da emissão:01/04/2025 10:06

Motivo para portabilidade:Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo:LUIGI ENZO CHIQUETO

Data de nascimento:02/03/2005

CPF:081.220.199-00

Email:crchiqueto@hotmail.com

Tel. Celular:-

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora:GNDI SUL

Registro ANS:340782

Nome do plano:HOSPITALAR GENIAL 50 PF

Registro do plano:474558152

Tipo de contratação:Individual/Familiar

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:-

Abrangência geográfica:Grupo de municípios

Valor pago pelo plano atual:R\$ 150,76

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora:UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS:304701

Nome do plano:UNIMED PLENO - AMB HOSP OBST ENF ADESAO

Registro do plano:486197203

Local de contratação:Curitiba/PR

Tipo de contratação:Coletivo por Adesão

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:Assistência / internação domiciliar, Emergência fora da abrangência geográfica contratada, Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável

Abrangência geográfica:Grupo de Municípios

- Área geográfica de atuação:
- Almirante Tamandaré/PR

Araucária/PR

Campina Grande do Sul/PR

Campo Largo/PR

Campo Magro/PR

Colombo/PR

Curitiba/PR

Fazenda Rio Grande/PR

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.



RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Pinhais/PR

Piraquara/PR

Quatro Barras/PR

São José dos Pinhais/PR

Faixa etária: Entre 19 e 23 anos

Preço informado: R\$201,79

Preço máximo da faixa etária: R\$262,33

\*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.

\*\*Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.

\*\*\*Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil;
- II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”.**
- O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;
- III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo;**
- V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.**
- VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”;**
- VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem.**

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.

## RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso;

### Prazo do(a) beneficiário(a):

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

**O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.**

### Prazo da Operadora:

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

### Central de Atendimento:

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE  
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo:20250401.2.088397

Data da emissão:01/04/2025 10:11

Motivo para portabilidade:Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo:GIULIA ENZO CHIQUETO

Data de nascimento:15/12/2008

CPF:085.981.629-06

Email:crchiqueto@hotmail.com

Tel. Celular:-

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora:GNDI SUL

Registro ANS:340782

Nome do plano:HOSPITALAR GENIAL 50 PF

Registro do plano:474558152

Tipo de contratação:Individual/Familiar

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:-

Abrangência geográfica:Grupo de municípios

Valor pago pelo plano atual:R\$ 123,99

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora:UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS:304701

Nome do plano:UNIMED PLENO - AMB HOSP OBST ENF ADESÃO

Registro do plano:486197203

Local de contratação:Curitiba/PR

Tipo de contratação:Coletivo por Adesão

Cobertura:Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação:Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia:Coparticipação

Cobertura adicional:Assistência / internação domiciliar, Emergência fora da abrangência geográfica contratada, Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável

Abrangência geográfica:Grupo de Municípios

Área geográfica de atuação:

Almirante Tamandaré/PR

Araucária/PR

Campina Grande do Sul/PR

Campo Largo/PR

Campo Magro/PR

Colombo/PR

Curitiba/PR

Fazenda Rio Grande/PR

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.



RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Pinhais/PR

Piraquara/PR

Quatro Barras/PR

São José dos Pinhais/PR

Faixa etária:Entre 0 e 18 anos

Preço informado:R\$175,65

Preço máximo da faixa etária:R\$228,35

\*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.  
\*\*Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.  
\*\*\*Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

Instruções para a Portabilidade de Carências:

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil;
- II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”.**
- O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;
- III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo;**
- V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.**
- VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”;**
- VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem.**

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.

### RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso;

#### Prazo do(a) beneficiário(a):

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

**O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.**

#### Prazo da Operadora:

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

#### Central de Atendimento:

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.

## DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA PARA FINS DE PORTABILIDADE

CLINIPAM CLIN. PARAN. DE ASSIST. LTDA, Operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ sob o Nº 76.882.612/0001-17, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com o nº 34.078-2, com sede na Rua XV de novembro, 575, 4º e 5º andar - Centro, Curitiba - PR CEP: 80020-310, DECLARA, para fins de Portabilidade de Carências, que o(a) Sr.(a), CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO é beneficiário(a) de plano de saúde contratado junto a esta operadora, nas condições abaixo discriminadas:

### BENEFICIÁRIO

Nome: CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO CPF: 2610608993 Nascimento: 22/12/1979  
Matricula: 3010Q018066 Data de Adesão: 13/03/2017 Situação: ATIVO

### PRODUTO/PLANO

Tipo de Contratação: CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR  
Número do Cartão Nacional de Saúde(CNS): 706902140235032  
Número de Registro do Plano na ANS: 474558152 - CNP1  
Nome Comercial do Plano: HOSPITAL ARGENTIAL 50 PF  
Segmentação Assistencial do Plano: AMBULATORIAL + HOSPITALAR  
Padrão de Acomodação: ENFERMARIA  
Área de Abrangência Geográfica: GRUPO DEMUNICÍPIOS  
Ingressou no Plano via Portabilidade: NÃO  
Situação atual do beneficiário: NÃO INTERNADO  
Cobertura Parcial Temporária - CPT: NAO HA  
Contrato Regulamentado pela Lei 9.656/98: REGULAMENTADO

### SITUAÇÃO FINANCEIRA

Tipo de Pagamento: PREPAGAMENTO

Situação: ADIMPLENTE

| Dados da Última Mensalidade: | Data Vencimento | Valor Mensalidade | Situação  |
|------------------------------|-----------------|-------------------|-----------|
|                              | 15/04/2025      | 428.93            | EM ABERTO |

### CONTATO

Código do Registro da Operadora na ANS: 34.078-2  
Contato com a Operadora SAC-Serviço de Atendimento ao Consumidor: 4090-2770  
Contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Disque ANS(0800701.9656- Site: www.ans.gov.br)

CURITIBA, 28 de Março de 2025.



Regina Cláudia Sant'Ana  
Diretora Cadastro  
e Faturamento



**DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA PARA FINS DE PORTABILIDADE**

CLINIPAM CLIN. PARAN. DE ASSIST. LTDA, Operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ sob o Nº 76.882.612/0001-17, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com o nº 34.078-2, com sede na Rua XV de novembro, 575, 4º e 5º andar - Centro, Curitiba - PR CEP: 80020-310, DECLARA, para fins de Portabilidade de Carências, que o(a) Sr.(a), ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO é beneficiário(a) de plano de saúde contratado junto a esta operadora, nas condições abaixo discriminadas:

**BENEFICIÁRIO**

Nome: ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO CPF: 2059434971 Nascimento: 05/10/1976  
Matricula: 3010Q018066 Data de Adesão: 13/03/2017 Situação: ATIVO

**PRODUTO/PLANO**

Tipo de Contratação: CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR  
Número do Cartão Nacional de Saúde(CNS): 700702960333770  
Número de Registro do Plano na ANS: 474558152 - CNP1  
Nome Comercial do Plano: HOSPITAL ARGENTIAL 50 PF  
Segmentação Assistencial do Plano: AMBULATORIAL + HOSPITALAR  
Padrão de Acomodação: ENFERMARIA  
Área de Abrangência Geográfica: GRUPO DEMUNICÍPIOS  
Ingressou no Plano via Portabilidade: NÃO  
Situação atual do beneficiário: NÃO INTERNADO  
Cobertura Parcial Temporária - CPT: NAO HA  
Contrato Regulamentado pela Lei 9.656/98: REGULAMENTADO

**SITUAÇÃO FINANCEIRA**

Tipo de Pagamento: PREPAGAMENTO

Situação: ADIMPLENTE

| Dados da Última Mensalidade: | Data Vencimento | Valor Mensalidade | Situação  |
|------------------------------|-----------------|-------------------|-----------|
|                              | 15/04/2025      | 309.29            | EM ABERTO |

**CONTATO**

Código do Registro da Operadora na ANS: 34.078-2  
Contato com a Operadora SAC-Serviço de Atendimento ao Consumidor: 4090-2770  
Contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Disque ANS(0800701.9656- Site: www.ans.gov.br)

CURITIBA, 28 de Março de 2025.



Regina Cláudia Sant'Ana  
Diretora Cadastro  
e Faturamento

**DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA PARA FINS DE PORTABILIDADE**

CLINIPAM CLIN. PARAN. DE ASSIST. LTDA, Operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ sob o Nº 76.882.612/0001-17, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com o nº 34.078-2, com sede na Rua XV de novembro, 575, 4º e 5º andar - Centro, Curitiba - PR CEP: 80020-310, DECLARA, para fins de Portabilidade de Carências, que o(a) Sr.(a), LUIGI ENZO CHIQUETO é beneficiário(a) de plano de saúde contratado junto a esta operadora, nas condições abaixo discriminadas:

**BENEFICIÁRIO**

Nome: LUIGI ENZO CHIQUETO CPF: 8122019900 Nascimento: 02/03/2005  
Matricula: 3010Q018066 Data de Adesão: 13/03/2017 Situação: ATIVO

**PRODUTO/PLANO**

Tipo de Contratação: CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR  
Número do Cartão Nacional de Saúde(CNS): 704009802655764  
Número de Registro do Plano na ANS: 474558152 - CNP1  
Nome Comercial do Plano: HOSPITAL ARGENTIAL 50 PF  
Segmentação Assistencial do Plano: AMBULATORIAL + HOSPITALAR  
Padrão de Acomodação: ENFERMARIA  
Área de Abrangência Geográfica: GRUPO DEMUNICÍPIOS  
Ingressou no Plano via Portabilidade: NÃO  
Situação atual do beneficiário: NÃO INTERNADO  
Cobertura Parcial Temporária - CPT: NAO HA  
Contrato Regulamentado pela Lei 9.656/98: REGULAMENTADO

**SITUAÇÃO FINANCEIRA**

Tipo de Pagamento: PREPAGAMENTO

Situação: ADIMPLENTE

| Dados da Última Mensalidade: | Data Vencimento | Valor Mensalidade | Situação  |
|------------------------------|-----------------|-------------------|-----------|
|                              | 15/04/2025      | 150.76            | EM ABERTO |

**CONTATO**

Código do Registro da Operadora na ANS: 34.078-2  
Contato com a Operadora SAC-Serviço de Atendimento ao Consumidor: 4090-2770  
Contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Disque ANS(0800701.9656- Site: www.ans.gov.br)

CURITIBA, 28 de Março de 2025.



