

NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093
M1 CPL

Saúde

FRANCISCO OTACY PEREIRA DA SILVA

Código da carteirinha

0FVXB000001015

Dependente

Informações do plano

Adesão

30/10/2023

Cobertura parcial temporária

NÃO HÁ

Empresa

HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA

Plano

NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 M1 CPL

Rede

NP AMPLO JN

Código da carteirinha

0FVXB000001015

Tipo de acomodação

ENFERMARIA

Empresa contratada

-

Registro plano ANS

484252199

Segmentação

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA

Informações do beneficiário

Nome

FRANCISCO OTACY PEREIRA DA SILVA

Data de nascimento

05/08/2011

Matrícula

-

CNS

-



ANS nº 36.825-3



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL
FORTALEZA - CE

Para contratos assinados de 24/10/2023 a 31/12/2023

ANS-nº 36.825-3

PORTE I (de 2 a 15 vidas) e PORTE II (de 16 a 29 vidas)

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
00 a 18 anos	R\$ 122,75	R\$ 165,55	R\$ 247,58	R\$ 90,68	R\$ 129,41	R\$ 193,34
19 a 23 anos	R\$ 137,48	R\$ 185,42	R\$ 277,29	R\$ 101,56	R\$ 144,94	R\$ 216,54
24 a 28 anos	R\$ 153,98	R\$ 207,67	R\$ 310,56	R\$ 113,75	R\$ 162,33	R\$ 242,52
29 a 33 anos	R\$ 177,08	R\$ 238,82	R\$ 357,14	R\$ 130,81	R\$ 186,68	R\$ 278,90
34 a 38 anos	R\$ 203,64	R\$ 274,64	R\$ 410,71	R\$ 150,43	R\$ 214,68	R\$ 320,74
39 a 43 anos	R\$ 242,33	R\$ 326,82	R\$ 488,74	R\$ 179,01	R\$ 255,47	R\$ 381,68
44 a 48 anos	R\$ 302,91	R\$ 408,53	R\$ 610,93	R\$ 223,76	R\$ 319,34	R\$ 477,10
49 a 53 anos	R\$ 378,64	R\$ 510,66	R\$ 763,66	R\$ 279,70	R\$ 399,18	R\$ 596,38
54 a 58 anos	R\$ 643,69	R\$ 868,12	R\$ 1.298,22	R\$ 475,49	R\$ 678,61	R\$ 1.013,85
59 anos ou mais	R\$ 720,93	R\$ 972,29	R\$ 1.454,01	R\$ 532,55	R\$ 760,04	R\$ 1.135,51

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
De "00 a 18" a "19 a 23"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 471.906.14-9), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no contrato (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidênciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 63,89	R\$ 20,40
ODONTO PROTEÇÃO	471.906/14-9	8764	-	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA.

OBS: - A odontologia deverá ser adquirida em contrato separado do médico.

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO*	R\$ 15,00

*Por usuário FORTALEZA

DocuSigned by: 30/10/2023

Local

Assinatura de ANA PAULA GOMES

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO				
PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO		
Consultas Eletivas	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 20,50
Consultas de Urgência	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 30,75
Exames Simples	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 18,45
Exames Complexos	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 71,75
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 62,73	50,00%	Limitado a R\$ 62,73

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Observação: As partes convencionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas aos colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em FORTALEZA - CE, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

DocuSigned by: E8034AFFE93E4CC...

Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x	(=) Valor do Documento 900,12
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) O ATRASO NO PAGAMENTO DA SUA MENSALIDADE PODE LEVAR A SUSPENSÃO E/OU CANCELAMENTO DO SEU PLANO. PAGAMENTOS EFETUADOS APOS O VENCIMENTO ESTARÃO SUJEITOS A JUROS DE R\$: 1,05 POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO. EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR				(-) Desconto
				(-) Abatimento
				(+) Mora
				(-) Outros Acréscimos
				(=) Valor Cobrado
Pagador: HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA 50.481.641/0001-83 0FVXB R. JOSE FERREIRA DA SILVA 257 - JARDIM BANDEIRANTES - - 61.934-230 MARACANAÚ / CE Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98 Cod. Transação: CVT774-5				

	033-7	Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA	
	Recibo do Pagador		
			Vencimento 28/02/2026
			Nosso Número 1010643990723
			Numero do Documento 3282491818
			Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
		(=) Valor do Documento 900,12	
Pagador		Autenticação Mecânica	

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98

		033-7	03399.82167 96710.106434 99072.301015 3 13710000090012		
Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 28/02/2026
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
Data do Documento 06/02/2026	Numero do Documento 3282491818	Especie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 28/01/2026	Nosso Número 1010643990723
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x	(=) Valor do Documento 900,12	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) O ATRASO NO PAGAMENTO DA SUA MENSALIDADE PODE LEVAR A SUSPENSÃO E/OU CANCELAMENTO DO SEU PLANO. PAGAMENTOS EFETUADOS APOS O VENCIMENTO ESTARÃO SUJEITOS A JUROS DE R\$: 1,05 POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO. EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA 50.481.641/0001-83 0FVXB R. JOSE FERREIRA DA SILVA 257 - JARDIM BANDEIRANTES - - 61.934-230 MARACANAÚ / CE Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98 Cod. Transação: CVT774-5					

Autenticação mecânica Ficha de Compensação



IMPRIMIR

		033-7		Recibo do Pagador	
Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento: 30/01/2026
Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário: 2136/8216967
Data do Documento: 05/02/2026	Numero do Documento: 3261170052	Especie Documento: REC	ACEITE: N	Data do Processamento: 30/12/2025	Nosso Numero: 1010633011188
Carteira: COBRANÇA SIMPLES - RCR	Especie: REAL	Quantidade:	Valor: R\$	(-) Valor do Documento: 4.742,49	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente): O ATRASO NO PAGAMENTO DA SUA MENSALIDADE PODE LEVAR A SUSPENSÃO E/OU CANCELAMENTO DO SEU PLANO. PAGAMENTOS EFETUADOS APOS O VENCIMENTO ESTARÃO SUJEITOS A JUROS DE R\$: 5,53 POR DIA DE ATRASO. ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO. EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA 50.481.641/0001-83 OFVXB R. JOSE FERREIRA DA SILVA 257 - JARDIM BANDEIRANTES - - 61.934-230 MARACANAÚ / CE Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					NF: 81505453 Cod. Transação: CVT774-5

		033-7		Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA	
Recibo do Pagador	Vencimento: 30/01/2026				Nosso Número: 1010633011188
	Numero do Documento: 3261170052				Agência / Código Beneficiário: 2136/8216967
	(=) Valor do Documento: 4.742,49				
	Pagador: HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA 50.481.641/0001-83 OFVXB R. JOSE FERREIRA DA SILVA 257 - JARDIM BANDEIRANTES - - 61.934-230 MARACANAÚ / CE Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98				NF: 81505453 Cod. Transação: CVT774-5
	Autenticação Mecânica				

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98

		033-7		03399.82167 96710.106335 01118.801016 1 13420000474249	
Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento: 30/01/2026
Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário: 2136/8216967
Data do Documento: 05/02/2026	Numero do Documento: 3261170052	Especie Documento: REC	ACEITE: N	Data do Processamento: 30/12/2025	Nosso Numero: 1010633011188
Carteira: COBRANÇA SIMPLES - RCR	Especie: REAL	Quantidade:	Valor: R\$	(-) Valor do Documento: 4.742,49	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente): O ATRASO NO PAGAMENTO DA SUA MENSALIDADE PODE LEVAR A SUSPENSÃO E/OU CANCELAMENTO DO SEU PLANO. PAGAMENTOS EFETUADOS APOS O VENCIMENTO ESTARÃO SUJEITOS A JUROS DE R\$: 5,53 POR DIA DE ATRASO. ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO. EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA 50.481.641/0001-83 OFVXB R. JOSE FERREIRA DA SILVA 257 - JARDIM BANDEIRANTES - - 61.934-230 MARACANAÚ / CE Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					NF: 81505453 Cod. Transação: CVT774-5

Autenticação mecânica: Ficha de Compensação



IMPRIMIR



comprovante de pagamento outros bancos

30 dez de 2025

Identificação no extrato:

PAG. TIT. BANCO 033

Dados da conta debitada:

Nome:

JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA

Agência:

1640

Conta:

78379-9

Dados do pagamento:

Código de barras:

0339982167 96710106202 91386201015 3 13110000073712

Instituição Emissora:

033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Nome do beneficiário:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

Razão Social do beneficiário:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

CPF/CNPJ do beneficiário:

63.554.067/0001-98

Nome do pagador:

HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ do pagador:

50.481.641/0001-83

Nome do pagador efetivo:

JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA

CPF/CNPJ do pagador efetivo:

062.099.973-09

Data de vencimento:

30/12/2025

Data do pagamento:

30/12/2025

Valor do documento:

R\$ 737,12

Desconto:

R\$ 0,00

Juros/Mora:

R\$ 0,00

Multa:

R\$ 0,00

Total de encargos:

R\$ 0,00

Valor pago:

R\$ 737,12

Pagamento efetuado em

30/12/2025 às 21:52:30 via MOBILE

Autenticação digital Itaú:

F6A874AC69FCD212D045EA2CD2FDB96A27286AB6



Comprovante de pagamento

30 JAN 2026 - 21:48:02

Valor R\$ 737,12

III Destino

Favorecido HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

Banco BCO SANTANDER BRASIL S.A.

