

**À COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR -
PROCON DE MARACANAÚ**

Processo nº 2604056400100056301

Reclamante: **TEREZINHA HONORIO DE MEDEIROS**
CPF: **458.460.493-20**

Reclamada: **LIV - LINHAS INTELIGENTES DE ATENÇÃO A VIDA S/A**

LIV - LINHAS INTELIGENTES DE ATENÇÃO A VIDA S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 00.846.662/0001-87 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 37.928-0, com foro e sede na Av. Paulista, 1079 – 7º andar, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP: 01.311-200, vem apresentar **DEFESA ADMINISTRATIVA**, conforme os fundamentos fáticos e jurídicos expostos.

I - SÍNTESE DA DEMANDA

Trata-se de reclamação administrativa, no qual a Reclamante, alega que possuía plano odontológico junto a Odonto System, onde efetuava o pagamento mensal no valor de R\$ 20,28 (vinte reais e vinte e oito centavos) mediante desconto do seu contracheque. Alega, ainda, que diante da situação instaurou um procedimento administrativo junto ao Procon 410056400100085301, em 25/10/2024. Na ocasião, conforme carta de tratativa apresentada pela empresa foi informado o cancelamento do plano, sendo gerado o protocolo nº 0194920241029649402.

Afirma que, mesmo após o referido cancelamento, continuo ocorrendo descontos em seu contracheque. Relata que no mês de março de 2026 recebeu a cobrança por meio de boleto emitido pelo LIV Saúde, no valor de R\$ 26,02 (vinte e seis reais e dois centavos), a qual afirma possuir vínculo com a empresa Odonto System.

Destaca que em contato com a Odonto System foi novamente informada de que seu plano se encontra cancelado desde outubro de 2024, sendo fornecido o protocolo nº 31318888. Contudo, ao entrar em contato com a LIV, foi informada de que seu plano permanece ativo.

Assim, diante da ausência de solução administrativa, requer o estorno dos valores pagos após o cancelamento do plano, bem como o cancelamento definitivo de qualquer vínculo contratual existente.

Audiência designada para o dia 28/05/2026 às 11hs de forma virtual.

Desta feita, a Reclamada foi instada a apresentar informações por escrito quanto aos fatos alegados.

II – DO ATENDIMENTO AOS PEDIDOS DA CONSUMIDORA

Inicialmente, cumpre esclarecer que a Reclamada, pautada nos princípios da boa-fé, transparência e respeito às normas consumeristas, procedeu à análise administrativa da demanda apresentada pela Reclamante, adotando todas as medidas necessárias para a solução da questão.

Após a devida apuração interna, foi identificado cenário que demandou ajustes administrativos relacionados ao vínculo do plano odontológico mencionado na reclamação. Assim, visando à pronta resolução da demanda e à satisfação da consumidora, **a Operadora realizou o cancelamento definitivo do plano odontológico, bem como providenciou a devolução dos valores cobrados no período compreendido entre 10/2024 e 03/2026, conforme documentos anexados.**

Nesse sentido, foi efetivado o reembolso no valor total de R\$ 362,96 (trezentos e sessenta e dois reais e noventa e seis centavos), correspondente às cobranças realizadas no referido período.

Dessa forma, verifica-se que os pedidos formulados pela Reclamante foram devidamente atendidos na esfera administrativa, demonstrando o compromisso da Reclamada com a resolução consensual das demandas apresentadas por seus beneficiários.

Assim, considerando a perda superveniente do objeto da presente reclamação, **requer a Reclamada o cancelamento da audiência designada para o dia 28/05/2026, às 11h,** tendo em vista a solução integral da demanda administrativa.

Por fim, reafirma a Reclamada sua atuação pautada na boa-fé e no compromisso permanente com a qualidade dos serviços prestados e com o adequado atendimento aos seus beneficiários.

III – DA CONCLUSÃO

Por tudo que se expôs, requer:

a) Que seja recebida e apreciada a presente **DEFESA ADMINISTRATIVA - ESCLARECIMENTOS FORMAIS**, por tempestiva;

b) Que seja **RECONHECIDA A RESOLUÇÃO VOLUNTÁRIA DA DEMANDA, ARQUIVANDO-SE O PRESENTE PROCESSO COMO TOTALMENTE RESOLVIDO, BEM COMO O CANCELAMENTO DA AUDIÊNCIA DESIGNADA PARA O DIA 28/05/2026, ÀS 11HS.**

Requer, ainda, que as intimações/notificações futuras referentes ao presente feito sejam **EXCLUSIVAMENTE** dirigidas à advogada **JULIANA ABREU TEIXEIRA, OAB/CE 13463**, com endereço profissional à Rua Cel. Helder Benevides, nº 36, Patriolino Ribeiro, Fortaleza (CE), sob pena de nulidades.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Fortaleza, 18 de maio de 2026.



