

Ilustríssima Senhora Presidente do Procon de Maracanaú/CE.

Processo nº 2601056400100069301

A **Hapvida Assistência Médica S.A.**, sociedade anônima, inscrita no CNPJ nº 63.554.067/0016-74 (**Doc. 01**), com sede na Rua Comendador Palmeira, nº 623, Farol, Maceió/AL, CEP: 57.051-150, por seus advogados infra-assinados (**Doc. 02**), nos autos da reclamação administrativa instaurada a partir de demanda apresentada pelo **Sr. Antonio Inacio Pereira Mendes** vem, respeitosamente, à presença deste Ilustre Órgão de Defesa do Consumidor, apresentar sua **Defesa Administrativa** pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

1. Síntese da Demanda.

O consumidor informa que possui contrato de plano de saúde junto a Operadora e sustenta ter identificado aumento significativo na mensalidade, referente a fatura com vencimento em 30/11/202, que passou de R\$ 389,88 (trezentos e oitenta e nove reais e noventa e oito centavos), para R\$ 951,31 (novecentos e cinquenta e um reais e trinta e um centavos).

Após buscar esclarecimentos, foi informado que o reajuste ocorreu em razão da mudança da faixa etária. O reclamante afirma que o reajuste é indevido, por considerá-lo excessivo e desproporcional.

Contudo, a alegação não procede, conforme será demonstrado.

Do mérito.

2.1. Da legalidade, previsibilidade contratual e ausência de abusividade no reajuste anual.

Inicialmente, cumpre esclarecer que o beneficiário aderiu ao plano de saúde em 27/01/2012, permanecendo o contrato ativo e regularmente assistido ao longo de todo o período.

Trata-se de plano submetido às regras aplicáveis aos contratos individuais/familiares, cujos reajustes anuais são expressamente regulados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

No ano de 2025, em novembro, foi aplicado **reajuste por mudança de faixa etária, conforme previsto pela Lei 9.656/98 e normas da ANS.**

O reajuste foi aplicado somente ao reclamante, sr. Antônio Inácio, **a outra beneficiária do contrato não sofreu reajuste, mantendo os valores inalterados no mesmo período por não ter havido mudança de faixa etária.**

Assim, a mensalidade passou de R\$ 419,24 para R\$ 980,67, representando variação estritamente compatível com o regulamento previsto contratualmente e fixado pela Lei 9.656/98 e normas da ANS, inexistindo qualquer cobrança indevida ou prejuízo financeiro ao consumidor.

O reajuste por faixa etária encontra-se expressamente previsto contratualmente, com aplicação vinculada e determinadas pela Lei 9.656/98.

Ressalta-se que a Operadora de Saúde não possui discricionariedade para estipular percentual próprio nesses contratos, estando integralmente vinculada às determinações da Agência Reguladora. Assim, a mera elevação do valor da mensalidade, quando decorrente de índice oficial autorizado pela ANS e aplicado na data correta, não configura abusividade ou infração às normas do Código de Defesa do Consumidor.

Dessa forma, resta demonstrado que o reajuste aplicado ao contrato do reclamante foi exclusivamente em razão da faixa etária do Beneficiário.

Não há, dessa maneira, qualquer respaldo jurídico para pedido de anulação do reajuste ou devolução de valores, uma vez que os pagamentos realizados decorreram de cobrança legítima, fundada em contrato válido e em reajuste regularmente autorizado.

Nesta toada, resta evidenciado que a conduta da Reclamada foi regular, lícita e plenamente compatível com o contrato firmado entre as partes e com a legislação aplicável.

Diante de todo o exposto, estando devidamente comprovadas a legalidade, a previsibilidade contratual e a correção do reajuste aplicado à mensalidade do Reclamante, bem como a ausência de prática abusiva ou irregularidade, pugna a Reclamada pelo reconhecimento da total improcedência da reclamação apresentada, com o consequente arquivamento da presente demanda administrativa.

2. Dos requerimentos finais.

Diante de todo o exposto, requer a Reclamada a Vossa Senhoria:

a) **O recebimento e o integral acolhimento da presente defesa administrativa**, reconhecendo-se a regularidade da conduta adotada pela Reclamada;

b) **O reconhecimento da legalidade, validade e correção do reajuste por faixa etária**, aplicado à mensalidade do Reclamante, por estar expressamente previsto em contrato e em conformidade com a legislação vigente;

c) **A total improcedência da reclamação administrativa**, afastando-se qualquer alegação de abusividade, ilegalidade ou violação às normas de proteção e defesa do consumidor;

d) **O consequente arquivamento da presente demanda administrativa**, por inexistência de infração às normas consumeristas;

e) Caso Vossa Senhoria entenda necessário, **seja oportunizada à Reclamada a produção de todos os meios de prova em direito admitidos**, em especial a juntada de documentos complementares que se fizerem pertinentes.

Por fim, a Hapvida renova seu compromisso com a qualidade da assistência prestada aos seus beneficiários, colocando-se à disposição desse Órgão para prestar quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Maracanaú/CE, 24 de fevereiro de 2026.

Eduardo Coelho Cavalcanti
OAB/PE nº 23.546

Ricardo de Castro e Silva Dalle
OAB/PE nº 23.679



EDUARDO PORTO CARREIRO COELHO CAVALCANTI
02915028494
Data: 26/02/2026 09:06
Verifique em <https://validar.iti.gov.br/>
Assinado digitalmente via whom.doc9

Guia de Leitura Contratual

*Página do
Contrato*

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	pág. 4
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	pág. 4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	pág. 5
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	pág. 5
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	pág. 6
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	pág. 9
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	pág. 11

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	pág. 10
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	pág. 13
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	pág. 10
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	pág. 17
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	pág. 16
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	---

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

Ministério
da Saúde



Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br



CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO NOSSO PLANO IV - Registro ANS nº 700372992
CONTRATAÇÃO: INDIVIDUAL OU FAMILIAR
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: GRUPO DE ESTADOS
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: AMB. + HOSP. S/ OBSTETRÍCIA
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: COLETIVA
FATOR MODERADOR: SEM CO-PARTICIPAÇÃO/FRANQUIA

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO	
Plano:	Nosso Plano IV
Número do registro:	700372992
Contratação:	Individual ou Familiar
Segmentação:	Amb. + Hosp. s/ Obstetrícia
Vínculo com beneficiários:	Não

CONTRATADA	
Razão social:	Hapvida Assistência Médica LTDA.
CNPJ:	63.554.067/0001-98
Registro ANS:	36.825-3
Endereço:	Rua Heráclito Graça, 406, Centro. Fortaleza/CE CEP: 60140-060

CONTRATANTE	
Razão social:	
Nome fantasia:	
Ins. estadual:	
CNPJ:	
Inscrição municipal:	
Representante legal:	
CPF:	
Data de nascimento:	
Telefone de contato:	
E-mail:	
Endereço comercial:	
Bairro:	
Cidade / UF:	
CEP:	
E-mail:	
Telefone / Fax:	

Endereço de envio da fatura:	
Bairro:	
Cidade / UF:	
CEP:	
E-mail:	
Telefone / Fax:	
Endereço de envio das carteiras:	
Bairro:	
Cidade / UF:	
CEP:	
E-mail:	
Telefone / Fax:	
Data de vencimento da fatura:	() 05 () 10 () 15 () 20 () 25 () 30
Data do início do contrato:	
Valor do plano:	Titular: R\$ _____ Dependente: R\$ _____

CLÁUSULA PRIMEIRA DAS PARTES

1.1 De um lado, o promitente associado ao Plano de Assistência Médica HAPVIDA, devidamente qualificado na Ficha de Inscrição, parte integrante do presente contrato que após assinada comprova o conhecimento e recebimento destas condições gerais, denominado como CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO TITULAR.