Regina Cláudia Sant'Ana  
Diretora Cadastro  
e Faturamento

**DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA PARA FINS DE PORTABILIDADE**

CLINIPAM CLIN. PARAN. DE ASSIST. LTDA, Operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ sob o Nº 76.882.612/0001-17, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com o nº 34.078-2, com sede na Rua XV de novembro, 575, 4º e 5º andar - Centro, Curitiba - PR CEP: 80020-310, DECLARA, para fins de Portabilidade de Carências, que o(a) Sr.(a), GIULIA ENZO CHIQUETO é beneficiário(a) de plano de saúde contratado junto a esta operadora, nas condições abaixo discriminadas:

**BENEFICIÁRIO**

Nome: GIULIA ENZO CHIQUETO CPF: 8598162906 Nascimento: 15/12/2008  
Matricula: 3010Q018066 Data de Adesão: 13/03/2017 Situação: ATIVO

**PRODUTO/PLANO**

Tipo de Contratação: CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR  
Número do Cartão Nacional de Saúde(CNS): 700905921112891  
Número de Registro do Plano na ANS: 474558152 - CNP1  
Nome Comercial do Plano: HOSPITAL ARGENTIAL 50 PF  
Segmentação Assistencial do Plano: AMBULATORIAL + HOSPITALAR  
Padrão de Acomodação: ENFERMARIA  
Área de Abrangência Geográfica: GRUPO DEMUNICÍPIOS  
Ingressou no Plano via Portabilidade: NÃO  
Situação atual do beneficiário: NÃO INTERNADO  
Cobertura Parcial Temporária - CPT: NAO HA  
Contrato Regulamentado pela Lei 9.656/98: REGULAMENTADO

**SITUAÇÃO FINANCEIRA**

Tipo de Pagamento: PREPAGAMENTO

Situação: ADIMPLENTE

Dados da Última Mensalidade:

| Data Vencimento | Valor Mensalidade | Situação  |
|-----------------|-------------------|-----------|
| 15/04/2025      | 123.99            | EM ABERTO |

**CONTATO**

Código do Registro da Operadora na ANS: 34.078-2  
Contato com a Operadora SAC-Serviço de Atendimento ao Consumidor: 4090-2770  
Contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: Disque ANS(0800701.9656- Site: www.ans.gov.br)

CURITIBA, 28 de Março de 2025.



Regina Cláudia Sant'Ana  
Diretora Cadastro  
e Faturamento

---

## DECLARAÇÃO DE VINCULO

Declaramos a UNIMED que CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO CPF: 026106089-93 é vinculado ao Grupo Gênesis Brasil através da Associação Brasileira de Professores de Nível Superior na forma de associado, conforme os termos do seu Estatuto Social, realizando serviços inerente a sua área de atuação.

Associação Brasileira de Professores de Nível Superior, CNPJ 27.580.036/0001-48, Curitiba PR.  
Associação civil sem fins lucrativos.

CURITIBA, 31 de março de 2025



HAMILTON AMORIM ROSA  
Presidente





# HISTÓRICO ESCOLAR

**ENSINO DE 2º GRAU**  
**REGULAR**

**COLÉGIO A. A. DE A. JULIO II**  
 Av. Prof. Ezequiel de Almeida, 100 - J. G. e Supl.  
 Rua do Pinheiro, 140 - J. G. e Supl. - Tel. 266-7911  
 Pinhalis - Paraná - Cx. 6332-140

## CARIMBO DO ESTABELECIMENTO

|  |   |                                   |                                    |
|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| BELECEMENTO  |   |                                   |                                    |
| Instituto João Paulo II Ensino Pré-Escolar e do 1º e 2º Grau Regular e Supletivo |   |                                   |                                    |
| Código   | Pública   | N.P.L.E.                          | Área Metropolitana - Norte         |
| IDADE MANUTENÇÃO   |   |                                   |                                    |
| Sociedade Educativa Isipativa e Cultural Papa João Paulo II                      |   |                                   |                                    |
| CONABILITAÇÃO  |   |                                   |                                    |
| MAGISTÉRIO   |   |                                   |                                    |
| DA CARGA ORÇARIA   | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO | RECONHECIMENTO DO ESTABELECIMENTO | RECONHECIMENTO DO CURSOSABILITAÇÃO |
| 572  | 947/82 03-03-82 D.O. 17-03-82                   | 4.281/85 05-05-85                 | 207/89 10-01-89 D.O. 26-01-89      |
| Régio.   | ATO (nº e data)                                 | Régio.                            | ATO (nº e data)                    |

|               |                            |                    |                            |             |
|---------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|-------------|
| ALUNO         | Cristovão Rodrigo Chiqueto |                    | R.G.                       | 6.907.723-0 |
| SEXO          | M                          | DATA DE NASCIMENTO | 23-12-79                   | MUNICÍPIO   |
| NACIONALIDADE |                            | Caritiba           |                            |             |
| BRASILEIRO    |                            | PAI                | Renato Chiqueto            |             |
|               |                            | MÃE                | Cláudia de Cassia Chiqueto |             |

| CURRÍCULO<br>PLENO  | NÚCLEO COMUM   |        |           |          |            |          |        |         |          |                         | PARTE DIVERSIFICADA |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
|---|--|--------|-----------|----------|------------|----------|--------|---------|----------|-------------------------|---------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|----------------------------|----------|----------------|---------------|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|--------------------|-------------|------------------------|-----------|-----------------|--------------------|--------------------|-------|-----|-----|--|--|
|   | LÍNGUA PORTUGUESA E LITERATURA                           | Língua | EST. SOC. |          | MATEMÁTICA | CIÊNCIAS |        | ART. 7º |          |                         | ENSINO RELIGIOSO    | FI.L.Educ. | Sec.Educ. | Hist.Educ. | Pste.Educ. | Biol.Educ. | Estrat.Func.do Ens.1º Grau | Medicina | M.E.Port.-Lit. | M.E.Portugues | M.E.Matemática | M.E.História | M.E.Geografia | M.E.Ciências | M.E.Educ.Fís. | M.E.da Arte | Instr.Met.Ciências | Mt.infantil | Estágio Supervisionado | RESULTADO |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
|   |  |        | GEOGRAFIA | HISTÓRIA |            | O.S.P.B. | FÍSICA | QUÍMICA | BIOLOGIA | EDUCAÇÃO MORAL E CÍVICA |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           | EDUCAÇÃO FÍSICA | EDUCAÇÃO ARTÍSTICA | PROGRAMAS DE SAÚDE |       |     |     |  |  |
| Col de Instrução Técnica para o Trabalho - Curso de Formação de Professores para o Ensino Fundamental | 304  | 76     | 114       | 152      | -          | 304      | 114    | 76      | 114      | -                       | 228                 | 38         | -         | -          | 114        | 114        | 114                        | 114      | 76             | 76            | 152            | 76           | 152           | 76           | 152           | 76          | 76                 | 76          | 38                     | 76        | 456             | -                  | -                  | 3.572 |     |     |  |  |
| NOTAS OU MENÇÕES  | 65   | -      | 63        | -        | 70         | -        | 60     | 63      | -        | 83                      | -                   | -          | -         | -          | -          | 82         | -                          | 87       | -              | -             | -              | -            | -             | -            | -             | -           | -                  | -           | -                      | 86        | -               | 95                 | -                  | -     | AP  |     |  |  |
| CARGA HORÁRIA   | 76   | -      | 114       | -        | 76         | -        | 76     | 76      | -        | 76                      | -                   | 76         | -         | 114        | -          | 114        | -                          | 114      | -              | -             | -              | -            | -             | -            | -             | -           | -                  | -           | -                      | 38        | -               | 76                 | -                  | -     | 896 |     |  |  |
| ANO 19 94   | ESTABELECIMENTO Col. João Paulo II EPE e de 1º/2º G.R.S. |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
|   | MUNICÍPIO Pindamonhangaba ESTADO Pr.                     |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
| NOTAS OU MENÇÕES  | 67   | -      | -         | 60       | -          | 77       | 85     | -       | 80       | -                       | 8                   | -          | 2         | -          | -          | -          | 87                         | -        | 70             | -             | 86             | -            | -             | -            | -             | -           | -                  | -           | -                      | -         | -               | -                  | 92                 | -     | -   | AP  |  |  |
| CARGA HORÁRIA   | 76   | -      | -         | 114      | -          | 76       | 114    | -       | 38       | -                       | 76                  | -          | 76        | -          | -          | -          | 114                        | -        | 76             | -             | 76             | -            | 76            | -            | -             | -           | -                  | -           | -                      | -         | -               | -                  | 76                 | -     | -   | 896 |  |  |
| ANO 19 95   | ESTABELECIMENTO Col. João Paulo II EPE e de 1º/2º G.R.S. |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
|   | MUNICÍPIO Pindamonhangaba ESTADO Pr.                     |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
| NOTAS OU MENÇÕES  | 70   | -      | -         | 82       | -          | 83       | -      | -       | -        | -                       | 86                  | -          | -         | -          | -          | -          | -                          | -        | -              | -             | 100            | 96           | 96            | 81           | 81            | -           | -                  | -           | 81                     | -         | -               | 86                 | -                  | -     | AP  |     |  |  |
| CARGA HORÁRIA   | 76   | -      | -         | 38       | -          | 76       | -      | -       | -        | -                       | 114                 | -          | -         | -          | -          | -          | -                          | -        | -              | 76            | 76             | 76           | 76            | 76           | -             | -           | -                  | -           | -                      | 38        | -               | -                  | 114                | -     | -   | 990 |  |  |
| ANO 19 96   | ESTABELECIMENTO Col. João Paulo II EPE e de 1º/2º G.R.S. |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
|   | MUNICÍPIO Pindamonhangaba ESTADO Pr.                     |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
| NOTAS OU MENÇÕES  | 75   | 86     | -         | -        | -          | 80       | -      | -       | -        | -                       | -                   | -          | -         | -          | -          | -          | -                          | -        | -              | -             | -              | -            | -             | -            | -             | -           | -                  | -           | -                      | -         | -               | 91                 | 91                 | -     | -   | AP  |  |  |
| CARGA HORÁRIA   | 76   | 76     | -         | -        | -          | 76       | -      | -       | -        | -                       | -                   | -          | -         | -          | -          | -          | -                          | -        | -              | -             | -              | -            | -             | -            | -             | -           | -                  | -           | -                      | -         | -               | 76                 | 190                | -     | -   | 990 |  |  |
| ANO 19 97   | ESTABELECIMENTO Col. João Paulo II EPE e de 1º/2º G.R.S. |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |
|   | MUNICÍPIO Pindamonhangaba ESTADO Pr.                     |        |           |          |            |          |        |         |          |                         |                     |            |           |            |            |            |                            |          |                |               |                |              |               |              |               |             |                    |             |                        |           |                 |                    |                    |       |     |     |  |  |

Plata-Pr., 29 de Janeiro de 1998

PCKE

SECRETÁRIO (nome e assinatura) **PAULO CEZAR RIOS**  
ATO DES. 01/92 - ART. 17, VIII  
ATOANO DESIGNAÇÃO

**DIRETOR (nome e assinatura)**  
**ATO/ANO DESIGNAÇÃO**

JOSE PYCOLIN

LOCAL E DATA

PC 1122 930-1

**RG 250-16-1** **DECLARACAO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA**

- LEGENDA:
- \*1 - Resultado contido em História
  - \*2 - Resultado contido em Biologia
  - \*3 - Preparação para o Trabalho inserida no contexto curricular como um todo.