Vencimento 30 JAN 2026

Código de barras 033998216796
710106335128
824010161134
20000073712

Origem

Pagador Jaqueline de Sousa Pereira

Banco Nu Pagamentos S.A

Agência 0001

Conta 93721604-2

Nu Pagamentos S.A. - Instituição de Pagamento.
CNPJ 18.236.120/0001-58

ID da transação:
697d5142-692d-4f6e-9311-fdc80f17074c

Estamos aqui para ajudar se você tiver alguma dúvida.
Caso necessite de atendimento, acesse o [Me ajuda](#).

Ouvidoria: 0800 887 0463 ou demais canais em nubank.com.br/contatos#ouvidoria (Atendimento das 8h às 18h em dias úteis).



comprovante de pagamento outros bancos

29 nov de 2025

Identificação no extrato:

PAG. TIT. BANCO 033

Dados da conta debitada:

Nome:

JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA

Agência:

1640

Conta:

78379-9

Dados do pagamento:

Código de barras:

0339982167 96710106095 38446801011 1 12810000073712

Instituição Emissora:

033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Nome do beneficiário:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

Razão Social do beneficiário:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

CPF/CNPJ do beneficiário:

63.554.067/0001-98

Nome do pagador:

HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ do pagador:

50.481.641/0001-83

Nome do pagador efetivo:

JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA

CPF/CNPJ do pagador efetivo:

062.099.973-09

Data de vencimento:

30/11/2025

Data do pagamento:

Valor do documento:

R\$ 737,12

Desconto:

R\$ 0,00

Juros/Mora:

R\$ 0,00

Multa:

R\$ 0,00

Total de encargos:

R\$ 0,00

Valor pago:

R\$ 737,12

Pagamento efetuado em

29/11/2025 às 14:00:06 via MOBILE

Autenticação digital Itaú:

222000BF2F9347E0168408441648C46B045726D0

12:37 4G



← Agendar consulta

Função indisponível para o plano selecionado

Procure o departamento de Recursos Humanos da sua empresa para obter informações de como agendar sua consulta ou exame. Em caso de dúvidas, fale com nosso atendimento.

Voltar para tela inicial

Falar com atendimento online



PROPOSTA DE ADESÃO A PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONTRATAÇÃO SUPER SIMPLES
COLETIVO EMPRESARIAL
DE 02 A 29 VIDAS

ANS n° 359017

ANS n° 368253



NotreDame
Intermédica

SEJA BEM-VINDO

Caro beneficiário(a),

É com grande alegria que a Hapvida, um dos maiores sistemas de medicina e odontologia presente nas 5 regiões do país, recebe você. A partir da data de pagamento da primeira mensalidade, você pode começar a utilizar o seu plano, após o cumprimento da carência, que é o período que o consumidor deve aguardar para usufruir da cobertura contratada. Os prazos máximos de carência são:

- **24 horas para urgências e emergências;**
- **Até 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias;**
- **300 dias para parto a termo, se você contratou um plano Hospitalar com Obstetrícia.**

Para ser atendido em qualquer unidade ou prestador, leve sempre um documento oficial com foto (RG) ou certidão de nascimento (para menores de 18 anos que não possuem carteira de identificação com foto, junto com a identidade do responsável).

Você pode ter acesso a sua carteirinha virtual por meio dos nossos canais digitais, no site www.hapvida.com.br, e no Aplicativo Hapvida (para os sistemas Android ou IOS).

A operadora disponibiliza a identificação biométrica e/ou facial do beneficiário em todas as suas unidades. Nesses locais de atendimento, os clientes devem ser reconhecidos pela impressão digital e/ou facial. Vale ressaltar que a sua biometria será cadastrada no ato do seu primeiro atendimento.

Através dos nossos canais você pode consultar a rede de atendimento disponível de acordo com seu tipo de plano.

Além de nossos canais digitais, você também conta com os serviços de atendimento eletivo e urgência, pode também marcar consultas, exames e outros procedimentos nos terminais de autoatendimento (totens) em todas as unidades exclusivas, bem como pelos telefones 4020-1899, 0300 789 3650 e (16) 3434-4780, no horário de 06hs às 22hs.

Informações, reclamações e sugestões:

Site: www.hapvida.com.br/site/central_de_ajuda

SAC (24h): 0800.018.3456

Ouvidoria: 4020.9091 (segunda a sexta, exceto feriado, das 7h às 19h)

Será um prazer cuidar da sua saúde!

 /hapvida.saude

 @hapvidasaude

Apresente sempre um documento de identificação ao utilizar seu plano. Para menores, a Certidão de nascimento e a documentação do responsável legal são obrigatórios.



PROPOSTA CONTRATUAL

PLANO COLETIVO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)

Hapvida Assistência Médica SA • Av Heráclito Graça, 406.

Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98.

Nº DA PROPOSTA

659383

ANS nº 368253

ANS nº 359017

01 - Dados da Empresa Contratante

Contrato

Tabela

C.N.P.J

50.481.641/0001-83

CAEPF

Razão Social

HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA

Nome Fantasia

Ramo de Atividade

Inscrição Estadual

02 - Dados Complementares

Endereço de Cobrança

☐ Mesmo ☒ Outros

Endereço de cobrança

AV FRANCISCO CAMILO, SN

Complemento

Bairro

CENTRO

CEP

62.160-000

Cidade

COREAU

UF

CE

Telefone

(88) 9277-2236

FAX

Endereço

RUA JOSE FERREIRA DA SILVA, 257

Complemento

Bairro

JARDIM BANDEIRANTES

CEP

61.934-230

Cidade

MARACANAU

UF

CE

Telefone

(85)99288.5612

FAX

03 - Dados do responsável

Nome do Responsável

HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA

CPF

01736646362

Cargo

PROPRIETARIO

Telefone

(88) 9277-2236

E-mail

HERBERTHOLIVEIRA719@GMAIL.COM

04 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários

Porte I: de 02 a 15 usuários ☒

Porte II: de 16 a 29 usuários ☐

05 - Adesão / Vigência / Vencimento

Adesão

☐ 01 a 05 ☐ 06 a 10 ☐ 11 a 15 ☐ 16 a 20 ☐ 21 a 25 ☒ 26 a 30

Vencimento

☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 25 ☒ 30

06 - Cálculo do Custo Total do Contrato

☒ Integral

Observações:

Plano de Saúde

538,77

Plano Odonto

Tx. de Adesão

45,00

Total Geral

583,77

07 - Produtos

ASSISTÊNCIA MÉDICA

NOSSO PLANO

Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090
Segmentação	Ambulatorial	Segmentação	Ambulatorial
Acomodação	-	Acomodação	-
Fator Moderador	Coparticipação parcial	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	-	Código Interno	-
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal, Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação parcial	Fator Moderador	Coparticipação parcial
Código Interno	-	Código Interno	-
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas	03	Nº de Vidas	

Página 01/03

Ambulatorial + Hospitalar+ Obstetrícia			
Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	-	Código Interno	-
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,Mossoró./RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,Mossoró./RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA			
Cód. ANS - Saúde	471.906/14-9	Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PROTECAO EMP	Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia	Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A	Acomodação	N/A
Código Interno	-	Código Interno	-
Abrangência Geográfica	Nacional	Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

08 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 566/2022, da ANS.

09 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

9.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

9.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de COPARTICIPAÇÃO, esta será cobrada conforme disposto na tabela de vendas. Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários ou seus dependentes. Os pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizado pela CONTRATADA quando forem realizados na rede própria. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continua-rá(ao) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

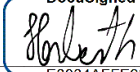
10 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

10.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas.

10.2 A CONTRATANTE declina da contratação do plano referência, oferecido pela OPERADORA nos termos da regulamentação vigente.

10.3 A CONTRATADA declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

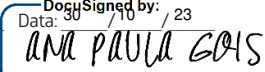
FORTALEZA, 30 de outubro de 23.

DocuSigned by:

E8034AFFE93E4CC...
Assinatura do(a) CONTRATANTE.

11 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ 583.77 (QUINHENTOS E OITENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E SETE CENTAVOS), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: FORTALEZA

Assinatura do representante autorizado: 
39036985830A4D7...

12 - Dados do representante

Nome do vendedor:	ANA PAULA GOIS	Código:	1672959	ds
Nome da representação:	AMEL'S CONCEITO	Código:	735	Rúbrica: 



Nº DA PROPOSTA

659383

INSTRUMENTO JURÍDICO DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU ODONTOLÓGICA COLETIVOS EMPRESARIAIS

CLÁUSULA PRIMEIRA DAS PARTES

1.1 – O presente Instrumento tem como integrantes, de um lado, **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA SA.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Heráclito Graça, nº 406, Centro, Fortaleza - Ceará, inscrita no CNPJ sob o nº. 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 36.825-3, no exercício da atividade de Medicina de Grupo, por seu Representante Legal abaixo assinado, doravante designada no presente instrumento **CONTRATADA** e, do outro, a pessoa jurídica devidamente qualificada e subscrita na Proposta Comercial, documento integrante do presente negócio jurídico, neste ato designada apenas **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA DO OBJETO

2.1 – Constitui objeto deste Instrumento a estipulação de condições gerais para a contratação de serviços de prestação continuada ou de cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, do tipo **COLETIVA EMPRESARIAL**, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS, através dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, de acordo com as características e segmentações assistenciais dos produtos contratados, constantes da **PROPOSTA COMERCIAL** e da **TABELA DE PREÇOS** anexas.