1.2 De outro lado HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Heráclito Graça no. 406, na cidade de Fortaleza – Ceará, inscrita no CNPJ sob o no. 63.554.067/0001-98, inscrição Estadual isenta, com registro na Agência Nacional de Saúde – ANS sob o no. 36.825-3, no exercício da atividade de Medicina de Grupo, também denominada OPERADORA ou HAPVIDA ou CONTRATADA, neste ato representado por seu Sócio abaixo assinado.

1.3 Pelo presente instrumento contratual, e na melhor forma de direito, as partes, têm entre si, justo e livremente contratado, o que se apresenta nas cláusulas a seguir.

CLÁUSULA SEGUNDA CARACTERÍSTICAS DO PLANO

2 O Plano denomina-se NOSSO PLANO IV, registrado na ANS sob o nº 700372992, o tipo de Contratação do presente Contrato é INDIVIDUAL OU FAMILIAR, a segmentação deste produto abrange atendimento AMBULATORIAL e HOSPITALAR sem OBSTETRÍCIA.

CLÁUSULA TERCEIRA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

3.1 A abrangência do presente contrato é GRUPO DE ESTADOS, com atendimento através dos médicos e entidades nos municípios indicados no Manual de Orientação do Beneficiário.

3.2 Entende-se por área geográfica de abrangência, as localidades onde os Beneficiários terão atendimento de rotina e que foram registradas na ANS, como característica deste produto.

CLÁUSULA QUARTA PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

4 Os Beneficiários do presente contrato, sempre que necessário internação clínica ou cirúrgica, terão direito à acomodação individual, em ENFERMARIA, nos termos e limites previstos no presente instrumento.

CLÁUSULA QUINTA ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1 A CONTRATADA, opera Planos Privados de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98 e, se obriga à cobertura dos custos de assistência médica ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente cadastrados nos termos do presente instrumento.

5.2 O presente Contrato reveste-se de característica de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais as partes, na forma do Novo Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Outrossim, este Contrato, sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no. 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

CLÁUSULA SEXTA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1 São considerados Beneficiários das coberturas do Plano de Assistência a Saúde, objeto deste Contrato, o Beneficiário Titular e/ou o(s) Beneficiário(s) Dependente(s). É considerado BENEFICIÁRIO TITULAR, aquele que consta como responsável pela contratação, denominado CONTRATANTE.

6.2 É considerado BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, aquele que é incluído pelo CONTRATANTE, na mesma Proposta de Adesão, podendo ser:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) desde que comprove esta condição legalmente
- b) Os filhos menores, naturais até 21 anos ou até 24 se estiverem cursando a Universidade.
- c) Os filhos adotivos menores de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, nos termos do art.12, VII, da Lei 9.656/98.

6.3 O Dependente não incluído no Contrato na data de sua assinatura poderá pleitear seu ingresso no plano, a qualquer tempo, mediante pedido escrito feito pelo contratante endereçado a OPERADORA. O interessado submeter-se-á ao cumprimento integral das carências e exclusões previstas no plano.

CLÁUSULA SÉTIMA COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1 Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

7.2 A participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.3 O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

7.4 Coberturas Ambulatoriais:

7.4.1 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c) Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.5 Coberturas Hospitalares:

7.5.1 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de fisioterapia;
- i) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- j) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgia buco-maxilo-facial, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

m) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

n) Transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

7.6 Cobertura para Saúde Mental:

7.6.1 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

7.6.2 A cobertura ambulatorial, para saúde mental garantirá:

a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;

b) psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada à cobertura de 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do contrato;

c) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

7.6.3 A cobertura hospitalar para saúde mental garantirá:

a) 15 (quinze) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização. Após este período, será aplicada a co-participação, que é a participação financeira do BENEFICIÁRIO quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação será aplicada no percentual de ____% (O CAMPO SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO) sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação;

b) 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital psiquiátrico, em unidade

de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Após este período, será aplicada a co-participação, que é a participação financeira do BENEFICIÁRIO quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação será aplicada no percentual de _____% (O CAMPO SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO) sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação;

c) 8 (oito) semanas, não cumulativas, por ano de vigência, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise, quando prevista sua realização em regime de Hospital Dia;

d) todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-infligidas;

e) 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em regime de Hospital Dia, para tratamento de transtornos psiquiátricos, especificamente para diagnósticos relacionados no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) a seguir relacionados:

F00 a F09

F20 a F29

F70 a F79

F90 a F98

CLÁUSULA OITAVA EXCLUSÕES DE COBERTURA

8 Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98, consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

1. Tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
3. Tratamento de inseminação artificial;
4. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
5. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
7. Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
8. Procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
9. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
10. Atendimento a domicílio dos USUÁRIOS;
11. Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;
12. Remoção domiciliar;
13. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento; e
14. Parto.

CLÁUSULA NONA DURAÇÃO DO CONTRATO

9 O presente Contrato vigorará pelo prazo de um ano, a partir da assinatura do presente instrumento, ou da Proposta de Adesão, ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, não havendo a cobrança de taxa ou qualquer outro valor similar.

CLÁUSULA DÉCIMA PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 Em conformidade com a RN195/09 que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência aos planos individuais e familiares, o direito de atendimento dos Beneficiários deste Contrato, encontra-se vinculado, a contar da data da assinatura do Contrato, ou da Proposta de Adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, aos seguintes prazos de carência:

a). Vinte e quatro (24) horas: Garantia de cobertura para atendimento os decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula de Urgência/ Emergência, em conformidade com a Consu 13/98.

b). Trinta (30) dias: Para a cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECg).

c). Noventa (90) dias: Para a cobertura dos seguintes exames e procedimentos:

- Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC);
- Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina (exceto PAC);
- Exames de Otorrino simples como: Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); (exceto PAC);
- Exames de Raio-X Contrastado (exceto PAC);
- Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos ou PAC);
- Sessões multidisciplinares (como psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutricionista e terapia ocupacional);
- Mamografia e Densitometria Óssea.

d). Cento e oitenta (180) dias: Para a cobertura dos seguintes exames e procedimentos:

- Internação Hospitalar clínica ou cirúrgica (exceto as relacionadas a patologias de CPT);
- Cirurgias ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias de CPT) ;
- Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia, exceto as que forem relacionadas à cobertura parcial temporária, e todos os exames não mencionados nos itens anteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

11.1 Quando da adesão, cada Beneficiário, ou seu representante legal, terá obrigatoriamente que preencher na Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP - Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

11.2 As doenças e lesões preexistentes são definidas como aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação do plano.

11.3 As doenças declaradas na Declaração de Saúde estarão sujeitas ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

11.4 A CONTRATADA poderá oferecer CPT para doenças ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, constatadas por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, conforme disposto no artigo 6º e § 1º da RN 162/07.

11.5 Se for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a operadora irá comunicar imediatamente ao consumidor e poderá oferecer a opção de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme disposto no artigo 15 da RN 162/07 alterada pela RN 200/09.

11.6 Após a comunicação ao beneficiário de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência.

11.7 Nos casos em que houver acordo de CPT ou Agravo, a operadora não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT ou Agravo.

11.8 Não será permitida a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

11.9 É vedada a alegação de omissão de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1 É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

- I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

12.2 A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.3 A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional;
- II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.4 Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

12.5 Da Remoção:

12.5.1 A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

- I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

12.6 Da Remoção para o SUS:

12.6.1 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.6.2 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

12.6.3 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.6.4 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

12.7 Do Reembolso:

12.7.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

12.7.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos: Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais, quando se tratar de pessoa jurídica); Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação; Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado; Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso e, justificando a utilização de serviços realizados em locais não apontados no Manual de Orientação do Beneficiário.

