

PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº 318213

ITEM
I

CONTRATADA

UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 80 - 29/12/72, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 30470 -1, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000865-7 e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 75.055.772/0001-20, com sede na Avenida Affonso Penna, nº 297, Bairro Tarumã, Curitiba/PR, CEP 82530-280.

ATENDIMENTO EXCLUSIVO PARA O RESPONSÁVEL DO RH DA CONTRATANTE:

FONE: 0800-642-4004

ATENDIMENTO LINHA DIRETA PARA OS BENEFICIÁRIOS DO PLANO:

FONES: (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.

SUBSTITUIÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL

Em atenção ao Art.11 da Resolução Normativa n.º 365, de 11 de dezembro de 2014, informamos que as substituições havidas na rede assistencial do seu plano de saúde estarão disponíveis no Portal Corporativo (www.unimedcuritiba.com.br) e por meio da Central de Atendimento nos telefones citados acima.

ITEM
II

CONTRATANTE

1. Razão Social: AGENCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO SA
2. Nome Fantasia: AGENCIA CURITIBA
3. CNPJ/MF: 09.324.976/0001-94

ITEM
III

LOGRADOURO DE CORRESPONDÊNCIA

1. Rua/Av.: RUA ENGENHEIROS REBOUCAS

2. Nº: 1732

3. Complemento:

4. Bairro: REBOUCAS

5. Cidade: CURITIBA

6. UF: PR

7. CEP: 80215-100

ITEM
IV

PLANO CONTRATADO

Produto:

Flex Coletivo Empresarial coparticipação I (Procedimentos Ambulatoriais)

Nome comercial: Plano Flex - Amb Hosp Obst Enf. co-participação 1

Nº de registro do plano na ANS: 457.673/08-0

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Modalidade de Cobrança: Pré Pagamento

Segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar C/ Obstetrícia

Padrão de acomodação em internação: Coletiva

Abrangência: Grupo de Municípios

Coparticipação: Sim

Porcentagem: 30,00% trinta por cento

Produto:

Flex Coletivo Empresarial coparticipação I (Procedimentos Ambulatoriais)

Nome comercial: Plano Flex - Amb Hosp c/ Obst Apto. co-participação 1

Nº de registro do plano na ANS: 457.679/08-9

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Modalidade de Cobrança: Pré Pagamento

Segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar C/ Obstetrícia

Padrão de acomodação em internação: Individual

Abrangência: Grupo de Municípios



Coparticipação: Sim**Porcentagem:** 30,00% trinta por cento

ITEM
V

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

a) Os valores das mensalidades do plano contratado estão dispostos na tabela abaixo:

Plano Flex - Amb Hosp Obst Enf. co-participação 1 – Reg. ANS: 457.673/08-0

Faixa Etária	Valor
0 - 18	R\$ 222,75
19 - 23	R\$ 255,91
24 - 28	R\$ 268,71
29 - 33	R\$ 348,96
34 - 38	R\$ 366,41
39 - 43	R\$ 421,38
44 - 48	R\$ 585,69
49 - 53	R\$ 743,86
54 - 58	R\$ 818,24
59 ou mais	R\$ 1.334,65

Plano Flex - Amb Hosp c/ Obst Apto. co-participação 1 – Reg. ANS: 457.679/08-9

Faixa Etária	Valor
0 - 18	R\$ 273,46
19 - 23	R\$ 333,67
24 - 28	R\$ 350,35
29 - 33	R\$ 502,93
34 - 38	R\$ 528,07
39 - 43	R\$ 724,78
44 - 48	R\$ 761,02
49 - 53	R\$ 1.041,28
54 - 58	R\$ 1.124,59
59 ou mais	R\$ 1.637,97

3

b) Percentual de variação por faixa etária:

Plano Flex - Amb Hosp Obst Enf. co-participação 1 – Reg. ANS: 457.673/08-0

Faixa Etária	% Variação
0 - 18	0,00%
19 - 23	14,89%
24 - 28	5,00%
29 - 33	29,86%
34 - 38	5,00%
39 - 43	15,00%
44 - 48	38,99%
49 - 53	27,01%
54 - 58	10,00%
59 ou mais	63,11%