2.1.1 – Entende-se por contratação **COLETIVA EMPRESARIAL** aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação Empregatícia ou Estatutária.

2.2 – Os serviços serão prestados de acordo com as características e segmentações do(s) produto(s) escolhido(s) pelo interessado junto ao **CONTRATANTE** ao qual é vinculado, conforme condições previstas no instrumento contratual específico de cada produto contratado, parte integrante deste instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA DO TIPO DE PLANO

3.1 – Através do presente instrumento, estão sendo disponibilizados os produtos constantes da **PROPOSTA COMERCIAL** e da **TABELA DE PREÇOS**, para beneficiários ativos e inativos.

3.2 – As características de cada plano seguirão regras próprias, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as quais não poderão sofrer alterações por livre disposição de nenhuma das partes, em estrita conformidade com a legislação vigente à época do evento.

3.3 – A empresa **CONTRATANTE** declara, ter recebido na data de assinatura da presente contratação, da **CONTRATADA**, salvos em mídia digital, os instrumentos contratuais que regulam os produtos contratados especificados na **PROPOSTA COMERCIAL** e na **TABELA DE PREÇOS**.

CLÁUSULA QUARTA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ÁREA DE ATUAÇÃO

4.1 – A Área de Abrangência Geográfica, corresponde à área em que a **CONTRATADA** fica obrigada a garantir as coberturas de assistência médica e/ou odontológica contratadas. A Área de Atuação corresponde, para fins de toda e qualquer previsão legal e regulatória, aos municípios ou estados onde os produtos são comercializados, e variam de acordo com o(s) produto(s) constantes da **TABELA DE PREÇOS**, anexa à Proposta Comercial e ao presente instrumento, em conformidade com o instrumento contratual que regula cada um dos produtos contratados.

CLÁUSULA QUINTA DA ACOMODAÇÃO

5.1 – O padrão de acomodação será determinado de acordo com cada produto contratado, que segue(m) descrito(s) na Proposta Comercial. Importa ressaltar que produtos de assistência médica com segmentação exclusivamente ambulatorial, bem como produtos de assistência odontológica NÃO POSSUEM ACOMODAÇÃO.

CLÁUSULA SEXTA TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1. – Este instrumento é de contratação COLETIVA EMPRESARIAL, na forma do item 2.1.1, nos termos da Resolução Normativa nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

6.1.2. - Fica a CONTRATANTE, caso constituída como EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, nos termos da RN nº 557/2022 obrigada a, anualmente, em até 60(sessenta) dias da data de aniversário do contrato, comprovar perante a CONTRATADA a sua regularidade junto à Receita Federal e à Junta Comercial do respectivo Estado/Órgão Competente, bem como o vínculo empregatício dos seus empregados e de parentesco entre estes e seus dependentes, através da seguinte documentação:

- a) Requerimento de Empresário ou Contrato Social registrado na Junta Comercial do respectivo Estado da Federação ou Órgão competente, que esteja em situação ATIVA;
- b) Comprovante de inscrição emitido junto ao site da Receita Federal que comprove a regularidade cadastral, em situação ATIVA;
- c) Comprovantes de vínculo empregatício de seus empregados (GFIP, cópia da Ficha de Registro do Empregado ou Cópia da CTPS) e de vínculo de parentesco entre titulares e dependentes, quando a CONTRATANTE tiver funcionários a serem incluídos no contrato (Certidão de Casamento/Declaração de União Estável e Certidão de Nascimento).

6.1.2.1. - Anualmente, no aniversário do contrato, o CONTRATANTE deverá obrigatoriamente apresentar a documentação indicada no item 6.1.2. devidamente atualizada junto à CONTRATADA, sob pena ter o seu contrato rescindido, conforme alínea “b”, do item 26.1.2.1., da cláusula vigésima sexta, do presente instrumento.

6.2. – A forma de custeio do plano pela CONTRATANTE é INTEGRAL, não gerando para os beneficiários ativos inscritos nos produtos contratados por ocasião do presente instrumento, os direitos previstos nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98 e RN No. 488/2022, quando vierem a ser demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

6.2.1 - No caso de custeio integral pela CONTRATANTE, não será considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e à coparticipação do beneficiário na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

CLÁUSULA SÉTIMA DOS BENEFICIÁRIOS

7.1 - São considerados beneficiários das coberturas dos planos de assistência à saúde, objetos desta contratação, os Beneficiários Titulares e o Beneficiários Dependentes.

7.2 - São considerados BENEFICIÁRIOS TITULARES:

7.2.1 – ATIVOS: Pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, agentes políticos, trabalhadores temporários prestadores de serviço, estagiários e menores aprendizes, devidamente inscritos no presente Contrato.

7.2.2 – INATIVOS: Demitidos/Exonerados sem justa causa ou Aposentados, em conformidade com o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/1998 e na RN 488 da ANS.

7.3 - Serão considerados Beneficiários Dependentes aqueles que forem incluídos pelo Beneficiário Titular, conforme lista de beneficiários anexa à este Instrumento, cujo ingresso dependerá da participação do Beneficiário Titular no contrato.

7.4 – A contratação pelo interessado dar-se-á mediante a escolha dentre uma das opções de produtos disponibilizados pela CONTRATADA à CONTRATANTE, mediante instrumento contratual próprio, podendo se dar também nos casos de constituição de vínculo familiar.

7.5 – A escolha por um produto dentre as opções ofertadas à CONTRATANTE implica total e irrestrita concordância com as regras inerentes à contratação.

7.6 – O CONTRATANTE, assim como os beneficiários inscritos por ocasião da presente contratação, se obrigam, a qualquer tempo, quando solicitado pela CONTRATADA, a comprovar, através da apresentação de documentação válida, sua vinculação funcional à pessoa jurídica contratante ou o vínculo parental entre beneficiários titulares e dependentes.

7.7 – Dentre as hipóteses de beneficiários dependentes previstas na legislação aplicável e, visando garantir as condições negociais acordadas, as partes convencionam, como critério de dependência para fins da presente contratação, as pessoas listadas abaixo, cujo ingresso dependerá da participação do beneficiário titular no contrato. Assim, poderão ser incluídos, como beneficiário dependente:

- a) O cônjuge ou companheiro(a) do titular, mediante apresentação da certidão de casamento ou declaração de união estável emitida por cartório competente;
- b) Os(As) filhos(as) do titular, até 43 (quarenta e três) anos de idade, mediante apresentação da certidão de nascimento ou RG do filho(a);
- c) O(A) enteado(a) do titular, até 43 (quarenta e três) anos de idade, mediante apresentação da certidão de casamento / união estável do titular e certidão de nascimento ou RG do enteado(a).
- d) Os (As) netos(as) do titular, até 43 (quarenta e três) anos de idade, mediante apresentação da certidão de nascimento ou RG do(a) neto(a).

7.8 – A CONTRATADA poderá exigir a documentação que comprove a relação funcional ou de dependência dos pretensos beneficiários, conforme disposto na Cláusula 7.6. e, no caso do CONTRATANTE ser EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, conforme disposto no item 6.1.1., da Cláusula 6.1., do presente instrumento.

7.8.1 – Independentemente da exigência prevista neste instrumento, a CONTRATANTE se compromete com a veracidade de todos os dados informados, se responsabilizando integralmente por estes últimos, para todos os fins de direito e prova.

CLÁUSULA OITAVA

DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS E ALTERAÇÕES CADASTRAS

8.1 – As inclusões dos interessados nos planos contratados serão de responsabilidade da CONTRATANTE, sendo igualmente responsável por todas as informações e documentos necessários às adesões, de forma a comprovar os vínculos regulatórios exigidos para a efetivação da contratação.

8.2 – As inclusões de novos beneficiários, serão promovidas pela CONTRATANTE através do website da CONTRATADA, mediante login e senha próprios:

- a) Se o vencimento do valor mensal do contrato for 05 (cinco) - até o dia 10 (dez) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as inclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários;
- b) Se o vencimento do valor mensal do contrato for qualquer outra data - até o dia 15 (quinze) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as inclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários.

8.3 – As exclusões dos Beneficiários Titulares e Beneficiários Dependentes serão promovidas pelo CONTRATANTE, através do endereço eletrônico da CONTRATADA, mediante login e senha próprios:

- a) Se o vencimento do valor mensal do contrato for 05 (cinco) - até o dia 10 (dez) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as exclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários;
- b) Se o vencimento do valor mensal do contrato for qualquer outra data - até o dia 15 (quinze) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as exclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários.

8.3.1 – O beneficiário titular poderá solicitar sua exclusão ou a exclusão de seu(s) dependente(s) à CONTRATANTE, a qualquer tempo, devendo observar o que determina o item 23.1., da cláusula vigésima terceira, deste instrumento.

8.3.2 - Na falta de comunicação, em tempo oportuno, da inclusão ou exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo as eventuais retificações implementadas na fatura subsequente.