12.7.3 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1 A CONTRATADA prestará os serviços assistenciais, em conformidade com a área de abrangência do contrato, em instalações e através dos prestadores apontados no Manual de Orientação do Beneficiário, parte integrante desse Contrato.

13.2 Ao se habilitar para qualquer tipo de atendimento o BENEFICIÁRIO deverá apresentar:

- a) Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido pela CONTRATADA;
- b) Documento de identidade com foto do beneficiário-paciente.

13.3 Ao se habilitar para atendimentos que demandem autorização prévia o BENEFICIÁRIO deverá apresentar:

- a) Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido pela CONTRATADA;
- b) Documento de identidade com foto do beneficiário-paciente;
- c) Guia de encaminhamento devidamente autorizada pela CONTRATADA.

13.4 A CONTRATADA poderá utilizar-se de processos biométricos ou facial como forma de identificação dos beneficiários.

13.5 ATENDIMENTO ELETIVO - O atendimento eletivo se regerá pelas seguintes condições:

- a) Todo atendimento referente a consultas médicas eletivas deverá ser realizado através dos médicos e entidades indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário em anexo, mediante marcação prévia;
- b) As consultas eletivas serão realizadas primeiramente nas especialidades básicas, Clínico Geral para adultos e Pediatria para crianças, e na necessidade de consultas em outras especialidades, Ministério da Saúde Emissão: 21/12/2009 estas ocorrerão após solicitação dos médicos das especialidades básicas e mediante prévia autorização e indicação da Operadora;
- c) Os exames laboratoriais, exceto os hormonais, e radiológicos de natureza simples não necessitam de autorização prévia;

- d) Os exames complementares de ultrassonografias, mamografias, anatomopatológicos, cardiológicos, hormonais, cariótipos, os especializados em: oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, urologia, fisioterapia, procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, medicina nuclear, radiologia intervencionista (inclusive angiologia), neuroradiologia e mielografias, exames por videoscopia, endoscopias diagnósticas, terapêuticas, hemodinâmica, litotripsia, escleroterapia de varizes, demais exames especializados e cirurgias ambulatoriais solicitados deverão ter autorização prévia da Operadora. Quando da solicitação de procedimentos por profissionais da rede própria, poderá ser dispensada, a critério da operadora, a necessidade de autorização prévia dos Exames e Procedimentos Especializados;
- e) Os exames complementares dar-se-ão, exclusivamente, nas unidades mencionadas no Manual de Orientação do Beneficiário em anexo, para as especialidades previstas;
- f) As consultas realizadas na mesma especialidade em período inferior a 30 (trinta) dias necessitam de autorização prévia;
- g) Todas as solicitações de procedimentos cirúrgicos eletivos necessitam de autorização prévia. A solicitação deverá ser feita em uma das filiais da operadora ou na matriz, durante o horário comercial, através da apresentação da guia de solicitação (TISS), e exames/relatórios médicos comprobatórios à solicitação;
- h) O internamento será efetuado nas dependências dos hospitais constantes da Rede da Operadora;
- i) O uso dos serviços em atendimento eletivo, para serviços de apoio diagnóstico depende da Guia de Autorização da operadora;

13.6 Os procedimentos que demandam autorização prévia deverão ser solicitados pelo beneficiário nas centrais ou postos de autorização HAPVIDA, nos horários estabelecidos pela operadora.

13.7 Ao beneficiário será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência (artigo 4º. IV da CONSU 08/98).

13.8 A CONTRATADA não cobrirá os custos de procedimentos eletivos realizados por médicos e por prestadores de serviços não pertencentes à rede sem prévia consulta e/ou sem autorização explícita.

13.9 ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - Ao necessitar de atendimento de consultas médicas de urgência ou emergência o BENEFICIÁRIO deverá:

- a) Utilizar os serviços através dos Prontos Socorros indicados para tal no Manual de Orientação do Beneficiário, observando-se as situações descritas na cláusula de Urgência/Emergência;
- b) A internação será tolerada sem a apresentação da Guia de autorização, em conformidade com a CONSU 08/98, art. 2, inciso V, devendo, no entanto, ser solicitado de imediato a internação, pelo prestador, à Central de Atendimento da operadora, quando da indicação médica.
- c) As autorizações para internações nos casos de urgência e emergência estarão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária.

13.10 Nas internações hospitalares, os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

a) Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

13.11 A CONTRATADA não cobrirá os custos de procedimentos eletivos realizados por médicos e por prestadores de serviços não pertencentes à rede, descrita no Manual de Orientação do Beneficiário, anexo ao presente Contrato, sem prévia consulta e/ou sem autorização explícita.

13.12 Quando não for possível o acesso à Rede da operadora para atendimento de Urgência/Emergência, o beneficiário deverá proceder em conformidade com as instruções da cláusula URGÊNCIA e EMERGÊNCIA.

13.13 O Presente contrato não prevê co-participação ou franquia.

13.14 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados / cooperados / credenciados (artigo 12, I, “b” e artigo 2º, VI, da Resolução CONSU n.º 8/98 - Súmula 11/07).

13.15 A CONTRATADA fornecerá, um Manual de Orientação do Beneficiário, o qual apontará a rede dos serviços da CONTRATADA, a atualização do referido Manual é de responsabilidade da CONTRATADA.

13.16 A rede de prestadores apontadas no Manual do Beneficiário será atualizada periodicamente através da emissão de novos manuais, e poderá ser consultada através do site da operadora HAPVIDA: www.hapvida.com.br.

13.17 A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os serviços constantes do mencionado Manual de Orientação do Beneficiário, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações equivalentes às dos substituídos.

13.18 Quando houver descredenciamento por substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita à CONTRATANTE e a Agência Nacional de Saúde - ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme critérios definidos na Lei 9.656/98.

13.19 A CONTRATADA poderá também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei no. 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional da Saúde, proceder à redução da quantidade de serviços referenciados no referido Manual de Orientação do Beneficiário.

13.20 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

13.21 Excetuam-se do previsto no artigo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a

operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

13.22 Em ocorrendo os descredenciamentos a que aludem os itens acima, os Beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento em qualquer outro estabelecimento hospitalar, constante do Manual de Orientação do Beneficiário, sem que a CONTRATADA tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização, em razão da substituição ocorrida.

13.23 A CONTRATADA garantirá, no caso de situações de divergências médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

14.1 O regime de pagamento é pré-estabelecido.

14.2 O valor da remuneração deverá ser pago conforme vencimento determinado na Proposta de Adesão.

14.3 Se houver atraso no pagamento da mensalidade, o valor a ser pago será acrescido do percentual de juros de 1% ao mês e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.

14.4 Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA REAJUSTE

15.1 O valor das contraprestações pecuniárias será corrigido anualmente, na data do aniversário do Contrato, de acordo com a autorização expedida pela ANS - Agência Nacional de Saúde.