Plano Flex - Amb Hosp c/ Obst Apto. co-participação 1 – Reg. ANS: 457.679/08-9

Faixa Etária	% Variação
0 - 18	0,00%
19 - 23	22,02%
24 - 28	5,00%
29 - 33	43,55%
34 - 38	5,00%
39 - 43	37,25%
44 - 48	5,00%
49 - 53	36,83%
54 - 58	8,00%
59 ou mais	45,65%

c) Taxa de inscrição por beneficiário inscrito:

- Taxa de inscrição 1ª massa R\$ 0,00
- Taxa de Inscrição por Beneficiário: R\$ 15,00



d) A nota fiscal e boleto de cobrança dos valores pactuados serão encaminhados mensalmente, exclusivamente para o e-mail indicado pela Contratante.
A emissão de segunda via do boleto e alteração do e-mail para recebimento poderá ser realizada através do portal da Contratada.

e) Os valores cobrados serão reajustados de acordo com os critérios estabelecidos no Regulamento do plano Contratado.

ITEM
VI

BENEFÍCIOS

-TRANSPORTE AEROMÉDICO. - Benefício Contratado? - (SIM)

a) Fica garantida a cobertura de serviços de transporte aero médico exclusivamente aos beneficiários optantes, conforme critérios definidos no aditivo.

O aditivo contratual está anexo ao regulamento do produto contratado.

b) Valor cobrado por beneficiário:

R\$ 2,50 (Dois Reais e Cinquenta Centavos)

- SOS UNIMED EMERGÊNCIA:

a) Fica garantida a cobertura para o Aconselhamento Médico por Telefone, e Atendimento Pré-hospitalar de Urgência e Emergência (APH).

b) As definições de cobertura estão detalhadas nas Condições Gerais SOS Unimed Emergência disponibilizado à Contratante.

c) A área de abrangência do Aconselhamento Médico por Telefone é em todo território nacional, e do APH é restrita aos municípios de Curitiba, São José dos Pinhais, Araucária e Pinhais.

d) Valor cobrado por beneficiário:

R\$ 6,59 (Seis Reais e Cinquenta e Nove Centavos)

MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS.

Fazem jus à manutenção da condição de beneficiário exclusivamente:

a) Demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que mantenham vínculo empregatício com a Contratante do plano de saúde coletivo empresarial;

b) Que contribuíram para custear parte ou a integralidade da mensalidade do plano, desde que não seja relacionado a valores dos dependentes e agregados e à coparticipação de procedimentos;

c) O beneficiário que atender às condições acima e protocolar na Unimed Curitiba a sua solicitação de manutenção da condição de beneficiário em até 30 (trinta) dias, contados da data em que foi comunicado formalmente deste direito;

d) Caso atenda às exigências previstas em Lei e solicite a sua manutenção da condição de beneficiário no prazo estipulado, o beneficiário passará a assumir o pagamento integral das mensalidades do plano.

e) Caberá ao beneficiário titular comprovar a contribuição financeira nas mensalidades do plano, quando requisitar a continuidade no plano na condição de demitido sem justa causa ou aposentado.

ITEM
VII

PERMANÊNCIA DOS DEPENDENTES NA CONDIÇÃO DE FILHOS

Os filhos solteiros poderão permanecer no plano, na condição de beneficiários dependentes diretos em relação ao beneficiário titular até a idade de 43 anos incompletos.

ITEM
VIII

VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato começa a vigorar a partir de 01 de Março de 2024.

ITEM
IX

DECLARAÇÕES

Declaramos, para todo e qualquer fim, que:

1. Estamos cientes que somente poderá ser incluso no plano funcionário com relação empregatícia ou estatutária para planos **coletivos empresariais**, bem como seus respectivos dependentes (cônjuge, filhos e tutelados), sendo a inclusão, exclusão e demais mudanças cadastrais processadas até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês via internet, junto ao Portal da Unimed Curitiba, endereço eletrônico www.unimedcuritiba.com.br, para comodidade e agilidade no trâmite, tornando

desnecessária a apresentação dos respectivos documentos comprobatórios. Esta dispensa, contudo, não exige a contratante de fornecer o nome, qualificação completa e relação de titularidade ou dependência dos beneficiários inscritos.