8.3.3 - As despesas decorrentes do atendimento de Beneficiário Titular e de seus Dependentes, que deixou de pertencer aos quadros da CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à CONTRATADA, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

8.4 - A CONTRATANTE, ao solicitar a exclusão de beneficiário(s) do plano privado de assistência à saúde, deverá informar à CONTRATADA:

- I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- III – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- IV – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se renunciou o seu direito de continuar na condição de beneficiário.

8.5 – Nos termos da RN 488 da ANS, a CONTRATADA solicitará à CONTRATANTE, sempre que esta última solicitar a exclusão de beneficiário, que lhe seja informado a razão da exclusão, e sendo por demissão/exoneração, sem justa, ou aposentadoria, e só acatará mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no item anterior.

CLÁUSULA NONA
DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9.1 – Todas as coberturas e procedimentos garantidos serão os vigentes à época do evento, devidamente regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e descritos especificamente nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, entregues, neste ato, ao CONTRATANTE.

9.2 - Estão excluídas da cobertura contratada os serviços de enfermagem, fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional ou qualquer tipo de sessão multidisciplinar de caráter particular, em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários, consultas, serviços ou atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência, aluguel de equipamentos hospitalares e similares, coleta de exames laboratoriais em domicílio, Home-Care e etc., ainda que solicitados pelo médico assistente. Caso a CONTRATANTE tenha interesse em oferecer esses serviços a seus beneficiários, poderá solicitar à CONTRATADA uma proposta para fornecimento dos serviços, com custeio em fatura extra (custo operacional).

9.3. Nos produtos com segmentação exclusivamente ambulatorial, não será garantida qualquer modalidade de internação hospitalar, clínica ou cirúrgica, bem como qualquer internação domiciliar (HOME CARE), seja em substituição à internação hospitalar ou não, e ainda que solicitada ou prescrita pelo médico assistente do beneficiário.

9.3.1. No caso de necessidade de internação hospitalar, cuja cobertura está excluída nesta cláusula, o BENEFICIÁRIO poderá optar pela continuidade do atendimento na rede própria da CONTRATADA, assumindo todos os custos de forma particular, podendo consultar no site www.hapvida.com.br os valores praticados pela CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA
DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

10.1. Aos beneficiários que optarem por planos com segmentação hospitalar, com ou sem coparticipação, será assegurada a cobertura para internação psiquiátrica, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, conforme legislação específica vigente, nos seguintes termos:

a) Custeio de 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, a cada 12(doze) meses de vigência do contrato; ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrado do CONTRATANTE, a título de coparticipação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado entre a CONTRATADA e o respectivo prestador de serviços de saúde, que é a participação financeira do CONTRATANTE quando da utilização dos referidos serviços de assistência.

b) Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA
DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1 – A cobertura para atendimento de Urgência e Emergência de cada produto seguirá o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência Médica e/ou Odontológica que integram o presente instrumento.

11.2 – Nos casos específicos de impossibilidade comprovada de acesso à rede assistencial em situações de urgência e emergência e, exclusivamente, dentro das áreas de abrangência geográfica e atuação de cada produto, a CONTRATADA poderá efetuar o reembolso, exceto para os casos previstos na RN 541/2022, de despesas nos limites dos custos com que arcaria em situações de igual natureza, mediante a comprovação documental do evento através da apresentação dos documentos elencados nos instrumentos contratuais de cada plano e a competente apuração das circunstâncias, tendo como limite financeiro de reembolso os múltiplos estabelecidos na TABELA DE REEMBOLSO, observadas a fórmula de cálculo e documentação obrigatória previstas nesse contrato.

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS		
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO		MÚLTIPLOS
COBERTURAS HOSPITALARES E DIÁRIAS	Diárias e taxas hospitalares	1 x Tabela
	Serviços auxiliares de diagnose e terapias	1 x Tabela
	Honorários médicos	1 x Tabela
COBERTURAS AMBULATORIAIS E TAXAS	Consultas médicas	1 x Tabela
	Exames	1 x Tabela
	Terapias	1 x Tabela

11.2.1 – Serão cobertos os materiais e medicamentos utilizados ou ministrados dentro do período de internação hospitalar ou atendimentos em pronto-socorro, sempre observada a segmentação do plano contratado e desde que previstos no presente Contrato, medicamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, sendo reembolsados de acordo com os valores negociados com o prestador de serviços e não serão superiores aos constantes nos materiais publicados pelo Brasíndice e Simpro respectivamente, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a legislação e regulamentação vigente.

11.2.2– Estão excluídos os medicamentos importados não nacionalizados, que não terão Cobertura, de acordo com o disposto no presente Contrato em total consonância com a legislação e regulamentação vigente.

11.2.3 – As despesas médicas pagas diretamente pelo Beneficiário, Titular ou Dependente, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta médica, com base na Tabela Procedimentos Médicos da CONTRATADA, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pela CONTRATADA junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

11.2.4 – A Tabela de Procedimentos Médicos da CONTRATADA estará disponível para consulta dos Beneficiários na sua sede e no portal da CONTRATADA, o qual informará ainda o Cartório de Registro de Títulos e Documentos onde a tabela encontra-se registrada. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela, o Beneficiário poderá contar a Central de Atendimento da CONTRATADA.

11.2.5 – Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao Beneficiário Titular ou Dependente com serviço de assistência à saúde coberta pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador a CONTRATADA, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela de Procedimentos Médicos será faturada para a Contratante, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

11.2.6 – Para efeito do cálculo dos valores de reembolso, a US – UNIDADE DE SERVIÇO tem seu valor fixado inicialmente em R\$ 1,00 (um real).

11.2.7– O cálculo do reembolso, em reais, será apurado através da seguinte fórmula

$$\text{REEMBOLSO} = \text{N}^\circ \text{ de US} \times \text{Valor US} \times \text{Múltiplo do Plano} + \text{UCO (quando aplicável)}$$

Onde:

Nº de US (UNIDADE DE SERVIÇO): é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso para o respectivo procedimento.

Valor da US: é o valor em reais para o cálculo do valor devido como reembolso.

Múltiplo do Plano: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre o Nº de US, indicará o valor de reembolso.

UCO (Unidade de Custo Operacional): é o valor em reais a ser incluído ao cálculo do reembolso dos exames, terapias e procedimentos.

Exemplos:

a) Consulta médica – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 75

Valor em moeda corrente da US R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano – 1X Tabela de Reembolso

Valor do reembolso = $75 \times 1,00 \times 1 = \text{R\$ } 75,00$

b) Eletrocardiograma Convencional (de até 12 derivações) – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 19,03

Valor em moeda corrente da US R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano – 1X Tabela de Reembolso

UCO em moeda corrente (Exames) - R\$7,95

Valor do reembolso = $19,03 \times 1,00 \times 1 + 7,95 = \text{R\$ } 26,98$

c) Acupuntura por sessão – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 59,38

Valor em moeda corrente da US R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano – 1X Tabela de Reembolso

UCO em moeda corrente (Terapias) - R\$8,48

Valor do reembolso = $59,38 \times 1,00 \times 1 + 8,48 = \text{R\$ } 67,86$

11.2.8– . Em nenhuma hipótese o valor a ser reembolsado, superará o total do valor apresentado das despesas, mesmo que o limite financeiro de reembolso para o(s) procedimento(s) em questão seja(m) superior(es) ao(s) valor(es) apresentado(s).

11.2.9– O reajuste do valor da US para cálculo dos limites de reembolso, poderá considerar a variação dos custos médico-hospitalares dos procedimentos cobertos por este contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato, tendo como parâmetro o que dispõe a legislação e regulamentação vigentes.

11.2.10– Nos casos relacionados no item 7.4.1 e dentro dos limites das obrigações deste Contrato, obedecendo a área de abrangência geográfica, a área de atuação do plano contratado e os mecanismos de regulação, deverão ser observadas as seguintes regras:

11.2.11– As despesas médicas pagas diretamente pelo Beneficiário, Titular ou Dependente, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta médica, com base na Tabela de Reembolso e não será inferior ao da Tabela praticada pela CONTRATADA junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

11.2.12– Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao Beneficiário Titular ou Dependente com serviço de assistência à saúde coberta pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador a CONTRATADA, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da TABELA DE REEMBOLSO será faturada para a CONTRATANTE, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

11.2.13– . O Beneficiário, para obtenção do reembolso previsto no item anterior, deverá obedecer aos seguintes requisitos:

11.2.13.1– . O Beneficiário ou seu responsável deverá comunicar a ocorrência à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito) horas após o início do atendimento para obtenção do número de protocolo do evento.

11.2.13.2– O Reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de entrega pelo Beneficiário da documentação completa exigida.

11.2.13.3– O Reembolso será efetivado por depósito na conta bancária do Beneficiário Titular e informada por ele em solicitação de reembolso por escrito, não sendo permitida utilização da conta bancária de terceiros.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

12.1 - As regras concernentes às doenças e lesões preexistentes seguirão o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de cada produto de prestação de Assistência à Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DA REMOÇÃO E TRASLADOS

13.1 – As regras concernentes à remoção seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de cada produto de prestação de Assistência à Saúde, parte integrante deste instrumento, bem como na Resolução Normativa nº 566/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e posteriores alterações.