OBSERVAÇÕES:

A partir de 1989, inclusive, na conformidade da Deliberação nº 012/89-CEE:

- A) a aprovação do A.N. 2º obedece aos dispositivos regimentais do estabelecimento;
- B) os componentes curriculares, que não foram objeto de reprovação, não terão registro de notas ou menções na documentação escolar.


OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

SÍNTESE DE AVALIAÇÃO - REGULAR

| Frequência | 1º | 2º |
|------------|----|----|
| 75% à 100% |    |    |
| 50% à 74%  |    |    |
| 75% à 100% |    |    |
| 0% à 74%   |    |    |
| Qualquer   |    |    |
| -- 50%     |    |    |

EDUCAÇÃO FÍSICA

O aluno foi aprovado em Educação Física de  
EDUCAÇÃO FÍSICA com nota 7,692  
Artigo 1.º, inciso II, da Lei 7.692  
de 20/12/88.

  
PAULO CEZAR KLOS  
Ato Des. 01/82 - AEECT/PT  
RG 1.122.930-1

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO ENSINO DE 2º GRAU

CERTIFICAMOS QUE Cristovão Rodrigo Chiqueto

R.G. Nº 6.501.725-0 DE NACIONALIDADE brasileira

NASCIDO EM 22 DE Setembro DE 19 EM Curitiba

ESTADO Paraná CONCLUIU, NESTE ESTABELECIMENTO, O ENSINO DE 2º GRAU, NOS

TERMOS DA LEI 5.692/71 em suas modificações introduzidas pela Lei nº 7.044/82

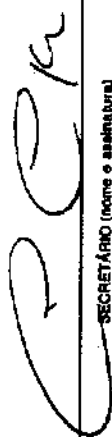
E NORMAS

COMPLEMENTARES DO SISTEMA ESTADUAL DE ENSINO.

Finalizada em

29 DE Janeiro

DE 19 98



SECRETÁRIO (nome e assinatura)

ATO/ANO DESIGNAÇÃO

PAULO CEZAR KLOS

Ato Des. 01/92 - AEECT/PT

DIRETOR (nome e assinatura)

ATO/ANO DESIGNAÇÃO

JOSE PICOLIN

Ato Des. 01/81 - AEECT/PT

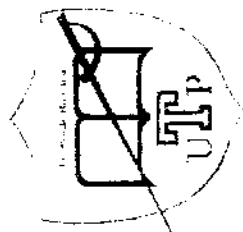
RG 212.163-15

RG 1.122.930-1

ÓRGÃO / SEED / IEE / NRE



# Universidade Tuiuti do Paraná




O Reitor da Universidade Tuiuti do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Matemática em dezembro de 2001, confere o título de Licenciado em Matemática a

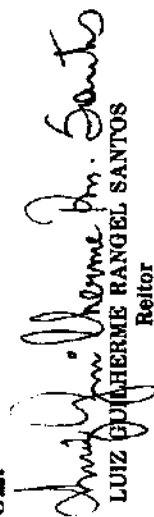
## Cristovão Rodrigo Chiqueto,

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido a 22 de dezembro de 1979, RG 6.507.723-0/PR, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 01 de outubro de 2002.

  
CARMEN LUIZA DA SILVA  
Pró-Reitora

  
Cristovão Rodrigo Chiqueto  
Diplomado

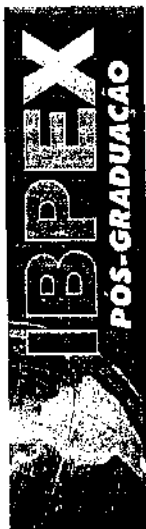
  
LUIZ GUILHERME RANGEL SANTOS  
Reitor







**FACULDADE INTERNACIONAL DE CURITIBA**  
Credenciada pelo MEC - Port. 578 - 05/05/00



**IBPEx**  
Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão

## PÓS-GRADUAÇÃO

*Lato Sensu*

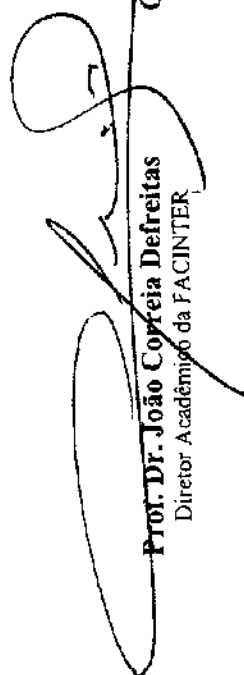
### ESPECIALIZAÇÃO EM METODOLOGIA DO ENSINO DE MATEMÁTICA

*O Diretor Acadêmico da Faculdade Internacional de Curitiba certifica que:*

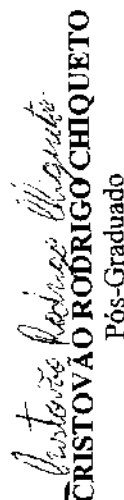
#### CRISTOVÃO RODRIGO CHIQUETO

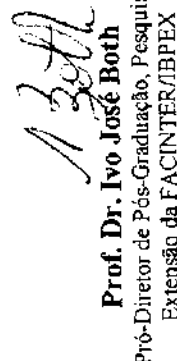
concluiu o curso de *Pós-Graduação em nível de Especialização na área da EDUCAÇÃO, com concentração em METODOLOGIA DO ENSINO DE MATEMÁTICA*, de acordo com a Resolução n.º 01/2001 do Conselho Nacional de Educação (CNE), realizado em convênio com o Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão, no período de 22 de fevereiro de 2003 a 29 de novembro de 2003, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

*Registrado sob o n.º 03/6303, norma n.º 20030028, da folha n.º 48 do livro de registros n.º 03 de Certificados de Especialização da Faculdade Internacional de Curitiba.*

  
**Prof. Dr. João Correia Defreitas**  
Diretor Acadêmico da FACINTER

Curitiba, 12 de janeiro de 2004.

  
**CRISTOVÃO RODRIGO CHIQUETO**  
Pós-Graduado

  
**Prof. Dr. Ivo José Both**  
Pró-Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e  
Extensão da FACINTER/IBPEx

Este curso atende as exigências da Resolução n.º 01/2001 da Câmara de Educação Superior (CES) do **Conselho Nacional de Educação (CNE)**, publicada no D.O.U. em 09 de abril de 2001, seção 1, p.12.

O IBPEX está consolidado no contexto do credenciamento da Faculdade Internacional de Curitiba – FACINTER: Portaria do MEC 578/2000.

- Carga horária mínima: 360 (trezentos e sessenta horas);
- Composição docente: Especialistas e, necessariamente, por, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) de Mestres e/ou Doutores;
- Especialização ministrada por Instituição de Ensino Superior;
- Aulas com assistência docente em regime presencial;
- Frequência mínima para aprovação: 75% (setenta e cinco por cento);
- Aproveitamento mínimo para aprovação: 7,0 (conceito C);
- Sistema formal de avaliação: provas dissertativas, seminários e trabalhos individuais e em equipe;
- Apresentação obrigatória de monografia ou do trabalho de conclusão de curso, com conceito mínimo para aprovação igual a 7,0 (conceito C);
- Histórico escolar em anexo.

Curitiba, 12 de janeiro de 2004.

## PROPOSTA DE ADEÇÃO AO CONTRATO COLETIVO UNIMED CURITIBA

**IDENTIFICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO/SINDICATO CONTRATANTE:** GENESIS – ASSOCIAÇÃO BRAS. DE PROFESSORES DE NÍVEL SUPERIOR E ASSOCIAÇÃO DE PROFISSIONAIS LIBERAIS DO BRASIL, pessoa jurídica, com sede na RUA PADRE ANCHIETA, inscrito no CNPJ sob o n.º 27.580.036/0001-48 a seguir abreviadamente denominado **CONTRATANTE**.

**IDENTIFICAÇÃO DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:** CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 04.566.215/0001-25 e Registro na ANS sob o n.º 41.778-5, com sede na Rua Desembargador Westphalen, n.º 2.151, Bairro Rebouças, Município de Curitiba, Estado do Paraná, CEP: 80.220-030, Telefone: (041) 3512-5910 e endereço eletrônico: [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br), doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA DE VENDAS:** KRD CORRETORA DE SEGUROS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 04.566.229/0001-49, com sede na Rua Desembargador Westphalen, n.º 2.151, Bairro Rebouças, Município de Curitiba, Estado do Paraná, CEP: 80.220-030, doravante denominada **CORRETORA**.

**IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE:** UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, inscrita no CNPJ sob o n.º 75.055.772/0001-20 – com sede na Avenida Afonso Pena, n.º 297 – Bairro Tarumã, Município de Curitiba, Estado do Paraná, registro na ANS sob o n.º 30.470-1, doravante denominada **OPERADORA**.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, GENESIS – ASSOCIAÇÃO BRAS. DE PROFESSORES DE NÍVEL SUPERIOR E ASSOCIAÇÃO DE PROFISSIONAIS LIBERAIS DO BRASIL, pessoa jurídica, com sede na RUA PADRE ANCHIETA, inscrito no CNPJ sob o n.º 27.580.036/0001-48 a seguir abreviadamente denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado, o seu associado,

**Sr(a).: CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO , portador(a) do CPF Nº: 02610608993, domiciliado na cidade de PINHAIS - PR, onde reside na RUA JOSÉ DE ALENCAR Nº 419, Complemento: B, Bairro: VARGEM GRANDE, Cep: 83321230, Telefones: , Telefone 2: 41991422670, e-mail [crchiqueto@hotmail.com](mailto:crchiqueto@hotmail.com) e e-mail2: , doravante designado apenas por ASSOCIADO da GENESIS - PLENO, têm entre si justo e contratado o quanto segue:**

**CLÁUSULA 1ª.** A ADMINISTRADORA celebrou contrato com a UNIMED CURITIBA, com sede na Avenida Afonso Pena, n.º 297 – Bairro Tarumã, Município de Curitiba, Estado do Paraná, Inscrição Estadual Isento, inscrita no CNPJ sob o n.º 75.055.772/0001-20, para a intermediação de prestação de serviços de assistência médica e hospitalar para associados e seus respectivos dependente(s), da CONTRATANTE, com a qual a ADMINISTRADORA também firmou Acordo operacional para prestação de serviços de cobrança, administração e gestão do plano.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O referido convênio prevê a cobertura, por adesão voluntária a uma das opções do plano de saúde de assistência médica e hospitalar, conforme discriminado nas características do plano ANEXO I e nos termos deste contrato, a seguir designado CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, ficando a CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, na condição de Administradora, incumbida da intermediação entre a UNIMED CURITIBA e o ASSOCIADO, através dos instrumentos contratuais acima referidos, cujo teor o ASSOCIADO tem acesso pelo Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde/Odontológico (MPS), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de planos de saúde e do GLC (Guia de Leitura Contratual) ANEXO II, o qual facilita a compreensão do conteúdo do Contrato de Plano de Saúde/Odontológico, esclarecendo seus tópicos relevantes – ambos disponibilizados ao ASSOCIADO por ocasião da celebração da Declaração Unificada.

**CLÁUSULA 2ª.** O ASSOCIADO, pelo presente instrumento adere ao CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, mencionado na Cláusula 1, supra, solicitando sua inclusão e do(s) dependente(s) indicado(s) na ficha de movimentação, cabendo à ADMINISTRADORA proceder à sua inclusão/alteração/exclusão, sendo que estas deverão ser solicitadas pelo ASSOCIADO, sempre por escrito.

**PARÁGRAFO 1º.** São ASSOCIADOS DEPENDENTES diretos em relação ao beneficiário Titular desde que comprovada a dependência exclusivamente:

- a) O cônjuge;
- b) O(s) filho(s) solteiro(s), enteado(s), o(s) menor(es) sob a guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s), que fica(m) equiparado(s) ao(s) filho(s); (idade limite informada nas características do plano ANEXO I);

- c) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- d) O(s) filho(s) comprovadamente inválido(s), sem limite de idade.
- e) O(s) neto(s) e o(s) sobrinho(s) solteiro(s) e consanguíneo(s) do Beneficiário Titular\*.
- f) Irmão(s) do Beneficiário Titular até o limite de idade de 42, 11 meses e 29 dias\*.

\*Se previsto no ANEXO I.

**PARÁGRAFO 2º** Beneficiários a serem inclusos no plano:

**TITULAR DO PLANO:**

**Nome:** CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO

**Profissão:** PROFESSOR

**Valor da Mensalidade:** R\$ 324,44

**Plano:** AMB HOSP ENF OBST - Carência de 10 meses para utilização do parto

**Sexo:** M

**Estado Civil:** CASADO(A)

**Data de Nascimento:** 22/12/1979

**CPF:** 02610608993

**Nome da Mãe:** OLINDA DE CASSIA CHIQUETO

**Aero Médico:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**SOS:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Unimed Fone:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Ciência de carência e/ou CPT:** - Estou ciente de que estou aderindo ao processo de PORTABILIDADE POR ESCOLHA e que, neste caso, não precisarei cumprir carência nem Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que meu plano atenda aos requisitos estabelecidos pela ANS. No entanto, se houver falta de informações ou documentação exigida, o processo será recusado, e será necessário iniciar um novo contrato.

**Orientação sobre portabilidade:** - Não se aplica, aderiu por portabilidade.

**Observação:** PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS. Ciente que os dias proporcionais contados da vigência do plano serão cobrados na próxima fatura.

**DEPENDENTE:**

**Nome:** ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

**Grau de dependência:** CONJUGE

**Profissão:** PROFESSORA

**Valor da Mensalidade:** R\$ 324,44

**Plano:** AMB HOSP ENF OBST - Carência de 10 meses para utilização do parto

**Sexo:** F

**Estado Civil:** CASADO(A)

**Data de Nascimento:** 05/10/1976

**CPF:** 02059434971

**Nome da Mãe:** MARIA LUIZA FERREIRA ENZO

**Aero Médico:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**SOS:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Unimed Fone:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I



**Ciência de carência e/ou CPT:** - Estou ciente de que estou aderindo ao processo de PORTABILIDADE POR ESCOLHA e que, neste caso, não precisarei cumprir carência nem Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que meu plano atenda aos requisitos estabelecidos pela ANS. No entanto, se houver falta de informações ou documentação exigida, o processo será recusado, e será necessário iniciar um novo contrato.

**Orientação sobre portabilidade:** - Não se aplica, aderiu por portabilidade.

**Observação:** PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

**DEPENDENTE:**

**Nome:** LUIGI ENZO CHIQUETO

**Grau de dependência:** FILHOS

**Profissão:** ESTUDANTE

**Valor da Mensalidade:** R\$ 170,48

**Plano:** AMB HOSP ENF OBST - Carência de 10 meses para utilização do parto

**Sexo:** M

**Estado Civil:** SOLTEIRO(A)

**Data de Nascimento:** 02/03/2005

**CPF:** 08122019900

**Nome da Mãe:** ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

**Aero Médico:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**SOS:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Unimed Fone:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Ciência de carência e/ou CPT:** - Estou ciente de que estou aderindo ao processo de PORTABILIDADE POR ESCOLHA e que, neste caso, não precisarei cumprir carência nem Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que meu plano atenda aos requisitos estabelecidos pela ANS. No entanto, se houver falta de informações ou documentação exigida, o processo será recusado, e será necessário iniciar um novo contrato.

**Orientação sobre portabilidade:** - Não se aplica, aderiu por portabilidade.

**Observação:** PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS.

**DEPENDENTE:**

**Nome:** GIULIA ENZO CHIQUETO

**Grau de dependência:** FILHOS

**Profissão:** ESTUDANTE

**Valor da Mensalidade:** R\$ 129,60

**Plano:** AMB HOSP ENF OBST - Carência de 10 meses para utilização do parto

**Sexo:** F

**Estado Civil:** SOLTEIRO(A)

**Data de Nascimento:** 15/12/2008

**CPF:** 08598162906

**Nome da Mãe:** ANGELA CRISTINA ENZO CHIQUETO

**Aero Médico:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**SOS:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Unimed Fone:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Ciência de carência e/ou CPT:** - Estou ciente de que estou aderindo ao processo de PORTABILIDADE POR ESCOLHA e que, neste caso, não precisarei cumprir carência nem Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que meu plano atenda aos requisitos

estabelecidos pela ANS. No entanto, se houver falta de informações ou documentação exigida, o processo será recusado, e será necessário iniciar um novo contrato.

**Orientação sobre portabilidade:** - Não se aplica, aderiu por portabilidade.

**Observação:** PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

**PARÁGRAFO 3º.** Para inclusão, no ato da assinatura desta Proposta de Adesão, o ASSOCIADO pagará a **KRD Corretora de Seguros Ltda.** o valor de **R\$ R\$ 854,00** - OITOCENTOS E CINQUENTA E QUATRO REAIS , referente à taxa de adesão sua e de seu (s) dependente (s) constantes da Clausula 2º supra. **A cobrança da referida taxa não representa o pagamento da primeira mensalidade.**

**PARÁGRAFO 4º.** Para inclusão de ASSOCIADO e/ou Dependente (s) deverão ser preenchidos/apresentados os seguintes documentos:

- a) Declaração de Saúde;
- b) Cópia RG e CPF dos beneficiários;
- c) Cópia Certidão de Casamento;
- d) Comprovante de vínculo do PROFISSIONAL INSCRITO;
- e) Comprovante de endereço;

**PARÁGRAFO 5º.** É obrigatório que o Beneficiário Titular do plano informe o CPF do(s) Dependente(s) independentemente da Idade, sob pena de responsabilidade por eventuais multas ou despesas que a UNIMED CURITIBA possa incorrer pela falta de tal informação ou informação incorreta.

**PARÁGRAFO 6º. NÃO HAVERÁ ACEITAÇÃO a Proposta de Adesão, caso haja alguma pendência financeira em aberto referente a outros Planos de Saúde e/ou Odontológico, administrados por qualquer uma das Empresas do Grupo Vital.**

**CLÁUSULA 3ª.** Deverá o ASSOCIADO cumprir rigorosamente as obrigações a ele imputadas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, mormente no que diz respeito à utilização dos serviços de assistência médica disponíveis, na forma e segundo os critérios e condições estabelecidos no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, verificando previamente se o serviço que pretende utilizar está compreendido entre aqueles cobertos pelo contrato, bem como o tipo de carência eventualmente estabelecido.

**PARÁGRAFO 1º.** O valor a ser pago mensalmente será aquele constante da Tabela UNIMED CURITIBA em vigor na data do respectivo vencimento, acrescido das coparticipações definidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA e eventuais acréscimos decorrentes de tributos, taxas, contribuições e encargos descritos nas características do plano **ANEXO I**, cujos valores foram apresentados previamente a adesão e são de total conhecimento do ASSOCIADO.

**PARÁGRAFO 2º.** Os valores decorrentes desta Proposta de Adesão serão cobrados pela ADMINISTRADORA, via boleto bancário, débito em conta corrente do ASSOCIADO ou por outro meio que venha ser disponibilizado pela ADMINISTRADORA, de acordo com a escolha feita pelo ASSOCIADO, cabendo à ADMINISTRADORA receber todos os valores e efetuar o pagamento da Fatura do Plano Coletivo por Adesão emitida pela UNIMED CURITIBA contra a ADMINISTRADORA. As parcelas vencerão sempre na data informada nas características do plano (ANEXO I) podendo ter o seu vencimento posterior ao início de vigência na modalidade de pós pagamento. Os valores constantes da tabela UNIMED CURITIBA, teto máximo de coparticipação e coparticipações serão reajustados nas mesmas épocas e nas mesmas bases estipuladas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, cujo conteúdo completo estará à disposição do ASSOCIADO junto ao CONTRATANTE e/ou ao ADMINISTRADORA.