A referida dispensa não se aplica para os seguintes casos:

Contratante com natureza jurídica “**Empresário Individual**” nos termos da Resolução Normativa vigente e;

Para inclusão de titulares recém admitidos, nos contratos coletivos empresariais, titulares aderentes aos contratos coletivos por adesão, e dependentes recém-casados, recém-nascidos, tutelados ou adotados na forma da legislação vigente.

2. Conhecemos as condições contratuais que deverão ser preenchidas, necessariamente, por aquele que pretenda ser inscrito no plano de saúde. Com relação à condição de beneficiários titulares e dependentes, fica a Unimed Curitiba habilitada a requisitar, via Portal Unimed, que se apresentem, em 30 (trinta) dias, os documentos aptos a ratificar o vínculo respectivo, cabendo à Contratante apresentá-los, cientes de que a omissão, transcorrido o prazo indicado, ocasionará o desligamento do dependente em situação irregular ou de toda a família, nos casos em que o titular perde seu status, nos moldes delineados no contrato.

3. Assumimos a responsabilidade pela veracidade dos dados informados, considerando que somente poderão ser introduzidos no sistema mediante indicação da assinatura eletrônica (login e senha) exclusiva e sigilosa, repassada pela Contratada neste ato, estando conscientes do dever de resguardá-la, adotando as providências e cuidados hábeis a impedir que seja divulgada a terceiros alheios à empresa ou que não detenham legitimidade para manuseá-la, de modo a impedir a inserção indiscriminada de dados, sob pena de configurar, caso seja detectada qualquer desconformidade, descumprimento dos termos contratuais podendo ocasionar, eventualmente, a rescisão do ajuste.

4. Recebemos os arquivos (digital formato PDF) contendo **MPS** (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde), o **GLC** (Guia de Leitura Contratual), o **Guia Rápido** do contrato, condições gerais do SOS (se contratado) e comprometemo-nos em entrega-los para os beneficiários titulares até a assinatura de sua proposta de ingresso no plano e resguardar a declaração de recebimento assinada pelo titular na pasta dos colaboradores, e deixá-la a disposição da Unimed Curitiba.

5. Sigilo e Confidencialidade:

A Contratante compromete-se por si, por seus empregados, sócios e representantes tratar todos os dados, informações gerenciais, documentos, procedimentos, especificações técnicas ou comerciais, programas de banco de dados, de natureza médica clínica ou não, a que tenha acesso em função do presente instrumento, exclusivamente para os seus fins, em caráter de sigilo e confidencialidade, seja eles de interesse de quaisquer das partes contratantes ou, ainda, de terceiros incluindo-se beneficiários, representantes ou funcionários da Contratante, devendo agir com diligência para evitar a sua indevida divulgação verbal ou escrita ou permitir seu acesso, seja por ação ou omissão.

6. Declaração de Entrega do(s) Regulamento(s) do(s) produto(s) contratado(s):

Declaramos a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebemos o arquivo (digital formato PDF) de forma clara e perfeitamente legível do(s) produto(s) contratado(s), abaixo relacionado(s) formatado(s) nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição:

Produto:

Flex Coletivo Empresarial coparticipação I (Procedimentos Ambulatoriais)

Nome comercial: Plano Flex - Amb Hosp Obst Enf. co-participação 1

Nº de registro do plano na ANS: 457.673/08-0

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Edição do Regulamento: 12ª EDIÇÃO

Produto:

Flex Coletivo Empresarial coparticipação I (Procedimentos Ambulatoriais)

Nome comercial: Plano Flex - Amb Hosp c/ Obst Apto. co-participação 1

Nº de registro do plano na ANS: 457.679/08-9

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Edição do Regulamento: 12ª EDIÇÃO

As partes entendem e concordam que este documento poderá ser assinado eletronicamente na forma da Medida Provisória – MP 2.200-2/2001.

Na qualidade de representante(s) legal(is) da empresa acima identificada, ratificamos todas as informações contidas neste instrumento contratual.