13.2 – As partes contratantes pactuam que, objetivando propiciar o melhor atendimento possível aos beneficiários da CONTRATANTE, bem como a melhor adequação dos custos assistenciais, fica facultado à CONTRATADA, a seu exclusivo critério, o traslado de pacientes para tratamentos médicos em outras localidades, pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, nas quais disponibilize estrutura própria ou credenciada apta a oferecer condições terapêuticas avançadas e seguras ao usuário, cabendo a CONTRATADA suportar integralmente as despesas advindas do transporte do paciente.

13.2.1 – A CONTRATANTE autoriza a realização pela CONTRATADA dos traslados ora descritos, e assume a obrigação de divulgar, por ocasião da assinatura desse contrato, tal previsão para todos os seus usuários, titulares e dependentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

14.1 – As regras concernentes às exclusões de cobertura de cada produto seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, além do que não for de cobertura obrigatória, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS e Lei 14.454/2022, vigente à época da solicitação do procedimento, de acordo com as segmentações do produto ao qual o beneficiário está vinculado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA
DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

15.1 – As disposições concernentes aos mecanismos de regulação para utilização dos serviços dos produtos contratados, seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde que integram o presente instrumento.

15.2 Fica estabelecido que na hipótese de não comparecimento do(a) Beneficiário(a) nas consultas médicas agendadas na Rede Própria da CONTRATADA, sem cancelamento com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, será cobrado, a título de multa pelo não comparecimento, por consulta, o valor descrito conforme material disponível no site da CONTRATADA e nos demais canais de atendimento informados no referido site.

15.2.1 A cobrança prevista no item imediatamente anterior ocorrerá a partir do 3º (terceiro) não comparecimento do(a) Beneficiário(a), sem cancelamento prévio, às consultas agendadas na Rede Própria da CONTRATADA por ano/vigência do Contrato.

15.2.2 A ASSISTÊNCIA INTEGRAL, incluindo, mas não se limitando a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista, será garantida ao beneficiário exclusivamente através de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da CONTRATADA ofertado para a realização do procedimento. Caso o BENEFICIÁRIO recusar o profissional disponibilizado pela CONTRATADA e optar por realizar o procedimento através de profissional não pertencente à rede da CONTRATADA, correrão por conta e risco do BENEFICIÁRIO todas as despesas inerentes ao procedimento, tais como honorários do médico ou odontólogo assistente e de sua equipe (caso pertinente ao caso), materiais, equipamentos, despesas e taxas hospitalares (caso pertinente ao caso) e outros custos inerentes ao procedimento, ainda que seja realizado em prestador vinculado à CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA
DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

16.1 – A CONTRATANTE se compromete a manter, em virtude das condições garantidas pela CONTRATADA no presente instrumento contratual, durante o prazo de vigência deste, o número mínimo de 02 (dois) beneficiários, sob pena de rescisão imediata do presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA
DAS CARÊNCIAS

17.1 – Em conformidade com a Resolução Normativa Nº 557/2022, poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência aos planos Coletivos Empresariais, com menos de 30 (trinta) participantes.

17.1.1 - Assim, o direito de atendimento do beneficiário, de acordo com as coberturas previstas na(s) segmentação(ões) assistencial(is) do plano no qual ingressou, encontrar-se-á vinculado, a contar da data do seu efetivo ingresso no plano, aos prazos de carência estabelecidos no QUADRO seguinte:

Condição	Prazos de Carência
I – Para as empresas com um universo de 02 a 15 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer EM ATÉ 30 dias contados: a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante;	a) 24 (vinte e quatro) horas: - para a cobertura de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente após a vigência do contrato e complicações decorrentes do processo gestacional, sendo que as demais condições de atendimento de urgência/emergência estão detalhadas na Cláusula de Urgência/emergência, conforme a CONSU No. 13/98; - para consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio X simples (Radiografia não contratada) e Eletrocardiograma; b) 60 (sessenta) dias: - para procedimentos odontológicos (somente para planos com cobertura odontológica); - para exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); - para exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina (exceto PAC); - para exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA) (exceto PAC); - para Raio X contrastado (exceto PAC); - para Ultrassonografias (exceto endoscópicas ou PAC); - para Mamografia e Densitometria Óssea. c) 180 (cento e oitenta) dias:

c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.	- para Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Cirurgias Ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitem de Hemodinâmica (Cateterismo Cardiológico), Radioterapia, Quimioterapia (exceto os relacionados a patologias sob CPT); - Consultas, Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional) - para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. d) 300 dias: para parto a termo (somente para planos com cobertura obstétrica).
II – Para as Empresas com um universo de 16 a 29 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer EM ATÉ 30 dias contados: a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante; c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.	a) 24 (vinte e quatro) horas: - para a cobertura de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente após a vigência do contrato e complicações decorrentes do processo gestacional, sendo que as demais condições de atendimento de urgência/emergência estão detalhadas na Cláusula de Urgência/emergência, conforme a CONSU No. 13/98; - consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio X simples (Radiografia não contratada) e Eletrocardiograma; - para exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); - para exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina (exceto PAC); - para exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA) (exceto PAC); - para Raio X contrastado (exceto PAC); - para Ultrassonografias (exceto endoscópicas ou PAC); - para Mamografia e Densitometria Óssea. b) 60 (sessenta) dias: para procedimentos odontológicos (somente para planos com cobertura odontológica). c) 180 (cento e oitenta) dias: - para Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Cirurgias Ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitem de Hemodinâmica (Cateterismo Cardiológico), Radioterapia, Quimioterapia (exceto os relacionados a patologias sob CPT); - Consultas, Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional) - para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. d) 300 dias: para parto a termo (somente para planos com cobertura obstétrica).
	a) 24 (vinte e quatro) horas: para a cobertura de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente após a vigência do contrato e complicações decorrentes do processo gestacional, sendo que as demais condições de atendimento de urgência/emergência estão detalhadas na Cláusula de Urgência/emergência, conforme a CONSU No. 13/98. b) 30 (trinta) dias: consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma;

III – Para as Empresas com um universo de 02 a 15 OU 16 a 29 OU acima de 30 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer APÓS 30 dias contados: a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante; c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.	c) 60 (sessenta) dias: para procedimentos odontológicos (somente para planos com cobertura odontológica). d) 90 (noventa) dias: - para exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); - para exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina (exceto PAC); - para exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA) (exceto PAC); - para Raio X contrastado (exceto PAC); - para Ultrassonografias (exceto endoscópicas ou PAC); - para Mamografia e Densitometria Óssea. c) 180 (cento e oitenta) dias: - para Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Cirurgias Ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitem de Hemodinâmica (Cateterismo Cardiológico), Radioterapia, Quimioterapia (exceto os relacionados a patologias sob CPT); - Consultas, Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional) - para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. d) 300 dias: para parto a termo (somente para planos com cobertura obstétrica).
IV – Para as Empresas com um universo acima de 30 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer EM ATÉ 30 dias contados: a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante; c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.	Não haverá cumprimento de prazos de carência nem cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT

17.1.2 - Havendo a contratação de mais de um plano de assistência médica-hospitalar, poderá a CONTRATADA, por mera liberalidade, considerar o total de beneficiários inscritos nestes planos para a contagem de participantes estipulada no subitem 17.1.3 - Do item 17.1., desta cláusula. No entanto, em hipótese alguma, os beneficiários inscritos em planos exclusivamente odontológicos serão considerados nessa contagem.

17.1.3 - Do item 17.1., desta cláusula. No entanto, em hipótese alguma, os beneficiários inscritos em planos exclusivamente odontológicos serão considerados nessa contagem.

17.1.4. A descrição, diferenciação e/ou quaisquer dúvidas conceituais do QUADRO acima (quadro de carência), tais como exames simples, complexos e/ou de alto custo, estarão disponíveis para consulta no site da operadora (www.hapvida.com.br).

17.2 – Depois de inscrito em um dos produtos, caso haja interesse do beneficiário em migrar para outro produto dentre os contratados pelo CONTRATANTE, que possua as mesmas coberturas do produto anterior, mas que garanta o acesso a profissionais, entidades ou prestadores de serviços de saúde não previstos no produto anterior ou a melhor padrão de acomodação, ficará sujeito ao cumprimento do prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para todo e qualquer procedimento em relação a esses profissionais, entidades ou prestadores de serviços de assistência à saúde ou ao melhor padrão de acomodação acrescidos, com exceção dos casos previstos na legislação vigente. Caso opte por migrar para outro produto que possua coberturas diferentes do produto anterior, estará sujeito ao cumprimento dos períodos normais de carência previstos para os procedimentos relativos às novas coberturas.

17.3 – Quando o Beneficiário Titular se vincular a um plano com segmentação obstétrica, será assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, com aproveitamento do período de carência já cumprida pelo Beneficiário Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção.

17.4 – Entre planos equivalentes ou não equivalentes da CONTRATADA, o Beneficiário poderá optar pela migração em periodicidade não inferior à anual e em data a ser estabelecida de comum acordo entre a CONTRATADA e CONTRATANTE.