15.2 Caso a legislação venha a permitir reajustes em prazo inferior a 01 (um) ano, o reajuste financeiro será automaticamente aplicado ao presente Contrato, na menor periodicidade admitida.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA FAIXAS ETÁRIAS

16.1 As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário, obedecerão as seguintes faixas etárias determinadas pela Lei 9.656/98:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1ª. Faixa Etária | De 00 a 18 anos de idade |
| 2ª. Faixa Etária | De 19 a 23 anos de idade |
| 3ª. Faixa Etária | De 24 a 28 anos de idade |
| 4ª. Faixa Etária | De 29 a 33 anos de idade |

5ª. Faixa Etária	De 34 a 38 anos de idade
6ª. Faixa Etária	De 39 a 43 anos de idade
7ª. Faixa Etária	De 44 a 48 anos de idade
8ª. Faixa Etária	De 49 a 53 anos de idade
9ª. Faixa Etária	De 54 a 58 anos de idade
10ª. Faixa Etária	A partir de 59 anos de idade

16.2 Os percentuais de variação para cada faixa serão:

Ao mudar da 1ª para a 2ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 2ª para a 3ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 3ª para a 4ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 4ª para a 5ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 5ª para a 6ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 6ª para a 7ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 7ª para a 8ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 8ª para a 9ª Faixa Etária: _____
Ao mudar da 9ª para a 10ª Faixa Etária: _____

16.3 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 Se o beneficiário Titular retirar-se do contrato, os beneficiários dependentes deverão nomear novo Titular, havendo a manutenção do contrato vigente, inclusive aproveitando integralmente as carências já cobertas pelo contrato dos beneficiários remanescentes.

17.2 O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade (inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei 9656/1998).

17.3 Os Beneficiários dependentes podem ser excluídos do plano de saúde após atingirem a idade máxima estabelecida no contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA RESCISÃO

18.1 Os contratos de Planos individuais/familiares a rescisão contratual unilateral por parte da Contratada somente pode ocorrer em duas hipóteses (artigo 13, parágrafo único, II, da Lei 9656/1998):

- a) por fraude comprovada;
- b) por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

18.2 Nos casos em que o beneficiário titular desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de um ano, haverá multa rescisória de 20% (vinte) das mensalidades restantes para se completar doze meses.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA DISPOSIÇÕES GERAIS

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

19.2 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.

19.3 O contratante declara-se expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste Contrato, 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 Contrato, 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.

19.4 Fazem parte do contrato todos os documentos entregues ao contratante, tais como: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde (quando houver), a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

19.5 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. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA
ELEIÇÃO DE FORO

20.1 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.

20.2 E, assim, por estarem concordes nos termos acima, as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assinada por duas testemunhas.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

ANEXO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

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

BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____._____._____-____

Assinatura: _____

DADOS DO PROPONENTE: TITULAR (X) RESPONSÁVEL ()

Nome: ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES
Data de Nascimento: 03/10/76 Sexo: M Estado Civil: CASADO E-mail: (35)
Nome da Mãe: CECARINA PEREIRA DE SOUZA
CEP: 61901430 Rua/Av: RUA JAIME PAULINO APT 204 Complemento: Bloco V
Bairro: ALTO DA MANGUEIRA Cidade: MARACANAU Estado: CE Perímetro: 101,45+12,25
Ponto de Referência: 88976684 Fone 2: 6828 700372992
Acomodação: (X) Inf. () Apto. Abrangência: Segmentação: A+H Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO

DADOS DO(S) PROPONENTE(S) DEPENDENTE(S) / AGREGADO(S):

Nome do Dependente: JESSICA NAYANE FREITAS MARTINS
Nome da Mãe: LUCIA FREITAS DE ASSIS
Data de Nascimento: 14/7/91 Sexo: F Estado Civil: Solteira Parentesco: Filha Dependente: CPF do Dependente: 041762893-50 Cód. do Plano: 6830
Nº ANS: 458990084 Acomodação: (X) Inf. () Apto. Abrangência: Segmentação: A+H+0 Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO
Nome do Dependente: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Parentesco: _____ CPF do Dependente: _____ Cód. do Plano: _____
Nº ANS: _____ Acomodação: () Inf. () Apto. Abrangência: _____ Segmentação: _____ Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO
Nome do Dependente: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Parentesco: _____ CPF do Dependente: _____ Cód. do Plano: _____
Nº ANS: _____ Acomodação: () Inf. () Apto. Abrangência: _____ Segmentação: _____ Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO
Nome do Dependente: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Parentesco: _____ CPF do Dependente: _____ Cód. do Plano: _____
Nº ANS: _____ Acomodação: () Inf. () Apto. Abrangência: _____ Segmentação: _____ Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO (VENDEDOR)

USO HAPVIDA

Here 5º plano família

EM CASO DA EXISTÊNCIA DE DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE RECONHECIDA ATRAVÉS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E/OU PERÍCIA MÉDICA, DECLARO CONHECIMENTO DE ME TER SIDO OFERTADO COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, PARA AS REFERIDAS PATOLOGIAS, ESPECIFICAMENTE PARA EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, PELO PERÍODO DE 24 MESES A CONTAR DA VIGÊNCIA DO CONTRATO.

12 7 JAN 2012

LOCAL

DATA

PROponente TITULAR OU RESPONSÁVEL/MENOR

DECLARO QUE RECEBI UM EXEMPLAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTENDO DE FORMA CLARA E LEGÍVEL TODAS AS CONDIÇÕES DO PLANO POR MIM ESCOLHIDO E INDICADO NA PRESENTE PROPOSTA NOS MOLDES DA LEI 9.656/98, E QUE OS REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA SERÃO DE ACORDO COM A TABELA DE VENDA VIGENTE NO FECHAMENTO DO CONTRATO, AFIRMO QUE SOU RESPONSÁVEL PELO CUMPRIMENTO INTEGRAL DESTES CONTRATO.

RECEBI A PRESENTE PROPOSTA DE ADESAO PARA ENCAMINHAMENTO À HAPVIDA.

DIA DE VENCIMENTO DA MENSALIDADE:

30

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL POR MENOR DE 18 ANOS

RECEBEMOS DO PROPONENTE TITULAR ACIMA A IMPORTÂNCIA DE R\$ 19800,00 ATRAVÉS DO CHEQUE Nº _____, BANCO _____, RELATIVO AO VALOR DA TAXA DE MANUTENÇÃO DO(S) PROPONENTE(S) A QUE SE REFERE A PRESENTE PROPOSTA DE ADESAO, COMPROMETENDO-SE A SOMENTE APRESENTAR O CHEQUE PARA COMPENSAÇÃO NA OCASIÃO DA APROVAÇÃO DA PRESENTE PROPOSTA, BOLETO NOSSO NÚMERO:

MARACANAÚ

280178 AIEVERO

251,12

SL 91 - 307
Fone: 3243.3000

LOCAL

CODIGO E ASSINATURA DO VENDEDOR

DATA

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO DA MENSALIDADE EM CONTA-CORRENTE

() SIM, AUTORIZO DÉBITO DA MENSALIDADE EM MINHA CONTA-CORRENTE

NOME DO BANCO

AGÊNCIA

CONTA-CORRENTE

PARA USO EXCLUSIVO DA HAPVIDA (CADASTRO/PÓS-VENDA)

1) ANÁLISE: 02/08/12 VISTO: Lúcio

2) PÓS-VENDA: _____ VISTO: _____

3) DIGITAÇÃO: _____ VISTO: _____

4) CONF. DIGITAÇÃO: _____ VISTO: _____

RODRIGO FREIRE
Mat. 6427

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



Assinatura do Titular

Jessica Nayane Freitas Martins

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

041.762.893-50

JESSICA NAYANE FREITAS MARTINS

14/07/1995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ANTONIO IMACIO PEREIRA MENDONÇA



CPF: 787.617.953-92

DATA NASCIMENTO: 23/10/1976

NOME: LUCIANA MENDONÇA MARTINS

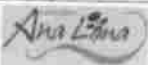
CESARINA PEREIRA DE SOUSA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