CURITIBA, 23 de Fevereiro de 2024

AGENCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO SA

FLAVIO HENRIQUE TAMEIRAO PEREIRA

CPF: 755.355.569-04

DIRETOR

PAULO CESAR KRAUSS
CPF: 610.751.919-04
DIRETOR

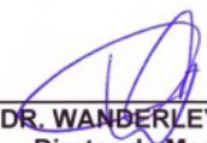
TESTEMUNHA – (IDENTIFICADA NA ASSINATURA ELETRÔNICA)

UNIMED CURITIBA


DR. RACHED HAJAR TRAYA
Diretor Presidente


DR. YUGO WILLIAM SAKAMOTO
Diretor Financeiro

TESTEMUNHA


DR. WANDERLEY SILVA
Diretor de Mercado

Anexo a Proposta de Admissão Nº 318213

Declaração de Oferecimento do Plano Referência

Na qualidade de Contratante e responsável pela proposta de admissão acima mencionada, declaramos para os devidos fins que por ocasião da decisão pela contratação de plano comercializado pela Unimed Curitiba, em cumprimento a lei 9656/98, o vendedor ofereceu os produtos Referência disponibilizados por esta operadora, esclareceu as características e as vantagens do plano, no entanto, optamos por contratar outro produto.

O plano referência, instituído pelo artigo 10 da Lei 9656 da ANS constitui o padrão de assistência médico-hospitalar e conjuga as coberturas ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com abrangência nacional.

O Plano Referência garante a cobertura para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos decorrentes de urgência e emergência durante o período de cumprimento de carências após 24h da contratação, excetuados os casos de doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor no ato da adesão ao plano de saúde e para as quais esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Por ser verdade, firma a presente declaração.

01 de Março de 2024

Razão Social: AGENCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO SA
CNPJ: 09.324.976/0001-94

Nome: FLAVIO HENRIQUE TAMEIRAO PEREIRA
CPF: 755.355.569-04

Nome: PAULO CESAR KRAUSS
CPF: 610.751.919-04

Assinatura do Responsável pela Contratante



ANEXO À PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º 318213

TERMO DE CIÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE A SER FORNECIDO AOS EMPREGADOS DA AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO S.A. MEDIANTE CONTRATAÇÃO DIRETA

A Agência Curitiba de Desenvolvimento S.A., **DECLARA** estar ciente das previsões contidas na Lei 9.656/98 e nas normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que dispõem sobre a regulamentação de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Quanto a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar a ser contratada, concorda com as exclusões listadas no Art. 10 da Lei 9.656/98, respeitada a cobertura assistencial obrigatória prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da mesma Lei 9.656/98.

No que se refere aos itens abaixo indicados, constantes do EDITAL DE LICITAÇÃO AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO S.A. Nº 001/2024 PREGÃO ELETRÔNICO, PROCESSO NÚMERO 01-296182/2023, concorda sejam interpretados na forma da Lei e regulamento da ANS, a saber:

1. Item 3.1.1, Introdução do Edital, **Plano Referência**. O plano contratado não é Referência nos termos da Lei 9.656/98, conforme condições estabelecidas em contrato.
2. Item 3.1.3, Introdução do Edital, **Da coparticipação** em Eventos de Alto Custo, tais como Tomografias e Ressonâncias Magnéticas. A coparticipação ocorrerá **em todos os procedimentos ambulatoriais (inclusive de Alto Custo, Tomografias e Ressonâncias Magnéticas) e Internamentos psiquiátricos a partir do 31º dia de Internamento.**
3. O item 7.5.2 do Termo de Referência, – **Do prazo e condições de autorização**: as condições e os prazos de liberação para procedimentos ocorrerão **somente na forma e nos prazos da Lei**