17.4 .1– Na transferência entre planos, o Beneficiário deverá permanecer no novo plano pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua efetiva transferência para o novo plano, exceto em caso de desligamento do Beneficiário da CONTRATANTE.

17.4.2 – Se na solicitação de transferência do plano, o Beneficiário estiver cumprindo carências, estas serão mantidas até o seu término.

17.4.3 – Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o Beneficiário da CONTRATANTE somente terá direito às características do novo plano, especificamente: rede credenciada e padrão de acomodação, após 180 (cento e oitenta) dias da data da transferência. A partir da data de transferência deverá ser pago o valor correspondente ao plano de maior custo.

17.4.3.1 – Na transferência de um plano sem livre escolha de prestadores para um plano com livre escolha de prestadores, conforme as regras previstas no Instrumento de Produtos, o Beneficiário da CONTRATANTE somente terá direito ao reembolso de todas as despesas comprovadamente pagas após 180 (cento e oitenta) dias da data da transferência. A partir da data de transferência deverá ser pago o valor correspondente ao plano com livre escolha de prestadores.

17.4.4 – Nos casos em que o Beneficiário Titular for transferido de plano, todos os seus Dependentes serão automaticamente transferidos para este novo plano.

17.4.5 –. Caso o plano contratado contemple elegibilidade por cargos ou salários, deverão ser respeitadas as regras específicas para transferência de planos, conforme estabelecido entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1 – O pagamento das contraprestações pecuniárias à CONTRATADA será de responsabilidade da CONTRATANTE, independentemente do adimplemento de seus beneficiários.

18.2 - O valor da contraprestação pelos serviços prestados deverá ser pago conforme vencimento determinado.

18.3 – O regime de pagamento de cada produto será aquele constante na respectiva Minuta do Contrato de prestação de Assistência à Saúde.

18.4 - Em caso de inadimplência dos Beneficiários junto à CONTRATANTE, esta se responsabilizará integralmente pelo custeio das mensalidades, sendo vedado à CONTRATADA cobrar os valores diretamente dos Beneficiários.

18.5 - Se houver atraso no pagamento da mensalidade, o valor a ser pago pela CONTRATANTE será acrescido do percentual de juros de 1% (um por cento) ao mês e à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, podendo a CONTRATADA cobrar outros encargos decorrentes da mora, como atualização monetária, custos administrativos e/ou honorários de cobrança, se for o caso, não podendo ultrapassar a 10% (dez por cento) do valor principal (pro rata die), ficando a CONTRATANTE ciente de que seu nome poderá ser inscrito no órgãos de proteção ao crédito, nos termos da legislação vigente.

18.6 – O valor da mensalidade devida pela CONTRATANTE será calculada com base no(s) produto(s) escolhido(s), levando-se em consideração o número de beneficiários participantes da contratação, de acordo com a Tabela citada na Cláusula Quarta.

18.7 – O pagamento deverá ser efetuado no dia de vencimento conforme marcação na PROPOSTA COMERCIAL.

18.8 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários ATIVOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, ressalvadas as condições de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98.

18.9 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários INATIVOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, ressalvadas as condições de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98, tudo em conformidade com a RN 488/2022.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

19.1. Com exceção do disposto no item 10.1., da CLÁUSULA DÉCIMA, que se aplica a todos os produtos da CONTRATADA, fica o CONTRATANTE ciente de que o pagamento de CO-PARTICIPAÇÃO ou de FRANQUIA depende do produto contratado e será de acordo com o previsto na minuta contratual que o regula, nos percentuais ou valores fixos expressos na PROPOSTA COMERCIAL, quando for o caso.

CLÁUSULA VIGÉSIMA DO REAJUSTE

20.1 – Conforme disposto no art. 3º, da RN nº 565/2022, da ANS, é obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, com exceção dos contratos exclusivamente odontológicos, e contratos exclusivos para beneficiários INATIVOS.

20.1.1 - Os contratos inseridos no agrupamento que trata o item acima terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de início de sua vigência.

20.1.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 60%(sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos e Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

20.1.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e a metodologia do reajuste, bem como seu impacto, serão divulgados pela Contratada por meio de seu site na internet.

20.1.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 20.1.2 e 20.1.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 20.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.2 - Os contratos não inseridos no agrupamento que trata o item acima, com exceção dos planos para beneficiários INATIVOS, terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados em conformidade com o previsto nos itens abaixo:

20.2.1 - Os contratos serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

20.2.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 70%(setenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

20.2.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e seu impacto será comunicado pela Contratada.

20.2.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 20.2.2 e 20.2.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 20.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.3 - Os contratos exclusivos de beneficiários INATIVOS, assim considerados os aposentados ou demitidos/exonerados sem justa causa, em conformidade com o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98, e RN 488 da ANS, terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados em conformidade com o previsto nos itens abaixo:

20.3.1 - Os contratos serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

20.3.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de beneficiários INATIVOS, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 60%(sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/S_m) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos exclusivos de INATIVOS; e

S_m - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

20.3.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e seu impacto será comunicado pela Contratada.

20.3.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 20.3.2 e 20.3.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 20.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.4 – Os percentuais de reajustes aplicados aos contratos citados nos itens 20.1, 20.2 e 20.3 são independentes entre si. 20.5 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária. Caso a legislação venha a permitir reajustes em prazo inferior a 01 (um) ano, o reajuste financeiro será automaticamente aplicado ao presente instrumento, na menor periodicidade admitida.

20.6 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Instrumento, entendendo-se esta como data base única.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DAS FAIXAS ETÁRIAS E SUAS VARIAÇÕES

21.1 - As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário (ATIVOS e INATIVOS), obedecerão aos percentuais indicados na TABELA DE PREÇOS, podendo ser distintas as tabelas de preços para beneficiários ATIVOS e INATIVOS, bem como nos instrumentos específicos de cada produto contratado.

21.2 – É certo que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

21.3 - Em havendo alteração da faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito, o valor da contraprestação pecuniária correspondente àquele Beneficiário será reajustado, no mês subsequente da ocorrência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

22.1 - É de responsabilidade da CONTRATANTE informar aos seus beneficiários os direitos garantidos pelos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98, regulamentados pela RN 488 da ANS, sempre que houver demissão sem justa causa ou aposentadoria do beneficiário, quando houver parcial ou total por parte deste no pagamento de suas mensalidades.

22.2 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que contribuía para o custeio do seu plano, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da rescisão contratual, e desde que assuma o pagamento integral do plano.

22.3 - A contagem do prazo previsto no item acima somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

22.4 – De acordo com o item 6.2. e 6.2.1, da Cláusula Sexta, do presente instrumento, os beneficiários vinculados à presente contratação não fazem jus aos direitos garantidos pelos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98, regulamentados pela RN 488 da ANS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1 – Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de Beneficiários, que se dará na forma da Cláusula Oitava. O beneficiário titular que desejar solicitar a sua exclusão ou a exclusão de um dependente, nos termos da RN nº 561/2022, poderá solicitar à CONTRATANTE que terá o prazo de 30 (trinta) dias para providenciar o cancelamento/exclusão junto à Operadora. Ultrapassado esse prazo sem que o CONTRATANTE tenha promovido o cancelamento/exclusão junto à CONTRATADA, o beneficiário poderá promovê-lo junto à Operadora.

23.1.1 – A exclusão do beneficiário titular implicará automaticamente na exclusão de seus dependentes.

23.2 – A CONTRATADA poderá excluir ou suspender a prestação dos serviços, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) pela perda do vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31, da Lei no. 9.656, de 03 de junho de 1998;
- c) no caso dos beneficiários dependentes, quando atingirem a idade máxima prevista no presente instrumento.

23.2.1 - A exclusão do beneficiário titular pela perda do vínculo com a CONTRATANTE, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98, implicará automaticamente na exclusão de seus dependentes.”

23.3 – O Beneficiário Inativo, que estiver no gozo dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98, assim como seu grupo familiar inscrito, terá o atendimento suspenso após 05 (cinco) dias de atraso no pagamento da mensalidade ou de sua liquidação parcial, mantendo-se desta forma até a quitação total do débito e será automaticamente excluído do plano, independente de qualquer notificação prévia por parte da CONTRATADA, a partir do trigésimo dia de atraso ou do pagamento parcial da mensalidade, sem prejuízo da execução imediata da cobrança.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA DA EXTENSÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

24.1 – A CONTRATANTE poderá estender as condições contratuais estabelecidas no presente Termo a outras empresas interessadas e a ela comprovadamente vinculadas, desde que haja concordância da CONTRATADA, através de Aditivo específico para este fim denominado **ADITIVO DE INCLUSÃO DE CO-CONTRATANTE(S)**.

24.2 – Em função de tratar-se de uma contratação solidária pelo GRUPO CONTRATANTE, e certo que a desvinculação de uma das empresas relacionadas só poderá ocorrer mediante aditivo com anuência de todas as empresas co-contratantes, fica acertado que a exclusão da Empresa só poderá ocorrer mediante assinatura do aditivo denominado **ADITIVO DE EXCLUSÃO DE CO-CONTRATANTE(S)**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA DO PRAZO DE VIGÊNCIA

25.1 – Este Termo tem prazo de vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data referida na PROPOSTA COMERCIAL, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, caso não haja manifestação contrária das partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA DA SUSPENSÃO E DA RESCISÃO

26.1. – Quando o CONTRATANTE for constituído sob a forma de EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, as condições de suspensão e de rescisão contratual obedecerão ao que adiante se segue:

26.1.1. - O contrato firmado entre as partes poderá ser SUSPENSO, a qualquer tempo, após 5 (cinco) dias de atraso no pagamento da fatura ou da sua liquidação parcial, até a quitação do valor total da obrigação, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades, independentemente de notificação prévia por parte da CONTRATADA.