**PARÁGRAFO 3º.** Para os contratos onde há insumos (tributos, taxas, contribuições/mensalidades associativas e encargos), os mesmos serão atualizados sempre que houver variação destas despesas e/ou tributos, bem como também serão incluídos novos tributos que venham a incidir sobre a fatura da UNIMED emitida contra a ADMINISTRADORA.

**PARÁGRAFO 4º.** O Fundo Aporte será aquele informado no ANEXO I e será cobrado de cada titular do plano a fim de fazer frente as negociações relacionadas ao plano de saúde, podendo esse valor ser reajustado a qualquer momento com aviso prévio de 30 dias.

**PARÁGRAFO 5º.** Se o ASSOCIADO não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente junto à ADMINISTRADORA ou pelo site [www.grupovital.com.br->autoatendimento](http://www.grupovital.com.br->autoatendimento), para que não se sujeite às consequências da mora.

**PARÁGRAFO 6º.** Neste ato, por ocasião da assinatura desta Proposta de Adesão, o ASSOCIADO solicita ter acesso ao boleto/demonstrativo de cobrança conforme opção escolhida abaixo:

Enviar por SMS Enviar por E-MAIL Retirar no site [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br)

**PARÁGRAFO 6ª.** A prestação não paga no seu respectivo vencimento terá incidência de correção monetária pelo IGPM-FGV, ou na falta deste índice, por outro que venha substituí-lo, além de multa de 02% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

**PARÁGRAFO 7ª.** Manifesto o meu consentimento para que a pessoa, portadora do CPF: , com quem possuo grau de parentesco ou relação social de , telefone para contato, possa tratar de assuntos de gestão do plano de saúde, recebendo informações financeiras e relacionadas com minhas consultas e exames. Estou ciente de que qualquer alteração sobre essa autorização deverá ser formalmente comunicada à gestora do plano de saúde, pelas vias de comunicação disponibilizadas (e-mail e telefones indicados no site ou presencialmente na sede da gestora), e de que enquanto não sobrevier uma revogação desta autorização, a pessoa indicada poderá tratar dos assuntos do meu interesse.

Estou ciente de que nova inclusão de beneficiários, alteração do plano ou exclusão de benefícios somente poderá ser requerida pela titular, não sendo admitido que seja feito pela pessoa autorizada para demais assuntos de utilização e gestão do plano.

**CLÁUSULA 4ª.** Na hipótese do ASSOCIADO deixar de pagar a mensalidade e/ou coparticipação por período superior a 15 (quinze dias) ou quando do encerramento da conta corrente indicada para débito automático, impedindo o pagamento ou até mesmo na hipótese de haver insuficiência de margem consignável para os casos em que o contrato disponibiliza essa opção de pagamento, considerar-se-á automaticamente rescindida a presente Proposta de Adesão, sendo que o CONTRATANTE e/ou ADMINISTRADORA darão início ao processo de exclusão programada do ASSOCIADO e seu(s) Dependente(s) do Convênio/Plano com a UNIMED CURITIBA para o dia 1ª do mês subsequente, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial ou quaisquer outros avisos ou comunicações, caso em que o ASSOCIADO deverá devolver toda a documentação recebida da UNIMED CURITIBA, inclusive cartão de identificação próprio e de seu(s) Dependente(s), sob pena de responder civil e criminalmente pelo seu uso indevido. Todos os procedimentos aqui previstos não eximem o ASSOCIADO do adimplemento da(s) parcela(s) devida(s), acrescida(s) dos índices determinados na Cláusula 4ª supra, por intermédio de execução, para o que, desde já, as partes convencionam a liquidez, certeza e exigibilidade de tais débitos do ASSOCIADO.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Em caso de falta de pagamento, a ADMINISTRADORA fica previamente autorizada a proceder à cobrança, inclusive por meio de execução judicial, do valor principal acrescido dos encargos, bem como incluir o nome do ASSOCIADO como inadimplente nos cadastros de proteção ao crédito, tais como SCPC e SERASA, entre outros.

**CLÁUSULA 5ª.** O ASSOCIADO obriga-se, sob pena de exclusão do Convênio/Plano com a UNIMED CURITIBA, a atender todas as obrigações estatutárias de ASSOCIADO mantendo em dia sua contribuição associativa e fornecendo ainda, todos os dados, declarações e opções necessárias à implantação das obrigações assumidas no presente instrumento ao CONTRATANTE e/ou à ADMINISTRADORA. Obriga-se ainda o ASSOCIADO, a comunicar, por escrito, mudanças de endereço ou a alteração de qualquer dado fornecido anteriormente, sob pena de exclusão do convênio, sem prejuízo do reembolso das despesas decorrentes do uso indevido do Convênio/Plano com a UNIMED CURITIBA, nos termos das Cláusulas 5ª e 15ª, Parágrafo Único, da presente Proposta.

**CLÁUSULA 6ª. (DA UTILIZAÇÃO DO PLANO E DOS PRAZOS DE CARÊNCIA)** – Fica assegurada ao ASSOCIADO, a partir da aceitação de sua Adesão ao CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, por parte do CONTRATANTE e da ADMINISTRADORA a utilização do Plano de Saúde, independentemente do recebimento do Cartão de Identificação, obedecendo sempre às carências e CPT (Cobertura Parcial Temporária) estabelecidas e o início de vigência, conforme consta na ficha de movimentação desta proposta de adesão.

**Parágrafo 1º.** Abaixo alguns exemplos de CARÊNCIAS contadas de acordo com o início de vigência e como estipulado no caput da presente Cláusula que, poderão sofrer alterações a qualquer momento, de acordo com as novas atualizações da UNIMED CURITIBA ou da ANS, onde para demais informações o ASSOCIADOS deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da UNIMED CURITIBA central atendimento ao cliente: 0800-642-2002 se certificando dos procedimentos cobertos e dos prazos de carência.

**a) 24 horas: Atendimentos de urgência ou emergência, apenas para acidentes pessoais;**

**b) 30 dias: Consultas e exames de patologia clínica;**

**c) 90 dias: PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE, EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES descritos a seguir:**

Eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica em regime ambulatorial, exames radiológicos simples, histocitopatologia, exames e testes alergológicos, oftalmológicos e otorrinolaringológicos (exceto videolaringoscopia), inaloterapia, provas de função pulmonar, teste ergométrico, procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

**d) 180 dias:** Procedimentos para Internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial.

**EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**, tais como: Angiografias, arteriografias, eletroencefalograma prolongado, mapeamento cerebral e polissonografia, potencial evocado, ultrassonografias, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia diagnóstica, densitometria óssea, ecocardiograma uni ou bidimensional colorido ou não com doppler, eletrocardiografia dinâmica (holter), monitorização de pressão arterial, litotripsia, radiologia intervencionista, cineangiografias e videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, endoscopia que não seja em regime ambulatorial, eletromiografia, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, hemoterapia, medicina nuclear e acupuntura, consultas/sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, nutrição e terapia ocupacional;

**PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS:** Atendimento pediátrico a gestantes (3º trimestre), líquido amniótico, cariótipo com bandas, marcadores bioquímicos para avaliação do risco fetal (cada), determinação do risco fetal, com elaboração de laudo; teste duplo – 1º trimestre (papp-A+beta+hcg) ou outros 2 em soros ou líquido amniótico, teste duplo – (2º trimestre) (afp + beta + hcg ou outros 2 em soro ou líquido amniótico), teste triplo (afp+beta+hcg+estriol) ou outros 3 em soro ou líquido amniótico, obstetria com amniocentese;

**e) 06 meses: para acomodação individual independente da data da opção. Obs. Clientes com redução de carência podem ter a redução de carências para acomodação individual, desde que já tenham essa acomodação no plano de origem e que cumpram os critérios para redução.**

**f) 300 (trezentos) dias / 10 meses para partos, incluindo cesarianas.**

**Parágrafo 2º.** CPT – Cobertura Parcial Temporária contada a partir do início de vigência (Cláusula 2ª, parágrafo 1º) de 24 meses para as doenças e lesões pré-existentes declaradas na inclusão do beneficiário.

**Parágrafo 3º.** A Redução de carência de outras operadoras será reaproveitado de acordo com o critério e análise da operadora atual, sem garantia de reaproveitamento total, a operadora não faz reaproveitamento de carência para obstetria, salvo se for da mesma operadora ou portabilidade para mais informações sobre a portabilidade de carências acesse o site: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/trocar-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia/7-portabilidade-de-carencias>.

**Parágrafo 4º.** O plano de saúde cobre os procedimentos de acordo com o previsto no Rol de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). A liberação dos procedimentos é feita pela UNIMED CURITIBA para mais informações telefone: 3019-2000

**CLÁUSULA 7ª.** Para os casos onde a contratação é feita através de portabilidade, a carência será aceita ou recusada após análise da Operadora de Destino, cabendo ao ASSOCIADO entregar todos os documentos necessários, para essa análise e atender todos



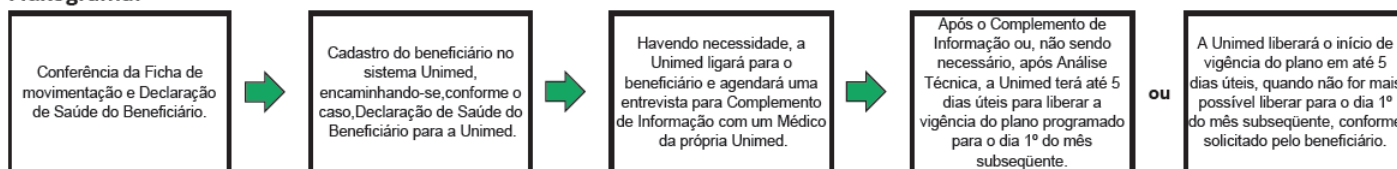
os requisitos da RN 438.

**CLÁUSULA 8ª.** A Vigência do plano poderá ser programada para o dia 1º de cada mês ou em até 5 dias úteis conforme a opção solicitada abaixo pelo beneficiário, obedecendo sempre a análise da operadora.

Com início de vigência em até 5 dias úteis.