Juliana de Abreu Teixeira
OAB/CE nº 13.463

DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA

A LIV LINHAS INTELIGENTES DE ATENÇÃO A VIDA S/A

Pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº00.846.662/0004-20 , registrada na ANS sob o nº 37928-0, estabelecida na R Papi Junior , 1222 - Rodolfo Teofilo, Fortaleza/CE, CEP: 60430-230

DECLARA para os devidos fins, que o(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s) possui(em) registro junto a esta operadora, vinculado(s) ao produto com as especificações abaixo:

Contratante: MUNICIPIO DE MARACANAU Titular: TEREZINHA HONORIO DE MEDEIROS Carteirinha:07333022002941 CPF: 45846049320 Situação: Cancelado 13/05/2026 Motivo: A PEDIDO DO USUARIO	Inclusão:01/02/2022
---	---------------------

ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO	
Nº Registro / Código na Operadora:	481342181
Segmentação Assistencial:	ODONTOLÓGICO
Contratação:	COLETIVO EMPRESARIAL
Abrangência Geográfica:	MUNICIPAL
Tipo do Plano:	REGULAMENTADO
Acomodação:	ENFERMARIA


Por ser verdade, firmamos a presente em apenas uma via.

Fortaleza, 15 de maio de 2026

LIV LINHAS INTELIGENTES DE ATENÇÃO A VIDA S/A

Setor de Cadastro

(85) 4000-1661

	FORMULÁRIO		
	Codificação: LIV.FOR.ATB.003	Revisão: 01	Página: 1/1
Título: Cancelamento de plano a pedido			
Data de elaboração: 06/09/2022	Data de revisão: 06/11/2023	Área emitente: Atendimento ao cliente	

DADOS DO TITULAR/ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome completo: TEREZINHA HONORIO DE MEDEIROS	Produto:	
CPF: 458460493-20	RG:	
Código do beneficiário titular (nº da carteira):	Data de nascimento: 28/7/1973	Solicita cancelamento? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO

DADOS DO DEPENDENTE

Dependente ¹ :	Nº da carteira do plano:	Solicita cancelamento? () SIM () NÃO
Dependente ² :	Nº da carteira do plano:	Solicita cancelamento? () SIM () NÃO
Dependente ³ :	Nº da carteira do plano:	Solicita cancelamento? () SIM () NÃO

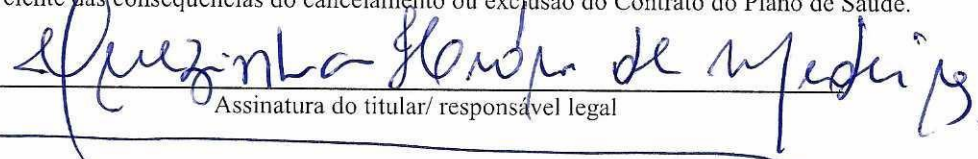
1. Em caso de cancelamento somente do(s) dependente(s), deverá ser preenchido o nome do titular e os dados do(s) dependente(s) a ser(em) excluído(s);
2. Nos casos de contratação individual / familiar, a quebra do contrato unilateral por parte do contratante, em um período menor de 1(um) ano, poderá acarretar a cobrança de uma multa rescisória compreendida por um percentual proporcional das parcelas vincendas em 10% (dez por cento) do valor destas.

CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1. O beneficiário passará a cumprir novos períodos de carências em caso de eventual ingresso em novo plano;
2. Caso deseje fazer novo contrato na LIV Saúde ou em outra operadora, será necessário o preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), será necessário cumprir Cobertura Parcial Temporária, o que implica em suspensão de cobertura para procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos por um período ininterrupto de 24 meses;
3. O cancelamento levará à perda do direito à portabilidade de carência em caso de eventual ingresso em novo plano, logo o vínculo com a LIV deverá permanecer ativo até que a portabilidade ocorra;
4. Mesmo com cancelamento do contrato, é de responsabilidade do titular do plano as mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações devidas pelos serviços realizados antes da solicitação de cancelamento/exclusão;
5. A operadora não está obrigada a arcar com as despesas de eventuais procedimentos, ainda que já tenham sido autorizados, que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato;
6. Responsabilidade, por parte do titular do plano, sobre despesas decorrentes de eventuais serviços de saúde utilizados após o cancelamento, incluindo casos de urgência ou emergência;
6. A exclusão do beneficiário titular do contrato individual /familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;
7. A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 24, da RN nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências;
8. Caso o beneficiário possua em contrato o direito de remissão, o eventual ingresso em novo plano de saúde acarretará na perda imediata a este direito, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
9. Efeito imediato e irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da assinatura deste documento.

Data: 13/5/2026 Horário: _____

Li e confirmo estar ciente das consequências do cancelamento ou exclusão do Contrato do Plano de Saúde.


 Assinatura do titular/ responsável legal

PLANO ODONTOLÓGICO
 (CANCELAR).



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900073133	No. compromisso cliente	Data do Crédito 15/05/2026	Valor Pago 362,96
Dados do Pagador Nome LIV LINHAS INTELIGENTES DE ATE Convênio 0033-1584-004905832609			CNPJ/CPF 00.*****/****-20 Agência/Conta Corrente 1584 / 000130017341 Instituição Pagadora BCO SANTANDER BRASIL S A
Dados do Recebedor Nome TEREZINHA HONORIO DE MEDEIROS			CNPJ/CPF ***.460.493-**
Instituição Financeira Favorecida NU PAGAMENTOS - IP			
ID/Transação: E90400888202605151232YL057022065			
Chave	(85) * ****-*675		
Titularidade	Outra		
Autenticação Bancária C5F10546B0A78A60DDC47D8			

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)