26.1.2. - O contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela CONTRATADA:

26.1.2.1. - A qualquer tempo:

a) Por inadimplência superior a 30(trinta) dias de atraso no pagamento da fatura, ainda que esta tenha sido parcialmente liquidada, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades em aberto, mediante notificação prévia ao CONTRATANTE, na qual seja informado que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na referida notificação;

b) Por ilegitimidade do CONTRATANTE em relação à sua qualidade de EMPRESÁRIO INDIVIDUAL ou por descumprimento dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados ao contrato, verificada no aniversário do contrato, mediante notificação prévia com 60(sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a sua regularidade junto à Receita Federal e à Junta Comercial do respectivo Estado ou o vínculo empregatício dos empregados e de parentesco entre estes e seus dependentes, através da documentação prevista no item 6.1.2., da cláusula sexta, do presente instrumento.

26.1.2.2. – Na data de seu aniversário, mediante prévia notificação com antecedência mínima de sessenta (60) dias, com a exposição das razões da rescisão. São razões que justificam a rescisão do contrato pela CONTRATADA, além de outras, as previstas no item 26.2.2., desta cláusula.

26.1.3. – O contrato só poderá ser rescindido pelo CONTRATANTE após o período de 12 (doze) meses. Nos casos em que o CONTRATANTE desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de 12 (doze) meses, haverá multa rescisória no valor igual à média das 03(três) últimas faturas imediatamente anteriores à rescisão.

26.2. - Quando o CONTRATANTE for constituído sob forma diversa de EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, as condições de suspensão e de rescisão contratual obedecerão ao que adiante se segue:

26.2.1. - O contrato firmado entre as partes poderá ser SUSPENSO, a qualquer tempo, após 5 (cinco) dias de atraso no pagamento da fatura ou da sua liquidação parcial, até a quitação do valor total da obrigação, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades, independentemente de notificação prévia por parte da CONTRATADA.

26.2.2. – O Contrato poderá ser automaticamente rescindido pela CONTRATADA, de forma motivada, sem necessidade de envio de notificação prévia, nas seguintes situações:

- a) Após completar 30 (trinta) dias de atraso no pagamento de qualquer fatura mensal ou do seu pagamento parcial;
- b) Quando forem constatadas fraudes, omissões, inexatidões ou erros de dados e/ou documentos apresentados pela CONTRATANTE;
- c) Em caso de decretação de falência ou recuperação judicial do CONTRATANTE;
- d) Caso não seja mantido pelo CONTRATANTE o número mínimo de beneficiários previsto na cláusula 16.1. ou pelo total esvaziamento de beneficiários do contrato, por parte deste, por mais de 90 (noventa) dias consecutivos.

26.2.3. - Qualquer das partes poderá rescindir o Contrato imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses, bastando notificar previamente a outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

26.2.4. - Caso a CONTRATANTE deseje rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial prevista no item 25.1, deverá arcar com um multa rescisória no valor equivalente a 2 (duas) vezes a média das 3 (três) últimas faturas imediatamente anteriores ao cancelamento.

CLÁUSULA

VIGÉSIMA

SÉTIMA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1 - Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às Cláusulas do presente negócio jurídico, será tida como mera liberalidade, não se constituindo em novação contratual, bem como não se caracterizando direito adquirido pela CONTRATANTE e/ou Beneficiários, permitindo àquela retornar ao que está pactuado neste contrato, sem necessidade de comunicação prévia.

27.2 - A tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir do contratante o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

27.3 – A CONTRATANTE declara estar expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste Instrumento estão submetidos a regras específicas de acordo com o produto escolhido.

27.4 – Fica pactuado entre as partes que a CONTRATANTE assume a responsabilidade e se compromete a divulgar aos beneficiários titulares e dependentes todas as condições e regras presente neste instrumento, bem como posteriores alterações. 27.5 - A CONTRATANTE declara expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste ato estão submetidos a exclusões, limitações de coberturas e abrangências, prazos, carências e regras que disciplinam o seu fornecimento, tais como as expostas nas cláusulas deste Instrumento, admite, outrossim, de que a CONTRATADA dispõe de outros planos de assistência à saúde, com coberturas mais amplas e preços diferenciados, que lhe foram oferecidos por esta última, ainda assim, reafirma seu interesse na contratação aqui estipulada, nas bases descritas no presente instrumento.

27.6 - Fazem parte do presente instrumento todos os documentos entregues ao contratante, tais como: minuta dos instrumentos contratuais de cada um dos produtos, Proposta de Adesão, Declaração de Saúde (quando houver), a Carta de Orientação ao Beneficiário, os Manuais de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e os Guias de Leitura Contratual - GLC.

27.7– Visando resguardar o objeto da presente contratação, que define as condições e a abrangência de cobertura dos planos contratados, bem como resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a continuidade da garantia dos serviços, fica o CONTRATANTE ciente de que arcará financeiramente com todos os custos relativos aos procedimentos que a CONTRATADA for compelida a realizar, por força de medida judicial e/ou administrativa, aos quais o BENEFICIÁRIO não tenha direito, por não serem de cobertura obrigatória.

27.7.1– Na hipótese prevista no item anterior, serão aplicados os mesmos mecanismos de regulação e suas particularidades estabelecidos no item 13 deste Contrato, inclusive os financeiros, conforme os valores previstos em tabela que poderá ser consultada através dos canais de atendimento da CONTRATADA, valores estes que serão atualizados anualmente.

27.7.2–O(A) CONTRATANTE autoriza desde já a CONTRATADA, a tão logo realizado o procedimento a que foi compelida a executar, a emitir fatura complementar para que o(a) CONTRATANTE arque com o pagamento das devidas despesas, a título de custo operacional, ou ainda, a critério exclusivo da CONTRATADA, alocá-las junto às despesas assistenciais do Contrato (reversão para sinistro).

27.7.3–O evento que for quitado pela CONTRATANTE não será considerado para fins de cálculo da sinistralidade do Contrato.

27.8–Em todas as hipóteses de reembolso das despesas médico-hospitalares previstas no presente Contrato e/ou no(s) Contrato(s) que Regulamenta(m) o(s) Produto(s) Contratados poderá a CONTRATADA exigir, além da documentação elencada, todos e quaisquer comprovantes para que seja demonstrado de maneira inequívoca que o pagamento se deu às expensas do Beneficiário para o prestador de serviços médico-hospitalares, desde a origem dos valores até o efetivo pagamento, incluindo, mas não a estes limitados, comprovante de transferência ou depósito bancário, comprovante de PIX ou de compensação de cheque, fatura de cartões de crédito, extratos bancários, dentre outros.

27.9– Este presente Contrato poderá ser composto de um ou mais “Aditivos” contratuais, nos quais constarão informações adicionais, bem como especificações e particularidades dos serviços a serem prestados.

Para esclarecimentos, sugestões e reclamações, sendo que neste caso é imperativo que seja identificado de forma clara o local, a hora e a data da ocorrência, quanto aos planos contratados, os Beneficiários deverão fazê-los através do SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente (0800 280 9130) e Ouvidoria (4020 9091). Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes contratantes.

As partes elegem o Foro da Comarca em que está estabelecido o CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

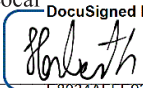
E, assim, por estarem concordes nos termos acima, as partes contratantes firmam o presente instrumento, através da assinatura da respectiva PROPOSTA COMERCIAL de PLANO COLETIVO EMPRESARIAL.

FORTALEZA

30 / 10 / 23

Local DocuSigned by:

Data



E8034AFFE93E4CC...

CONTRATANTE

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA SA.
CONTRATADA

Testemunhas:

1)

NOME:

CPF:

2)

NOME:

CPF:



BENEFICIÁRIOS COM TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRO - CONTRATO COLETIVO
Hapvida Assistência Médica SA • Av Heráclito Graça, 406. Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060

Nº DA PROPOSTA
659383

01 - Dados da Empresa Contratante

HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA, pessoa jurídica de direito
privado, legalmente inscrita sob o CNPJ nº. **50.481.641/0001-83** estabelecida na Av/Rua **AV FRANCISCO CAMILO**,
Nº **S/N**, complemento, bairro **CENTRO**, na cidade **COREAU**, estado
CE neste ato representada pelo Sr. (a) **HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA**, portador do CPF nº. **01736646362**

02 - Declaração da Empresa Contratante

A contratante declara junto à Hapvida Assistência Médica S.A. que se responsabiliza pelo pagamento da fatura dos relacionados abaixo, os quais estão aderindo ao seu plano de assistência médica e/ou odontológico.