9.656/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4. O item 8.1.2 do Termo de Referência, – **Da carência para urgência e emergência:** as condições e os prazos de carência para procedimentos de urgência e emergência ocorrerão **somente na forma e nos prazos da Lei 9.656/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**
5. Cláusula Sétima da Minuta de Contrato – **Das carências:** O período de carência para cada procedimento será aplicado como segue, contado a partir da data de inclusão do beneficiário:
- I. **24 (vinte e quatro) horas para: Urgência e emergência;**
 - II. **30 (trinta) dias para consultas e exames de patologia clínica;**
 - III. **90 (noventa) dias para: 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.
 - IV. **180 (cento e oitenta) dias 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, cineangiocoronariografia e videolaringostroboscopia 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, obstetrícia com amniocentese;

V. 300 (trezentos) dias para partos, incluindo cesarianas.

Parágrafo Primeiro - Exclusivamente nos contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais, haverá isenção do cumprimento dos prazos de carências, desde que a inclusão do beneficiário no plano ocorra em até 60 (sessenta) dias do início de vigência do contrato, ou em até 30 (trinta) dias da admissão, nascimento, adoção ou casamento.

Parágrafo Segundo - Os beneficiários que efetivarem alteração de plano após 30 (trinta) dias da data de sua inclusão, cumprem os prazos de **180 (cento e oitenta) dias de** carências, estabelecidos no inciso “III” acima, quando a alteração ensejar em acréscimo de cobertura ou padrão de acomodação (internamento hospitalar).



6. Da Rescisão: É facultado à CONTRATANTE e CONTRATADA, a qualquer tempo, cancelar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

7. Da tabela de valores: os valores a serem cobrados a título de mensalidade estão dispostos na proposta de admissão conforme número em epígrafe.

Curitiba, 01 de março de 2024.

AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO S/A

FLAVIO HENRIQUE TAMEIRÃO PEREIRA
DIRETOR

PAULO CESAR KRAUSS
DIRETOR

TESTEMUNHA - (IDENTIFICADA NA ASSINATURA ELETRÔNICA)

UNIMED CURITIBA



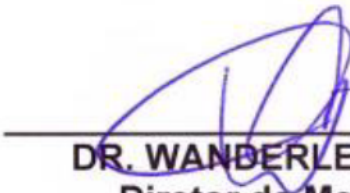
DR. RACHED HAJAR TRAYA
Diretor Presidente



DR. YUGO WILLIAM SAKAMOTO
Diretor Financeiro



TESTEMUNHA



DR. WANDERLEY SILVA
Diretor de Mercado





Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 23/02/2024 às 09:57:57 (GMT -3:00)

AGENCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO SA - 16.02.24

 ID única do documento: #f72a76e9-7181-40a9-b44e-83d6c99204c2

Hash do documento original (SHA256): 9448F20C0E258E471509557F7D8005FE26ED0F64ECBE7B793F9F802B43A20500

Este Log é exclusivo ao documento número #f72a76e9-7181-40a9-b44e-83d6c99204c2 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (3)

- ✓ PAULO CESAR KRAUSS (Representante Legal)
Assinou em 23/02/2024 às 10:02:53 (GMT -3:00)
- ✓ FLAVIO HENRIQUE TAMEIRAO PEREIRA (Representante Legal)
Assinou em 23/02/2024 às 10:03:48 (GMT -3:00)
- ✓ CELSO CAMPOS ORASMO (Testemunha)
Assinou em 23/02/2024 às 10:02:00 (GMT -3:00)

Histórico completo

Data e hora

23/02/2024 às 09:57:55
(GMT -3:00)

23/02/2024 às 10:02:00
(GMT -3:00)

Evento

CRM - AUTCOM solicitou as assinaturas.

CELSO CAMPOS ORASMO (CPF 254.094.689-53; E-mail corasmo@curitiba.pr.gov.br; IP 191.32.28.79), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2º.



Data e hora

23/02/2024 às 10:02:53
(GMT -3:00)

Evento

PAULO CESAR KRAUSS (CPF 610.751.919-04; E-mail krauss@curitiba.pr.gov.br; IP 187.53.113.18), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

23/02/2024 às 10:03:48
(GMT -3:00)

FLAVIO HENRIQUE TAMEIRAO PEREIRA (CPF 755.355.569-04; E-mail flpereira@curitiba.pr.gov.br; IP 191.32.28.79), assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

23/02/2024 às 10:03:49
(GMT -3:00)

Documento assinado por todos os participantes.