- **Vigência através de Portabilidade:** A inclusão por motivo de portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na Resolução Normativa nº 438/18, a operadora terá o de até 10 (dez) dias contados da data de assinatura da proposta de portabilidade emitido pela operadora que dará o aceite ou não da portabilidade, uma vez aceita a portabilidade o prazo de vigência será o informado acima.
- **Vigência através de Declaração de Saúde:** A inclusão com Declaração de Saúde, terá início de vigência em até 5 dias úteis, após a entrevista e/ou análise médica realizada pela Unimed (não sendo necessária a entrevista e/ou análise médica ou Declaração de Saúde, o mesmo prazo passará a contar da Análise Técnica da Unimed).

**Fluxograma:**



**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Para os casos onde houver o preenchimento da Declaração de Saúde, o ASSOCIADO poderá se submeter a uma prévia análise de entrevista qualificada, pelo(s) médico(s) indicado(s) pela UNIMED, para início da inclusão, assim como de seu(s) Dependente(s)/Beneficiário(s) no Plano de Saúde contratado junto à ESTIPULANTE, e que a UNIMED, a seu exclusivo critério, havendo a necessidade poderá marcar uma entrevista para Complemento de Informação com médico(s) de sua indicação, para esclarecer informações prestadas pelo ASSOCIADO e/ou seu(s) Dependente(s) na declaração de saúde. Somente após a análise final das informações prestadas na declaração de saúde e/ou após a realização do Complemento de Informação ou Análise Técnica, conforme anteriormente citado, a UNIMED terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para fazer a liberação da vigência do Plano de Saúde dos Dependente(s)/Beneficiário(s).

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Liberada a vigência, será gerado o Código da Carteira de Usuário do Plano de Saúde, assim como a carta encaminhada pela Operadora informando se haverá a necessidade de cumprimento de carência de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIO (CPT) para algumas situações se houver.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A respectiva Mensalidade poderá vir de forma proporcional caso a vigência não seja programada onde o 1º mês será cobrado de forma proporcional (pro rata temporis) aos dias em que o beneficiário esteve ativo junto com o segundo mês integral em um único boleto;|

**CLÁUSULA 9ª. ALTERAÇÃO DE PLANO** - O ASSOCIADO deverá fazer os pedidos de adesão/inclusão de opcionais (através do termo aditivo de alteração do plano), obedecendo à data limite do dia 15 (quinze) de cada mês para que sejam processados para o 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Somente será dado andamento ao pedido de adesão para a proposta de adesão completa e corretamente preenchida, assinada pelo ASSOCIADO, com a documentação completa, devidamente homologada pelo CONTRATANTE e pela ESTIPULANTE.

**CLÁUSULA 10ª. DA EXCLUSÃO POR SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** - O ASSOCIADO declara estar ciente de que qualquer solicitação de exclusão, sua ou de seus dependentes, do Plano de Saúde/Odontológico contratado junto à ADMINISTRADORA deverá ser feita presencialmente ou através de telefone para a CONTRATANTE, UNIMED CURITIBA ou à ADMINISTRADORA. O cancelamento será imediato, a partir da data de ciência do pedido, por parte da UNIMED CURITIBA ou da ADMINISTRADORA, oportunidade em que o ASSOCIADO receberá as informações necessárias sobre as consequências do cancelamento conforme a Resolução Normativa nº 412.

**CLÁUSULA 11ª. SERVIÇOS SEM COBERTURA PELO CONTRATO** – A utilização dos serviços do convênio além ou fora do pactuado no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, autoriza a CONTRATANTE e a ADMINISTRADORA a tomarem as medidas

legais contra o ASSOCIADO de se ressarcir de eventuais prejuízos.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** A CONTRATANTE e a ADMINISTRADORA não autorizarão, em hipótese alguma, qualquer atendimento em custo operacional.

**CLÁUSULA 12ª. CONDIÇÃO DE DEPENDENTE** – É de inteira responsabilidade do ASSOCIADO comunicar a CONTRATANTE e a ADMINISTRADORA sobre casamento ou união estável de seu(s) Dependente(s), por escrito, até o dia 15 (quinze) do mês que anteceder a data do casamento ou a data da declaração de união estável, ciente que tais eventos impossibilitam a continuidade da condição de dependente no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA.

**Parágrafo único:** O(s) Dependente(s) será(ão) cancelado(s) do Plano de Saúde/Odontológico contratado junto à ADMINISTRADORA quando atingir(em) a data limite informada no Parágrafo Primeiro da Cláusula 2ª desta Proposta de Adesão.

**CLÁUSULA 13ª.** Quaisquer falhas e/ou deficiências de serviços, assistência ou atendimento médico-hospitalar prestados na vigência do Plano de Saúde no qual estiver incluído o ASSOCIADO e seu(s) Dependente(s) são de exclusiva responsabilidade da UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 14ª.** À título de emissão de segunda via do cartão magnético, o valor será cobrado do ASSOCIADO, de acordo com o valor repassado pela UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 15ª.** O ASSOCIADO e seu(s) Dependente(s) compromete(m)-se a fazer uso normal e criterioso do cartão de identificação fornecido pela UNIMED CURITIBA. A apuração de quaisquer abusos ou irregularidades praticados com ou sem culpa ou dolo do ASSOCIADO e/ou Dependente(s) serão passíveis de cancelamento imediato do Plano de Saúde, e ainda, à exclusão do quadro de ASSOCIADO da CONTRATANTE.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Consideram-se uso indevido do convênio, passível de exclusão do Plano de Saúde, exemplificativamente, as seguintes práticas:

- a) A utilização dos serviços do convênio por parte do ASSOCIADO e/ou Dependente(s) sem estar(em) regularmente inscrito(s)
- b) A falta de pagamento da(s) mensalidade(s) do plano;
- c) A falsificação, a alteração e /ou a não apresentação do cartão de identificação;
- d) A não comunicação imediata de perda ou extravio do cartão de identificação da UNIMED CURITIBA observando, sempre, as disposições contidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA;
- e) A não devolução imediata do cartão de identificação na sede da CONTRATANTE e/ou a utilização dos serviços prestados pela UNIMED CURITIBA, em caso de exclusão do ASSOCIADO e seu(s) dependente(s) por rescisão desta Proposta ou do CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA;
- f) As demais situações previstas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 16ª.** O ASSOCIADO reconhece para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da CONTRATANTE, qualquer atendimento prestado a ele e seu(s) dependente(s) após a rescisão da presente Proposta ou do CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, independente da data de início desse tratamento.

**CLÁUSULA 17ª.** . Esta Proposta é celebrada por tempo indeterminado tendo, todavia, sua vigência definida no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, e seu término final, na data da rescisão do CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA ou do requerimento do ASSOCIADO, conforme Cláusula 10ª supra, ou nas hipóteses previstas nas Cláusulas desta Proposta de Adesão ou no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 18ª.** As PARTES declaram, para todos os efeitos, estarem de acordo com a assinatura desta Proposta de Adesão ser realizada através de assinatura eletrônica, sendo que reconhecem e têm conhecimento que a assinatura do contrato através desse método é válida e produz todos os efeitos jurídicos almejados pela assinatura.

**CLÁUSULA 19ª DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.**

## 19.1 DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

**19.1.1** Este documento foi elaborado com base na Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados “LGPD”, que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

**19.1.2** Dado pessoal é qualquer informação relacionada a pessoa natural, direta ou indiretamente, identificada ou identificável. Dado pessoal sensível é categoria especial de dados pessoais referentes a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos relativos à pessoa natural.

**19.1.3** Tratamento de dados pessoais é toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem: a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão, extração e eliminação.

**19.1.4** O tratamento de dados pessoais realizado pela ADMINISTRADORA é pautado pela boa-fé e pelos princípios da finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade, transparência, segurança, prevenção e não discriminação.

## 19.2 DOS DADOS PESSOAIS

**19.2.1** O ASSOCIADO declara estar ciente de que o tratamento de seus dados pessoais é indispensável à realização do objeto da Contratação, e que os seguintes dados serão coletados, armazenados e tratados:

a) Os **dados de qualificação do associado** serão coletados para possibilitar o cadastro e identificação perante a Administradora, a Corretora e a OPERADORA. Esses dados incluem nome, idade, endereço, e-mail, telefone, gênero, RG, CPF, filiação, estado civil, profissão, número de Título de Eleitor, e seu vínculo a Associação. Eventualmente, quando o titular dos dados optar por apresentar como documento de identificação a sua Carteira Nacional de Habilitação ou outro documento para esse fim, também os dados a tais documentos também serão objeto de tratamento.

b) Os **dados de qualificação de dependentes** são os dados dos dependentes diretos do associado titular, incluindo, além dos dados de qualificação padrão, o parentesco que autoriza o reconhecimento da dependência exigida para a contratação do plano de saúde/odontológico e outros serviços.

c) Os **dados de qualificação de menores de 18 anos** que sejam dependentes do associado, e que são fornecidos pela pessoa que ostente e comprove a condição de representante legal. Incluem-se, portanto, os dados de qualificação padrão do representante legal e os dados de qualificação de dependentes.

d) Os **dados de saúde** são aqueles solicitados na declaração de saúde, que se referem a condição clínica do associado, incluindo dados biométricos [peso e altura], idade e: (i) se o associado possui doenças ou lesões preexistentes e quais são; (ii) há quanto tempo possui ou sabe que possui as doenças e lesões preexistentes; (iii) se o associado usa aparelhos como marcapasso, stent, implantes, e outros; (iv) se o associado usa medicamento regularmente, e quais são; (v) se o associado já foi submetido a alguma cirurgia; (vi) outras informações de saúde que o próprio associado julgue importante incluir na declaração de saúde ou que o médico designado para assessorar o preenchimento da declaração médica julgue relevante fazer constar.

e) Os **dados operacionais** são aqueles fornecidos ativamente pelos associados quando entram em contato com a ADMINISTRADORA para sanar dúvidas ou resolver demandas, bem como aqueles relativos ao cumprimento das obrigações contratadas pelas partes.

f) Os **dados fornecidos por terceiros** são aqueles fornecidos à ADMINISTRADORA por terceiros, mediante expresso consentimento do titular dos dados ou representante legal do titular, desde que sejam necessários para cumprir as finalidades do contrato [incluindo eventuais contatos e procedimentos financeiros].