03 - Documentos Solicitados

	Status		Ficha Proposta / Aditivo		Contrato Social		CNPJ
--	--------	--	--------------------------	--	-----------------	--	------

04 - Relação de Usuários Cadastrados e Documentos Vinculados

CPF nº	Nome Titular / Dependente / Agregado / Prest. Serviço	Data Nascimento	Estado Civil *	Nome da Mãe	Número de Registro ANS	Valor	Aproveit. Carência
06209997309	JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA	23/05/95	S	ANTONIA ROSILENE DE SOUSA PEREIRA	484252199	207,67	
07896630311	FRANCISCO OTACY PEREIRA DA SILVA	05/08/11	S	JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA	484252199	165,55	X
12312539322	HENRY LUCCA PEREIRA DA SILVA	25/02/22	S	JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA	484252199	165,55	X

* Estado Civil: S - Solteiro / C - Casado / V - Viúvo / D - Divorciado / O - Outros



**TERMO DE CIÊNCIA DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO
FINANCEIRA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica SA- Av. Heráclito Graça, 406 - Centro Fortaleza,
Ceará - CEP: 60140 - 060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

659383

ANS nº 368253

ANS nº 359017

Pelo presente instrumento, o CONTRATANTE DECLARA, para os devidos fins, ter conhecimento do(s) mecanismo(s) de regulação financeira abaixo especificado(s), que se aplica(m) aos planos de assistência médica contratados junto à HAPVIDA:

1)COPARTICIPAÇÃO: É a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, para o custeio de parte da despesa de determinado procedimento, a ser realizado por ele ou seus dependentes. Os pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizado pela CONTRATADA quando forem realizados na rede própria.

1.1. COPARTICIPAÇÃO DE 50% SOBRE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS - O CONTRATANTE tem ciência de que, à exceção dos planos de assistência médica exclusivamente ambulatoriais, todo e qualquer plano da CONTRATADA, inclusive aqueles elencados como “Sem Coparticipação”, prevê a cobrança de COPARTICIPAÇÃO de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor total das internações psiquiátricas realizadas por qualquer beneficiário do contrato, a partir do 31º. (trigésimo primeiro) dia de internação, a cada ano de contrato.

1.2. COPARTICIPAÇÃO SOBRE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – O CONTRATANTE tem ciência de que o(s) plano(s) contratado(s) junto à Hapvida Assistência Médica prevê(em) a cobrança de COPARTICIPAÇÃO, esta será cobrada conforme disposto na tabela de vendas, os quais serão anualmente reajustados de acordo com percentual de reajuste aplicável ao contrato.

As Partes esclarecem que a coparticipação é devida individualmente por cada consulta (eletiva ou urgência/emergência), exames (simples e complexos), sessões e terapias (simples e complexas), incluindo, mas não se limitando, a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista.

Ainda que o contrato preveja a cobrança de COPARTICIPAÇÃO, o CONTRATANTE DECLARA estar ciente de que todos os beneficiários do contrato firmado junto à CONTRATADA, continuarão sujeitos ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões preexistentes (DLP), quando forem aplicáveis.

FORTALEZA

30/10/23

Local

Data

DocuSigned by:

E8034AFFE93E4CC...

Assinatura do Contratante ou Responsável



TERMO DE ACEITE

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica SA - Av. Heráclito Graça, 406 - Centro
Fortaleza, Ceará - CEP: 60140 - 060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

659383

ANS nº 368253

ANS nº 359017

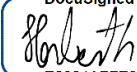
1. A operadora HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA SA. desenvolveu o processo eletrônico de cobrança, visando minimizar os impactos ambientais e conceder aos seus clientes maior agilidade e segurança no recebimento das faturas mensais.
2. Por meio do presente termo, o cliente indicado abaixo autoriza que os boletos de pagamento, antes enviados pelos correios, passem a ser disponibilizados eletronicamente no site www.hapvida.com.br, no link "Acesso Rápido", em "Boleto Empresa". O Demonstrativo da Fatura ficará disponível no link "Acesso Rápido", "Troca de Arquivo". Com isso, todo o processo de cobrança estará suficientemente garantido e seguro sem a intermediação de terceiros
3. O documento de cobrança será disponibilizado no site sempre em tempo hábil ao pagamento, nos moldes do acordado no contrato de prestação de serviços. Na hipótese de indisponibilidade do sistema, deverá o cliente contatar imediatamente seu Gerente de Relacionamento por meio do e-mail relacionamentoempresa@hapvida.com.br
4. Fica autorizado, ainda, o envio de mensagem de texto e email alertando que a fatura do mês já se encontra disponível no site para emissão e pagamento. O cliente fica ciente de que o envio da mensagem de texto e email será feito para o número e endereço eletrônico informados na proposta contratual.
5. Por fim, o cliente declara que foram prestadas todas as informação para o acesso aos documentos de cobrança eletrônica (boleto/fatura).

FORTALEZA

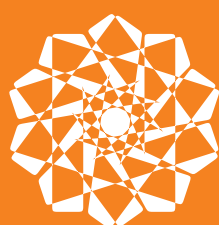
Local

30,10,23

Data

DocuSigned by:

E8034AFFE93E4CC...

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



NotreDame
Intermédica

Conecte-se conosco:

www.hapvida.com.br

 [/hapvida.saude](https://www.facebook.com/hapvida.saude)

 [@hapvidasaude](https://twitter.com/hapvidasaude)

SAC: 0800 280 9130

ANS nº 359017

ANS nº 368253

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 48B18FD2-FDDC-4B90-BE27-F9C47B44DC76

Status: Concluído

Assunto: HERBERTH OLIVEIRA DA SILVA

Nº Protocolo:

Filial: CEARÁ - CE

Resp. Envio: HAPVIDA - COMERCIAL SAÚDE

CPF/CNPJ: 50481641000183

Nome Prestador: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Tipo de Documento: PROPOSTA

Tipo de Documento 2:

OPERACIONAL:

Envelope fonte:

Documentar páginas: 26

Certificar páginas: 6

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Assinaturas: 8

Rubrica: 1

Remetente do envelope:

CARLOS FERRIRA MESQUITA FILHO

Av. Heraclito Graça 406

Fortaleza, CE 60140-061

Pim@amels.com.br

Endereço IP: 189.126.65.242

Rastreamento de registros

Status: Original

01/11/2023 13:31:46

Portador: CARLOS FERRIRA MESQUITA FILHO

Pim@amels.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

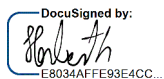
HERBETH OLIVEIRA DA SILVA

HERBERTHOLIVEIRA719@GMAIL.COM

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinatura

DocuSigned by:



E8034AFFE93E4CC...

Adoção de assinatura: Desenhado no dispositivo

Usando endereço IP: 45.70.178.217

Assinado com o uso do celular

Registro de hora e data

Enviado: 01/11/2023 13:39:24

Visualizado: 01/11/2023 15:19:57

Assinado: 01/11/2023 15:24:43

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 01/11/2023 15:19:57

ID: 78010535-58b2-40f7-bb80-bdec6099884c

ANA PAULA GOIS

paulinhap783@gmail.com

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:



39036985830A4D7...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 177.190.208.201

Assinado com o uso do celular

Enviado: 01/11/2023 15:24:47

Visualizado: 01/11/2023 15:27:41

Assinado: 01/11/2023 15:28:51

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 01/11/2023 15:27:41

ID: 5fa748ca-20aa-43bb-97cf-dafaa930d187

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	01/11/2023 13:39:24
Entrega certificada	Segurança verificada	01/11/2023 15:27:41
Assinatura concluída	Segurança verificada	01/11/2023 15:28:51
Concluído	Segurança verificada	01/11/2023 15:28:51
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. durante o curso do meu relacionamento com você.

Número de Protocolo: 10719516**Nome do Beneficiário:** JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA**Nome do Contato:** JAQUELINE DE SOUSA PEREIRA**Data:** null**Motivo:** Reclamação**Assunto:** Valor da mensalidade, cobranças indevidas ou devolução de**Comentário:** Contrato de plano de saúde empresarial firmado em 10/2023.
Até 09/2025 não havia cobrança de coparticipação. Em
01/2026 surgiram cobranças elevadas e retroativas de
coparticipação, sem aviso prévio ou entrega de aditivo

A sua reclamação foi cadastrada no instrumento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP. A operadora do plano de saúde receberá nessa data uma notificação sobre sua reclamação tendo até 10 dias úteis para enviar uma resposta para a ANS e entrar em contato com o(a) senhor(a) sobre o problema apresentado. Após esse prazo, a ANS reenviará ao(à) senhor(a) um e-mail para verificar se o problema foi resolvido. É importante que o formulário que será enviado nesse e-mail seja respondido para que possamos processar sua demanda corretamente.

CASO O(A) SENHOR(A) NÃO RESPONDA AO FORMULÁRIO DENTRO DE 10 (DEZ) DIAS APÓS O SEU RECEBIMENTO, SUA DEMANDA SERÁ INATIVADA EM NOSSOS SISTEMAS E CONSIDERADA RESOLVIDA. NO ENTANTO, SUA RECLAMAÇÃO PODERÁ SER REABERTA A QUALQUER TEMPO, CASO O(A) SENHOR(A) ENTRE EM CONTATO NOVAMENTE COM A ANS ATRAVÉS DO DISQUE ANS (0800 701 9656), INFORMANDO FATO QUE ALTERE A SITUAÇÃO DE SUA DEMANDA.