112508844

DATA EMISSÃO: 06/04/2009

DETRAN-CE (CEARÁ)



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: MAYARA BEZERRA PONTES

Idade: 5

Médico:

Data 24/01/12 00:00

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Prontuario 4364530

Atendimento 15451110



ANAMNESE

Exames Físico

Peso (Kg):

Temperatura (°C):

Prescrição Médica

Exames Solicitados

Evolução Médica

Carimbo/Assinatura do Médico

Evolução de Enfermagem

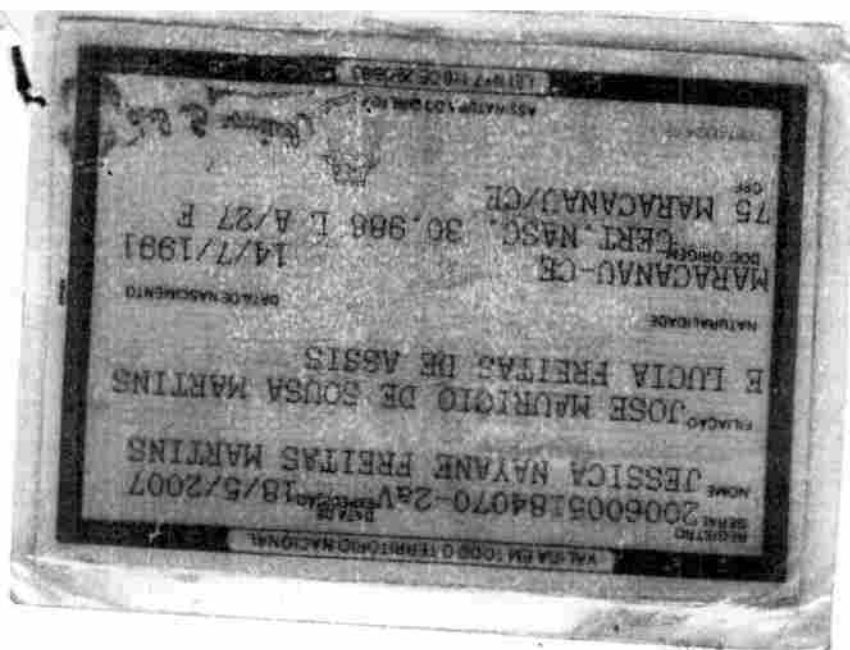
Hora entrada repouso: ____:____ Hora saída Repouso ____:____

Material Utilizado

Codigo	Qtd	Especificacao				
34290		Agua Destilada 10 Ml	26891	Dreno De Penrose 1	43290	Ringer C/Lactato 500ml
133985		Agua Destilada 20ml	27138	Equipo (Macrogotas)	50830	Salto Ortopedico
31720		Agua Oxigenada	27065	Equipo (Microgotas)	30791	Scalp Butterfly N-19
27847		Aguilha Desc. 13x4,5	50997	Esparadrapo	30805	Scalp Butterfly N-21
27855		Aguilha Desc. 25x07	31771	Eter	30813	Scalp Butterfly N-23
32450		Aguilha Desc. 40x12	25950	Fio Catgut Simples 3.0	30821	Scalp Butterfly N-25
31739		Alcool 70%	25968	Fio Catgut Simples 4.0	30830	Scalp Butterfly N-27
51055		Algodao (Atadura 10cm)	31984	Fio Mononylon 3-0	30848	Seringa Descartavel 03
120191		Algodao (Atadura 15cm)	31992	Fio Mononylon 4-0	30856	Seringa Descartavel 05
119250		Algodao (Atadura 20cm)	32000	Fio Mononylon 5-0	30864	Seringa Descartavel 10
51063		Algodao Hidrofilo	32263	Fio Vicril 5-0	30872	Seringa Descartavel 20
27910		Arruela P/Monitor Desc	30597	Gaze Seca 7.5 X 7.5	143303	Sf 0,9% 100ml
27936		Atadura Crepom 10 Cm	48674	Irurol	132043	Sf 0,9% 10ml
27944		Atadura Crepom 15 Cm	118979	Lamina De Bisturi 24	43800	Sf 0,9% 500 Ml
27960		Atadura Crepom 25 Cm	30635	Luva De Procedimento M	43729	Solucao De Glicerina C
30074		Atadura De Gesso 10 Cm	30660	Luva Descartavel N-7,5	43826	Soro Glicosado 5% 500ml
30082		Atadura De Gesso 15 Cm	30678	Luva Descartavel N-8,0	48844	Soro Glicosado 5% 500ml
30090		Atadura De Gesso 20 Cm	30724	Malha Tubular 10 Cm	50881	Torneira 03 Vias
30163		Cateter De Oxigenio	50822	Mascara Descartavel	32425	Vaselina Pomada
30210		Cateter Iv 22 (Jelco)	51004	Micropore	45233	Xylocaina C/Ad 2%
30228		Cateter Iv 24 (Jelco)	32360	Povidine Topico	45250	Xylocaina S/Ad 2%

Outros:

Assinatura do auxiliar de enfermagem



FIXO

Conta de Serviços de Telecomunicação

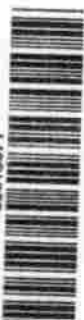
V204

FAC

LIGAÇÕES ILIMITADAS E MUITO MAIS VANTAGENS
PRA SUA FAMÍLIA. ASSINE OI CONTA TOTAL.

Abra e saiba mais.

06013971



ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES
RUA JAIME PAULINO, 451 AP V204
CJ ALTO DA MANGUEIRA
61901-430 MARACANAÚ-CE

CTGE FORTALEZA CE PL3



7200039896242380000018566230291211

PE-09-1211-FI77-0015531-R4-01
ABD:06013971

PROXIMO AO FORUM





FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: MARA SANDRA PEIXOTO MOREIRA

Idade: 28

Médico:

Data 24/01/12 00:00

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Prontuario 8441734

Atendimento 15450953



ANAMNESE

Exames Físico

Peso (Kg):

Temperatura (°C):

Prescrição Médica

Exames Solicitados

Evolução Médica

Carimbo/Assinatura do Médico

Evolução de Enfermagem

Hora entrada repouso: ____:____ Hora saída Repouso ____:____

Material Utilizado

Codigo	Qtd	Especificacao				
34290		Agua Destilada 10 Ml	26891	Dreno De Penrose 1	43290	Ringer C/Lactato 500ml
133985		Agua Destilada 20ml	27138	Equipo (Macrogotas)	50830	Salto Ortopedico
31720		Agua Oxigenada	27065	Equipo (Microgotas)	30791	Scalp Butterfly N-19
27847		Agulha Desc. 13x4,5	50997	Esparadrapo	30805	Scalp Butterfly N-21
27855		Agulha Desc. 25x07	31771	Eter	30813	Scalp Butterfly N-23
32450		Agulha Desc. 40x12	25950	Fio Catgut Simples 3.0	30821	Scalp Butterfly N-25
31739		Alcool 70%	25968	Fio Catgut Simples 4.0	30830	Scalp Butterfly N-27
51055		Algodao (Atadura 10cm)	31984	Fio Mononylon 3-0	30848	Seringa Descartavel 03
120191		Algodao (Atadura 15cm)	31992	Fio Mononylon 4-0	30856	Seringa Descartavel 05
119250		Algodao (Atadura 20cm)	32000	Fio Mononylon 5-0	30864	Seringa Descartavel 10
51063		Algodao Hidrofilo	32263	Fio Vicril 5-0	30872	Seringa Descartavel 20
27910		Arruela P/Monitor Desc	30597	Gaze Seca 7.5 X 7.5	143303	Sf 0,9% 100ml
27936		Atadura Crepom 10 Cm	48674	Iruxol	132043	Sf 0,9% 10ml
27944		Atadura Crepom 15 Cm	118979	Lamina De Bisturi 24	43800	Sf 0,9% 500 Ml
27960		Atadura Crepom 25 Cm	30635	Luva De Procedimento M	43729	Solucao De Glicerina C
30074		Atadura De Gesso 10 Cm	30660	Luva Descartavel N-7,5	43826	Soro Glicosfisiologic 1
30082		Atadura De Gesso 15 Cm	30678	Luva Descartavel N-8,0	48844	Soro Glicosado 5% 500m
30090		Atadura De Gesso 20 Cm	30724	Malha Tubular 10 Cm	50881	Torneira 03 Vias
30163		Cateter De Oxigenio	50822	Mascara Descartavel	32425	Vaselina Pomada
30210		Cateter Iv 22 (Jelco)	51004	Micropore	45233	Xylocaina C/Ad 2%
30228		Cateter Iv 24 (Jelco)	32360	Povidine Topico	45250	Xylocaina S/Ad 2%