**19.2.2** Dependendo de como se dá a contratação e o estabelecimento do vínculo associativo, a coleta dos dados pessoais do associado pode ser realizada diretamente pela Administradora ou pela sua Associação; nesse último caso, a Associação fará o

compartilhamento dos dados com a Administradora para que sejam formalizadas as propostas de contratação de plano de saúde/odontológico com a Operadora. Caso o titular dos dados não deseje fornecer seus dados e de seus dependentes à Associação, deverá procurar pela Administradora para a formalização das tratativas.

### 19.3 DA FINALIDADE DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

**19.3.1** Todos os dados pessoais coletados no âmbito do presente contrato constituem o mínimo necessário para atingir as finalidades contratuais, e serão utilizados unicamente para os propósitos informados aos seus titulares.

**19.3.2** Os tratamentos dos dados pessoais aqui previstos serão realizados enquanto perdurar a relação contratual estabelecida com o associado, ou até o momento em que for atendida as finalidades pelas quais foram coletados, inclusive para atendimento às exigências legais de manutenção de arquivos ou para efeitos de cobranças por serviços prestados.

**19.3.4** Após o término do contrato, os dados serão mantidos em arquivo apenas se houver determinação legal ou das autoridades nesse sentido, e pelo prazo que for determinado.

### 19.4 COMPARTILHAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

**19.4.1** Considerando que o presente contrato envolve múltiplos sujeitos, para que sua execução seja possível é necessário o compartilhamento dos dados pessoais coletados, da seguinte forma:

**a.** Associação poderá compartilhar o vínculo associativo e os dados pessoais do associado com a ADMINISTRADORA, a fim de confirmar o enquadramento nas exigências legais e contratuais da ADMINISTRADORA.

**b.** A ADMINISTRADORA poderá compartilhar com a Associação os relatórios contendo os dados de operação, em especial acerca de eventual condição de inadimplência do associado, a fim de possibilitar a cobrança e outras medidas cabíveis nestas hipóteses.

**c.** A Operadora poderá enviar relatórios contendo informações sobre a utilização dos planos de saúde/odontológico pelos associados [notadamente para justificar alterações de valores dos serviços contratados], mas, nesse caso, em atendimento da legislação, as informações constantes dos relatórios somente poderão conter dados anonimizados [ou seja, sem a possibilidade identificação pessoal dos usuários do plano de saúde/odontológico].

**d.** Os dados de saúde constantes da entrevista qualificada [dados fornecidos pelo titular de dados] poderão ser compartilhados pela ADMINISTRADORA com a Operadora do Plano de Saúde, a fim de possibilitar uma análise adequada da condição clínica do associado, dos atendimentos que são necessários e a oferta os planos apropriados. O compartilhamento desses dados é indispensável para a prestação do serviço de saúde objeto da contratação.

**e.** Os dados pessoais dos associados poderão ser compartilhados com autoridades, entidades governamentais ou outros terceiros, para a proteção dos interesses da ADMINISTRADORA em qualquer tipo de conflito, incluindo ações judiciais e processos administrativos, nos limites das autorizações legais.

**f.** Os dados pessoais dos associados poderão ser compartilhados no caso de transações e alterações societárias envolvendo ADMINISTRADORA, ASSOCIAÇÃO, OPERADORA ou CORRETORA, hipótese em que a transferência das informações será necessária para a continuidade dos serviços.

**g.** Os dados pessoais dos associados poderão ser armazenados por meios tecnológicos disponíveis, mediante serviço contratado especificamente para esse fim, desde que ofereçam critérios de segurança das informações.

**19.4.2** Cada uma das partes elencadas é responsável pela segurança das informações dos associados, de modo que se comprometem a atuar no âmbito da presente contratação em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, comprometendo-se inclusive a tratar todos os dados pessoais como confidenciais e cumprir com os requisitos das medidas de segurança técnicas e organizacionais para garantir a sua segurança, inclusive no seu armazenamento e transmissão.

### 19.5 DIREITOS DOS TITULARES DE DADOS

**19.5.1.** São direitos dos associados, na condição de titulares de dados pessoais ou responsáveis legais pelos titulares dos dados: (i) confirmação de existência de tratamento de dados pessoais; (ii) acesso aos dados; (iii) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação ou finalidade contratual; (v) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação das autoridades; (vi) solicitar a eliminação dos seus dados pessoais, mediante a finalização da relação contratual, nos casos em que seja possível; (vii) obter informações das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; (viii) obter informação sobre a possibilidade de não fornecer o seu consentimento, bem como de ser informado sobre as consequências, em caso de negativa; (ix) revogação do consentimento.

**19.5.2.** O associado, na condição de titular de dados, pode apresentar solicitações para cumprimento dos direitos elencados, que serão oportunizadas de forma facilitada e gratuita.

**19.5.3.** A solicitação apresentada poderá ser rejeitada se for formalizada em desconformidade com as exigências legais, ou quando o pedido não seja legalmente autorizado. A eventual negativa de solicitação do titular dos dados será justificada de forma expressa e com base na lei.

**19.5.4.** Caso o associado tenha alguma preocupação ou dúvidas sobre o processamento dos seus dados pessoais, ou caso queira exercer algum direito a isso relacionado, poderá entrar em contato com o encarregado de dados pessoais do Grupo Vital, pelo telefone 41 3512-5900, endereço de e-mail [jackson@grupovital.com.br](mailto:jackson@grupovital.com.br) ou pessoalmente, no endereço Rua Desembargador Westphalen, 2151, bairro Rebouças, CEP: 80.220-030, - Curitiba/PR.

**19.5.5.** Os esclarecimentos aqui previstos podem ser alterados pela ADMINISTRADORA, hipótese na qual as novas orientações serão disponibilizadas no site [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br) e informadas ao associado, titular dos dados.

## **19.6 DA BASE LEGAL PARA TRATAMENTO DE DADOS: EXECUÇÃO DE CONTRATO E LEGÍTIMO INTERESSE**

**19.6.1.** O associado está ciente da necessidade do tratamento dos dados pessoais para a proposição e cumprimento de contrato de plano de saúde/odontológico. Ainda que, neste caso [de cumprimento contratual], a lei não exija consentimento para tratamento, o associado, como titular dos dados pessoais ou representante legal do titular, manifesta expresso consentimento para sejam realizados os processos de tratamento de dados ajustados à finalidade contratual.

**19.6.2.** O associado compreende que a negativa de consentimento para o tratamento de dados implicará no encerramento do contrato com o plano de saúde/odontológico. Nesse caso, para efeitos legais, entender-se-á que o fim da relação contratual foi causada por ato de vontade do associado [titular dos dados].

**19.6.3.** O associado declara ter conhecimento de que os dados de saúde solicitados são dados pessoais sensíveis e concorda com o tratamento pela administradora, pela OPERADORA e pela Associação, a fim de possibilitar o seu adequado atendimento, a oferta e a eventual contratação de planos de saúde/odontológico adequados.

**19.6.4.** Caso o titular de dados seja pessoa menor de dezoito anos, o signatário declara ser seu pai/mãe ou responsável legal, e que expressa seu consentimento específico para o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente sob sua responsabilidade, para as finalidades contratuais já destacadas no presente documento.

**19.6.5.** Considerando o legítimo interesse do titular dos dados ou do responsável legal pelo titular dos dados, o GRUPO VITAL [do qual a ADMINISTRADORA faz parte] poderá utilizar as informações fornecidas para a apresentação de outros produtos ou serviços relativos à segurança ou saúde. Caso o titular não deseje receber tais ofertas, poderá a todo tempo requerer, verbalmente ou por escrito, nos canais de contato disponibilizados no site <http://www.grupovital.com.br/site/contato> ou pelo e-mail [atendimento@grupovital.com.br](mailto:atendimento@grupovital.com.br), que a referida apresentação de novos produtos ou serviços seja encerrada.

**CLÁUSULA 20ª.** Fica eleito o Foro Central da Comarca de Curitiba, por mais privilegiado que outro o seja, para dirimir quaisquer demandas que se apeguem neste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.



## ANEXO I

### Código do Contrato na operadora: **GC - GENESIS - PROFESSOR- PLENO 139640-7**

**\*\*** Todo e qualquer procedimento deverá ser iniciado nas Unidades de Atendimento APS **sempre** com consultas agendadas com mais agilidade através de telefone, e-mail ou WhatsApp;

**\*\*** Atendimento personalizado com o Médico de família, responsável em conhecer todo o histórico do paciente, acompanhando a saúde dele e da sua família;

**\*\*** Sem cobrança de coparticipação em consultas e **procedimentos realizados nas unidades APS**;

**\*\*** Laboratórios próprios da Unimed Curitiba;

**Coparticipação:** coparticipação de **50%** com teto máximo de **R\$ 112,48** por procedimento.

Para saber de forma antecipada os valores de coparticipação entre em contato com a operadora no telefone que consta atrás do seu cartão informando o código do procedimento que consta na sua guia.

**Data de vencimento as obrigações financeiras do ASSOCIADO:** vencerão sempre no dia **03** de cada mês posterior ao mês de vigência.

**Fundo Aporte:** o Fundo Aporte será cobrado R\$ 15,00 de cada titular do plano a fim de fazer frente as negociações relacionadas ao plano de saúde, podendo esse valor ser reajustado a qualquer momento com aviso prévio de 30 dias;

**Abrangência geográfica:** Curitiba, Campo Largo, Araucária, Almirante Tamandaré, Colombo, Pinhais, Piraquara, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande, Campo Magro, Quatro Barras e Campina Grande do Sul. **Cobertura nacional para urgência e emergência.**

**Serviço SOS para todos os beneficiários:** Consulte condições e regras no link [www.grupovital.com.br/site/sos-unimed](http://www.grupovital.com.br/site/sos-unimed).

**Reajuste do aniversário de contrato:** Independentemente da data de adesão do BENEFICIÁRIO, as mensalidades e o teto máximo de coparticipação de todos os beneficiários sofrerão reajuste do aniversário de contrato da Associação/Sindicato na mesma data base estabelecida no CONTRATO que acontece no mês de **JANEIRO**. O reajuste será através de agrupamento contendo todos os contratos que estão abaixo da contratante 305000 CAMPEÃ. Além do reajuste anual as mensalidades sofrerão reenquadramento por mudança de faixa etária. As coparticipações sofrerão reajuste na forma estabelecida no CONTRATO.