Outros:

Assinatura do auxiliar de enfermagem

INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do Contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Deverá, portanto, marcar de próprio punho, sim ou não, na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofre ou sofreu de algumas delas, bem como outras não apontadas.
2. No preenchimento desta declaração de saúde, o proponente beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela contratada ou por um de sua confiança, sendo que, neste caso, as despesas com honorários médicos serão de sua responsabilidade.
3. Declarando o proponente beneficiário, para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferece-lhe a contratada neste momento, **CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados a doença ou lesão preexistente declarada, por um período máxima de 24 (vinte e quatro) meses.
4. Não poderá haver suspensão do atendimento e do Contrato do proponente beneficiário, para doenças ou lesões preexistentes por este, não declaradas, até que a contratada apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente beneficiário omitiu a declaração de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde.
5. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofedor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com S (SIM) ou N (NÃO)

Ítem	Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras.	N	N			
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.	N	N			
03. Neurológicas: convulsões, enxaqueca, Parkinson, paralisia e outras.	N	N			
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras.	N	N			
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras.	N	N			
06. Endocrinológicas: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras.	N	N			
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.	N	N			
08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.	N	N			
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, a amígdalas, audição e outras.	N	N			
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.	N	N			
11. Ginecológicas e Mamas: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.	N	N			
12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo.	N	N			
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.	N	N			
14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.	N	N			
15. Congênitas: cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades e outras.	N	N			
16. Infecto-contagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras.	N	N			
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras.	N	N			
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lúpus e outras.	N	N			
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras.	N	N			
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras.	N	N			
21. Outras doenças não citadas acima.	N	N			

Se a resposta algum item acima for **SIM** para qualquer um dos proponentes responder especificando o item, código e o nome do beneficiário do proponente no quadro complementar abaixo com seus devidos esclarecimentos.

Ítem	Código	Nome do beneficiário	Esclarecimentos

Havendo declaração ou identificação de doença ou lesão preexistente o proponente cumprirá **CPT**, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Eu, proponente beneficiário, para o preenchimento desta Declaração de Saúde:

☐ Dispensei o acompanhamento do "médico orientador".

☐ Solicitei o acompanhamento do "médico orientador"

Nome do médico: _____ CRM nº: _____
 Assinatura do médico: _____
2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e a dos meus dependentes.
3. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o proponente beneficiário entenda que é importante registrar: _____
4. Declaro que estou ciente da cobertura parcial temporária para procedimentos relacionados às doenças acima declaradas, por período de 24 meses da adesão ao plano.
5. Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

Local: MAIRACANA

Titular responsável: _____

Representante autorizado: _____

Vendedor: ALVES

Cód.: 28048

Assinatura: Xeltonir Francisco

Ass. do Vendedor: _____

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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

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

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

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

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local: MARACANDU 25/1/12
 Nome: ANTONIO INACIO P. MENDES
 CPF: 707617953-91
 Assinatura: X. Antonio Inacio Mendes
 Nome legível, assinatura e CPF

Local: MARACANDU 25/1/12
 Nome: ALVARO P. AZEVEDO
 CPF: 155285453-15
 Assinatura: [Assinatura]
 Nome legível, assinatura e CPF

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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

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

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

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

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local: MARACANAÚ, 25/1/12

Local: MARACANAÚ, 25/1/12

Nome: JESSICA N. F. MARTINS

Nome: ALVAREZ P. AZEVEDO

CPF: 041.762.893-50

CPF: 155.285.453-15

Assinatura: X. Antonio Jaci Reis

Assinatura: [Assinatura]

Nome legível, assinatura e CPF

Nome legível, assinatura e CPF

TERMO DE ADITIVO CONTRATUAL

ANEXO I

Proposta de Adesão nº 2038006 Contrato nº _____

Por este instrumento de Aditivo ao Contrato de operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, correspondente à Proposta de Adesão e ao contrato acima referido, as partes estabelecem o seguinte:

Com referência à letra "b" da Cláusula 10.1 do contrato firmado entre as partes, passa a vigorar, da presente data em diante, com a seguinte redação:

"b) Trinta (30) dias: para cobertura a consultas médicas eletivas e exames complementares, exceto para os descritos nos itens c e d, podendo ser reduzido para o prazo de 72h (setenta e duas horas), quando estes procedimentos forem realizados na Rede Própria da Operadora".

A mudança na cláusula reduz a carência dos contratos firmados com data de adesão de 01/01/12 a 31/03/12.

Permanecem inalteradas todas as demais Condições e Cláusulas do Contrato ora aditado, inclusive o previsto para doenças e lesões preexistentes.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Local: MARACANU Data: 25, 1, 12

CONTRATADA:

BENEFICIÁRIO:

Antônio José Pereira da Silva

Testemunhas:

Testemunhas:

DECLARAÇÃO

Declaro, para devidos fins de direito e prova, que me foi mencionado pelo vendedor/preposto da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. (HAPVIDA), que, conforme constante no contrato que recebi por ocasião da minha adesão ao plano de saúde HAPVIDA e/ou de meu(s) dependente(s), a HAPVIDA pode convocar a mim ou a quaisquer dos beneficiários inscritos neste plano, caso existam, para realização de perícia médica pré-admissional, visando a minha admissão (e/ou deles) ao referido plano de saúde, conforme ficha proposta nº. 2038006.

Solicito, entretanto, que a minha inclusão seja efetuada na data programada no instrumento contratual/ficha proposta, independentemente da realização prévia do referido exame, autorizando a HAPVIDA a cancelar a minha inclusão, bem como de meus dependentes eventualmente inscritos no plano, se houver recusa à realização do referido exame admissional ou à assinatura do termo de PERÍCIA ou do termo de conhecimento sobre a Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes à assinatura do presente contrato, caso seja detectada. Solicito o referido cancelamento, caso, ainda, eu ou quaisquer de meus dependentes eventualmente inscritos, não compareçamos à PERÍCIA em até 3 (três) dias úteis após que o titular do plano ou o beneficiário convocado tenha sido comprovadamente comunicado da necessidade de perícia.

Saliento que este cancelamento se dá sob minha solicitação, para garantir a imediata contratação do meu plano, sem necessidade de aguardar perícia pré-admissional, com o intuito de garantir o acesso mais rápido ao plano.

NARAISA, 25 de JANEIRO de 2012.

CONTRATANTE:

Nome completo: _____

Assinatura: X Antônio José Pereira Alves

Termo de Contratação

Individual/ Familiar

Nº DA PROPOSTA

Nº 062358

Hapvida Assistência Médica
ANS - nº 16.025-3

Titular	ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES			Responsável com Direito	X	SIM	NÃO
Nome da mãe	CEZARINA PEREIRA DE SOUZA						
Data de Nascimento	23/10/76	CPF	40461795391	RG	98002282438		
Endereço	RUA JAIME PAULINO APTº 204 Nº 451 Bloco V						
Bairro	ALTO DA MANGUEIRA	Cidade	MARACANAÚ	UF	CE		
E-mail	Telefones / Fax 88976684						
Produto	X Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$	12,25		
	Premium Mais - 2741		463011104				

Dependente 1	JESSICA NAYANE FREITAS MARTINS						
Nome da mãe	LUCIA FREITAS DE ASSIS						
Data de Nascimento	14/7/91	CPF	041762893-50	RG			
Produto	X Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$	12,25		
	Premium Mais - 2741		463011104				

Dependente 2							
Nome da mãe							
Data de Nascimento	/ /	CPF		RG			
Produto	Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$			
	Premium Mais - 2741		463011104				

Dependente 3							
Nome da mãe							
Data de Nascimento	/ /	CPF		RG			
Produto	Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$			
	Premium Mais - 2741		463011104				

Dependente 4							
Nome da mãe							
Data de Nascimento	/ /	CPF		RG			
Produto	Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$			
	Premium Mais - 2741		463011104				

Dependente 5							
Nome da mãe							
Data de Nascimento	/ /	CPF		RG			
Produto	Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$			
	Premium Mais - 2741		463011104				

Valor Total R\$	24,51	Data de Vencimento da Fatura	05	10	15	20	25	30	Data de Início do Contrato	25/1/12
Cobrança conjunta com plano de saúde através da Proposta nº 2038006										

Observações:

Em decorrência de acordo contratual, o HAPVIDA disponibiliza para atendimento toda a rede credenciada MaisOdonto.com

www.maisodonto.com



Recebemos do proponente titular acima a importância de R\$ 24,51, relativo ao valor da 1ª mensalidade deste termo de contratação. As demais mensalidades serão pagas conforme meio de pagamento acima citado.

Declaro, para os devidos fins de direito e prova, que li e estou de posse dos contratos registrados na Agência Nacional de Saúde, sob códigos acima citados dos produtos odontológicos, e que concordo com as condições contratuais aqui pactuadas.

MARACANAÚ 25 de JAN. de 12
 x Antonio Inacio Pereira Mendes
 Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Contratada Hapvida Assistência Médica LTDA.
 Assinatura do Representante Autorizado.

Verificador: ALVARO AZEVEDO Código: 280148

Representante: SL 91 Código: 307

1ª Via - Hapvida / 2ª Via - Representante / 3ª Via - Cliente

NOSSO PLANO

SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SINCRONIZADO		AFRATIZADO				AFRATIZADO				AFRATIZADO
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	AFRATIZADO
REGISTRO ANS	454.866/0-2		700.272/0-1				454.866/0-4				436.042/0-1
COD. INTERNO	8802/8827		8801/8828				8803/8828				8874
0 A 18 ANOS	R\$ 48,65	R\$ 50,67	R\$ 60,06	R\$ 62,56	R\$ 79,46	R\$ 82,77	R\$ 64,09	R\$ 67,59	R\$ 85,94	R\$ 89,52	R\$ 682,84
19 A 23 ANOS	R\$ 64,36	R\$ 67,04	R\$ 79,46	R\$ 82,79	R\$ 109,50	R\$ 113,00	R\$ 85,84	R\$ 89,41	R\$ 113,70	R\$ 118,43	R\$ 825,30
24 A 28 ANOS	R\$ 73,49	R\$ 76,55	R\$ 90,76	R\$ 94,54	R\$ 120,04	R\$ 125,04	R\$ 98,03	R\$ 102,11	R\$ 129,83	R\$ 135,23	R\$ 939,43
29 A 33 ANOS	R\$ 82,07	R\$ 85,48	R\$ 101,37	R\$ 105,59	R\$ 134,07	R\$ 139,65	R\$ 100,47	R\$ 104,03	R\$ 145,00	R\$ 151,04	R\$ 1.054,92
34 A 38 ANOS	R\$ 86,45	R\$ 90,05	R\$ 106,76	R\$ 111,23	R\$ 141,25	R\$ 147,13	R\$ 115,33	R\$ 120,13	R\$ 152,78	R\$ 159,12	R\$ 1.081,28
39 A 43 ANOS	R\$ 97,16	R\$ 101,20	R\$ 120,03	R\$ 125,03	R\$ 158,75	R\$ 165,36	R\$ 129,82	R\$ 135,02	R\$ 171,69	R\$ 178,84	R\$ 1.241,19
44 A 48 ANOS	R\$ 110,55	R\$ 114,60	R\$ 147,70	R\$ 152,96	R\$ 195,33	R\$ 201,46	R\$ 158,49	R\$ 164,13	R\$ 211,26	R\$ 220,06	R\$ 1.639,36
49 A 53 ANOS	R\$ 291,71	R\$ 303,86	R\$ 380,38	R\$ 375,39	R\$ 476,61	R\$ 496,46	R\$ 389,16	R\$ 405,37	R\$ 515,46	R\$ 536,93	R\$ 3.850,73
54 A 58 ANOS	R\$ 291,71	R\$ 303,86	R\$ 380,38	R\$ 375,39	R\$ 476,61	R\$ 496,46	R\$ 389,16	R\$ 405,37	R\$ 515,46	R\$ 536,93	R\$ 3.850,73
59 ANOS OU MAIS	R\$ 291,71	R\$ 303,86	R\$ 380,38	R\$ 375,39	R\$ 476,61	R\$ 496,46	R\$ 389,16	R\$ 405,37	R\$ 515,46	R\$ 536,93	R\$ 3.850,73

MIX

SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
ACOMODAÇÃO	SINCRONIZADO		AFRATIZADO			
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2
REGISTRO ANS	401.006/0-1		401.006/0-0			
COD. INTERNO	8810/8827		8811/8828			
0 A 18 ANOS	R\$ 115,93	R\$ 120,76	R\$ 154,87	R\$ 161,32	R\$ 125,50	R\$ 130,83
19 A 23 ANOS	R\$ 135,92	R\$ 141,58	R\$ 181,58	R\$ 189,14	R\$ 147,27	R\$ 153,40
24 A 28 ANOS	R\$ 155,82	R\$ 162,31	R\$ 206,17	R\$ 216,84	R\$ 168,84	R\$ 175,87
29 A 33 ANOS	R\$ 180,75	R\$ 188,28	R\$ 241,47	R\$ 251,53	R\$ 195,85	R\$ 204,01
34 A 38 ANOS	R\$ 185,44	R\$ 193,16	R\$ 247,75	R\$ 258,07	R\$ 209,94	R\$ 209,31
39 A 43 ANOS	R\$ 220,59	R\$ 229,78	R\$ 294,89	R\$ 306,96	R\$ 239,00	R\$ 248,95
44 A 48 ANOS	R\$ 286,76	R\$ 298,70	R\$ 383,09	R\$ 399,05	R\$ 310,70	R\$ 323,84
49 A 53 ANOS	R\$ 695,37	R\$ 724,34	R\$ 929,00	R\$ 967,70	R\$ 753,45	R\$ 784,84
54 A 58 ANOS	R\$ 695,37	R\$ 724,34	R\$ 929,00	R\$ 967,70	R\$ 753,45	R\$ 784,84
59 ANOS OU MAIS	R\$ 695,37	R\$ 724,34	R\$ 929,00	R\$ 967,70	R\$ 753,45	R\$ 784,84