**Unidade APS exclusivo para Atendimento dos beneficiários:**

**PINHAIS-** Av. Jacob Macanhan , nº 736 – Pinhais – Telefone: 3021-6252.

**SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-** Rua Barão do cerro azul, nº 1.571 – centro – São José dos Pinhais – Telefone: 3021-6253.

**PINHEIRINHO -** Av. Winston Churchill, nº 1824 - Curitiba – Telefone: 3021-6251.

**IGUAÇU -** Av. Iguaçu, nº 2180 - Curitiba - Telefone: 3021-6250.

**ARAUCÁRIA -** Rua Miguel Bertolino Pizato, nº 1.901 – Jardim Iguaçu - Araucária - Telefone: 3021-6254.

## REDE DO PLANO PLENO

**Horário de atendimento APS:** Segunda A Sexta-Feira, Das 8h às 20h • Sábado, Das 8h às 12h

### HOSPITAIS.

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| *Hospital cruz vermelha.                         | *Hospital otorrinos Curitiba.         |
| *Hospital da Visão.                              | *Hospital Pequeno Príncipe.           |
| *Hospital das Nações.                            | *Hospital santa Casa de misericórdia. |
| *Hospital e Maternidade Caron.                   | *Hospital São Lucas.                  |
| *Hospital e Maternidade Nossa senhora de Fátima. | *Hospital São Vicente.                |
| *Hospital e Maternidade Nova clínica.            | *Hospital Sugisawa.                   |
| *Hospital e maternidade Santa Madalena Sofia.    | *Hospital Vita Batel.                 |
| *Hospital Heidelberg.                            | *Hospital Vita Curitiba.              |
| *Hospital Mackenzie.                             | *Hospital XV.                         |
| *Hospital Menino Deus.                           | *Instituto da Criança.                |
|  | *Maternidade Curitiba.                |

### CLÍNICAS.

- |  |  |
|--|--|
| *Angiopar -São José dos Pinhais.                     | *Clínica de Fraturas Norte.                  |
| *CEDIP Diagnósticos por imagem – (Bom retiro e SJP). | *Fisiclin – Fisioterapia e reabilitação.     |
| *CEMEFIR – Fisioterapia e reabilitação.              | *Imax – Diagnostico Infantil                 |
| *Cendigastro – Diagnostico em gastroenterologia.     | *IOC- instituto de oftalmologia de Curitiba. |
| *Clínica Acooler –Terapias especiais.                | *Oncoclinicas – Hematologia e oncologia      |
| *Clínica de doenças renais de São José dos Pinhais.  | *Quanta diagnostico e Terapia.               |
| *Clínica de fisioterapia Ângelo Cordeiro.            |  |

**IMPORTANTE:** A Rede do Plano Pleno poderá sofrer alterações, por favor consulte nosso guia médico no portal

Unimed Curitiba: [www.unimedcuritiba.com.br/wps/portal/internet/corporativo/guia-medico](http://www.unimedcuritiba.com.br/wps/portal/internet/corporativo/guia-medico)

**Valor do Aero médico por pessoa: R\$ 2,50.** (Por beneficiário que contratar)

**Tipos de planos e valores validade até dezembro de 2025:**

| Modalidade de Plano       |              |            | Faixas Etárias |            |            |            |            |            |            |            |            |  |
|---------------------------|--------------|------------|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| AMB HOSP ENF OBST         | Registro ANS | 00 - 18    | 19 - 23        | 24 - 28    | 29 - 33    | 34 - 38    | 39 - 43    | 44 - 48    | 49 - 53    | 54 - 58    | 59 ou mais |  |
| INDIVIDUAL                | 486.197/20-3 | R\$ 166,16 | R\$ 218,56     | R\$ 249,05 | R\$ 277,06 | R\$ 313,45 | R\$ 349,36 | R\$ 415,96 | R\$ 523,78 | R\$ 664,43 | R\$ 947,79 |  |
| FAMILIAR 02 VIDAS         | 486.197/20-3 | R\$ 149,53 | R\$ 196,70     | R\$ 224,13 | R\$ 249,35 | R\$ 282,07 | R\$ 314,40 | R\$ 374,32 | R\$ 471,34 | R\$ 597,90 | R\$ 852,90 |  |
| FAMILIAR 03 VIDAS         | 486.197/20-3 | R\$ 139,55 | R\$ 183,59     | R\$ 209,18 | R\$ 232,72 | R\$ 263,28 | R\$ 293,46 | R\$ 349,39 | R\$ 439,95 | R\$ 558,08 | R\$ 796,10 |  |
| FAMILIAR 04 VIDAS OU MAIS | 486.197/20-3 | R\$ 129,60 | R\$ 170,48     | R\$ 194,26 | R\$ 216,11 | R\$ 244,49 | R\$ 272,51 | R\$ 324,44 | R\$ 408,53 | R\$ 518,22 | R\$ 739,25 |  |

A tabela acima já contempla o produto SOS este produto é compulsório no contrato.

**Taxa de adesão:** No ato da assinatura desta proposta de adesão, o ASSOCIADO pagará o percentual de 90% do valor da mensalidade, referente à taxa de adesão sua e de seu (s) dependente (s) constantes na proposta.

**Idade Limite dos Dependentes:** Os filhos solteiros poderão permanecer no plano, na condição de beneficiários dependentes diretos em relação ao beneficiário titular até a idade de 42 anos 11 meses e 30 dias.

**DEPENDENTES:** Além dos dependentes já previstos na cláusula 2ª parágrafo 1º da proposta, poderão ser incluídos no plano de saúde como dependentes em relação ao beneficiário titular:

- a) O neto e o sobrinho solteiro e consanguíneo do beneficiário titular, até o limite de idade estabelecido na Proposta de Admissão para os dependentes filhos.
- b) Irmão do beneficiário titular até o limite de idade de 42 anos, 11 meses e 29 dias.
- c) Cunhado do beneficiário titular, assim considerado o cônjuge de irmão do titular, até o limite de idade de 42 anos, 11 meses e 29 dias.

A inclusão do dependente está condicionada à apresentação da documentação completa e suficiente a demonstrar o seu status em relação ao beneficiário titular.

Todos os dependentes acima estão sujeitos às mesmas condições de cumprimento de carências e Cobertura Parcial Temporária-CPT em vigor, conforme estabelecido em contrato. Os dependentes farão jus aos mesmos serviços médico-hospitalares e terapêuticos garantidos aos demais beneficiários do plano e estarão sujeitos às mesmas exclusões de cobertura. Seguem ainda as mesmas regras de sistemática de utilização do plano de saúde, reajustes,

Campeã Administradora de Benefícios Ltda.

CNPJ.: 04.566.215/0001-25

Rua Desembargador Westphalen nº 2151 Rebouças - CEP: 80.220-030 Curitiba/PR

Telefone: 41 3512-5900

rescisão, dentre outras previstas no regulamento, excetuados os benefícios especiais.

Os dependentes netos, sobrinhos, irmãos e cunhados (cônjuge de irmão do titular) não terão direito ao benefício Plano de Extensão Assistencial – PEA/Benefício Família e Seguros, conforme já previsto no regulamento do contrato, mesmo que seja incapaz, inválido ou dependa economicamente do titular.



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

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

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



|                                    |  |  |                               |  |
|------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) | Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não fornecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007. |  | Coletivo Empresarial          |  |
|                                    |  |  | Com 30 participantes ou mais  | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. |
|                                    |  |  | Com menos de 30 participantes | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.   |
|                                    |  |  | Coletivo por Adesão           |  |
|                                    |  | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.  |                               |  |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO            |  | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.   |                               |  |
| REAJUSTE                           |  | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.  |                               |  |
|                                    |  | Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003. |                               |  |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Cobertura e segmentação assistencial**

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

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

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

## **Abrangência geográfica**

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

## **Área de atuação**

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

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

## Administradora de Benefícios

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

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

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

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

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



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

Ministério da  
**Saúde**



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

**PROP\_27286\_01042025103118.pdf**

Documento número #edf1d648-9215-497a-81ae-3fa76d70f83b

Hash do documento original (SHA256): 166695b10c6642e8380babc6b752194d5175492987ff6e7640645a590d974d18

**Assinaturas****CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO**

CPF: 026.106.089-93

Assinou como contratante em 01 abr 2025 às 11:12:38

**FLAVIANA V DE CAMARGO**

CPF: 847.076.749-68

Assinou como interveniente em 01 abr 2025 às 10:33:58

**Log**

- 01 abr 2025, 10:33:06      Operador com email suportecadastro@grupovital.com.br na Conta ecace1e2-7f8c-4a97-99b9-2741cbfa3702 criou este documento número edf1d648-9215-497a-81ae-3fa76d70f83b. Data limite para assinatura do documento: 31 de maio de 2025 (10:33). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 01 abr 2025, 10:33:08      Operador com email suportecadastro@grupovital.com.br na Conta ecace1e2-7f8c-4a97-99b9-2741cbfa3702 adicionou à Lista de Assinatura: crchiqueto@hotmail.com para assinar como contratante, via E-mail.
- Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO e CPF 026.106.089-93.
- 01 abr 2025, 10:33:10      Operador com email suportecadastro@grupovital.com.br na Conta ecace1e2-7f8c-4a97-99b9-2741cbfa3702 adicionou à Lista de Assinatura: flavianacamargo@grupovital.com.br para assinar como interveniente, via E-mail.
- Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo FLAVIANA V DE CAMARGO e CPF 847.076.749-68.
- 01 abr 2025, 10:33:58      FLAVIANA V DE CAMARGO assinou como interveniente. Pontos de autenticação: Token via E-mail flavianacamargo@grupovital.com.br. CPF informado: 847.076.749-68. IP: 177.92.49.37. Componente de assinatura versão 1.1167.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 01 abr 2025, 11:12:38      CRISTOVAO RODRIGO CHIQUETO assinou como contratante. Pontos de autenticação: Token via E-mail crchiqueto@hotmail.com. CPF informado: 026.106.089-93. IP: 177.79.55.104. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -25.4514656 e longitude -49.0688094. URL para abrir a localização no mapa: <https://app.clicksign.com/location>. Componente de assinatura versão 1.1167.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.



01 abr 2025, 11:12:39

Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número edf1d648-9215-497a-81ae-3fa76d70f83b.



**Documento assinado com validade jurídica.**

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº edf1d648-9215-497a-81ae-3fa76d70f83b, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em [www.clicksign.com](http://www.clicksign.com).