PLENO

SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
ACOMODAÇÃO	SINCRONIZADO		AFRATIZADO			
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2
REGISTRO ANS	401.006/0-2		401.006/0-0			
COD. INTERNO	8810/8840		8811/8840			
0 A 18 ANOS	R\$ 124,05	R\$ 129,21	R\$ 167,39	R\$ 174,36	R\$ 134,82	R\$ 140,43
19 A 23 ANOS	R\$ 152,01	R\$ 158,34	R\$ 205,15	R\$ 213,67	R\$ 165,21	R\$ 172,09
24 A 28 ANOS	R\$ 174,35	R\$ 181,61	R\$ 235,28	R\$ 245,08	R\$ 189,48	R\$ 197,37
29 A 33 ANOS	R\$ 196,92	R\$ 205,12	R\$ 265,73	R\$ 276,80	R\$ 214,00	R\$ 222,91
34 A 38 ANOS	R\$ 202,03	R\$ 210,44	R\$ 272,63	R\$ 283,98	R\$ 219,55	R\$ 228,69
39 A 43 ANOS	R\$ 233,33	R\$ 243,03	R\$ 314,57	R\$ 327,68	R\$ 268,00	R\$ 278,12
44 A 48 ANOS	R\$ 305,86	R\$ 318,39	R\$ 412,47	R\$ 429,65	R\$ 332,15	R\$ 345,98
49 A 53 ANOS	R\$ 743,97	R\$ 774,96	R\$ 1.003,94	R\$ 1.045,77	R\$ 808,44	R\$ 842,12
54 A 58 ANOS	R\$ 743,97	R\$ 774,96	R\$ 1.003,94	R\$ 1.045,77	R\$ 808,44	R\$ 842,12
59 ANOS OU MAIS	R\$ 743,97	R\$ 774,96	R\$ 1.003,94	R\$ 1.045,77	R\$ 808,44	R\$ 842,12

PLANOS ODONTOLÓGICOS

PLANO	REGISTRO	COD. INTERNO	VALOR PROMO	VALOR
URGENTE	443.006/0-4	2721	R\$ 2,00	R\$ 12,00
EXECUTIVO MAIS	443.006/0-2	2721	R\$ 12,90	R\$ 25,00

Notas:

Assistência Médica: Plano de assistência médica com desconto de 4% no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
Assistência Médica: Plano de assistência médica sem desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
Código Interno: Código que identifica a contratação do plano de assistência odontológica "Odonto Urgente".
Código Interno: Código que identifica a contratação do plano de assistência odontológica "Executivo Mais".

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 5% (cinco por cento) no valor de sua mensalidade.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 03 (três) vidas, poderão sofrer desconto de até 10% (dez por cento) no valor de sua mensalidade.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 04 (quatro) vidas, poderão sofrer desconto de até 15% (quinze por cento) no valor de sua mensalidade.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 05 (cinco) vidas, poderão sofrer desconto de até 20% (vinte por cento) no valor de sua mensalidade.
- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o plano conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"

1. No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.

2. O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2" do respectivo produto.

3. Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.

4. Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 436.062/01-1).

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância no campo abaixo indicado:

() Cliente dos termos da Promoção "Saúde Integral", manifesto interesse em minha adesão.

FORTALEZA - CE, 25 de Jan de 2012

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal
Assinatura do Representante Comercial Autorizado

NOSSO PLANO						
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO	COM ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	COM ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	COM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	436.8866-2	796.37299-2	796.37299-1	436.8866-4	436.8866-1	436.8866-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,31%	32,30%	32,30%	32,29%	32,31%	20,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	14,20%	14,20%	14,21%	14,18%	13,82%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,69%	11,69%	11,69%	11,68%	11,69%	12,29%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,35%	5,35%	5,35%	5,35%	5,35%	2,50%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	12,40%	12,40%	12,40%	12,40%	14,79%
De "39 a 43" a "44 a 48"	23,05%	23,05%	23,05%	23,05%	23,05%	32,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	144,01%	144,00%	144,00%	144,01%	144,00%	135,04%
De "49 a 53" a "54 a 58"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

MIX				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	COM ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO	COM ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	401.8066-1	401.8079-0	401.8039-7	401.8029-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	17,25%	17,25%	17,25%	17,25%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,85%	14,85%	14,85%	14,85%
De "24 a 28" a "29 a 33"	16,00%	16,00%	16,00%	16,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,95%	18,95%	18,95%	18,95%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	142,49%	142,50%	142,50%	142,50%
De "49 a 53" a "54 a 58"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

PLENO				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	COM ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO	COM ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	436.78409-2	436.78209-1	436.78709-7	436.78509-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	22,54%	22,54%	22,54%	22,54%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,70%	14,69%	14,69%	14,69%
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,95%	12,95%	12,95%	12,95%
De "29 a 33" a "34 a 38"	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%
De "34 a 38" a "39 a 43"	15,50%	15,50%	15,50%	15,50%
De "39 a 43" a "44 a 48"	31,00%	31,00%	31,00%	31,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	143,40%	143,40%	143,40%	143,40%
De "49 a 53" a "54 a 58"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Após a devida análise do presente Instrumento, devidos fins, estar ciente dos índices de serem implementados no plano de saúde e com a variação das faixas etárias estabelecidas em plena conformidade com os termos do aplicável.

Fortaleza/CE, 25 de Junho de 2019.


Assinatura do Contratante ou Representante

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados na plena de saúde ora contratada, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Fortaleza/CE, 25 de Jan de 2012

Antônio Francisco Leão Neto
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

PESQUISA QUALITATIVA DE BENEFICIÁRIOS

Nº DA PROPOSTA DE ADESÃO _____

TITULAR: Antonio Inacio Pereira Mendes

Nº de pessoas na família: _____

Nº de pessoas com plano: _____ Que Plano possui: _____

Nº pessoas neste contrato: 2

Altura(m) 1,90 Peso(kg) 90

Já foi internado? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Por que? _____

Já realizou cirurgia? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

DEPENDENTES:

NOME: Jessica Nayane Freitas Martins

Altura(m): 1,67 Peso(Kg): 66

Já foi internado? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Por que? _____

Já realizou cirurgia? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

NOME: _____

Altura(m): _____ Peso(Kg): _____

Já foi internado? SIM () NÃO () Se "SIM" Por que? _____

Já realizou cirurgia? SIM () NÃO () Se "SIM" Qual (is)? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? SIM () NÃO () Se "SIM" Qual (is)? _____

1. Comparativo de Valores por Vencimento – Usuário 30100235538000 - ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES

Competência / Vencimento	Saúde (Assistência Médica)	Odonto	Total Mensal	Observação
Outubro/2025 – Venc. 10/2025	R\$ 389,88	R\$ 29,36	R\$ 419,24	Sem reajuste (valor anterior)
Novembro/2025 – Venc. 11/2025	R\$ 951,31	R\$ 29,36	R\$ 980,67	Aplicado reajuste de 144% na saúde

No contrato informado, **somente este usuário** sofreu reajuste por mudança de faixa etária, conforme previsto pela Lei 9.656/98 e normas da ANS.

➡ **A outra beneficiária do contrato não sofreu reajuste**, mantendo os valores inalterados no mesmo período por **não ter havido mudança de faixa etária**.

Dados dos beneficiários:

30100235538000 - ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES

30100235538018 - JESSICA NAYANE FREITAS MARTINS

Adesão em 25/01/2012

Plano individual

Segmentação: AMBUL+HOSP.S/PARTO

Acomodação: ENFERMARIA