hapvida.com.br

AO PROCON DE MARACANAÚ/CE

COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR

Número De Atendimento: 2505056400100081301

Reclamante: **RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA, CPF: 033.317.033-46**

Reclamada: **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A**

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A., pessoa jurídica de direito privado, com sede em Fortaleza, capital do estado do Ceará, na Av. Heráclito Graça, nº 406, Centro, inscrita no CNPJ sob o nº 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 36.825-3, vem, perante esse Douto Órgão de Defesa do Consumidor, respeitosamente, apresentar **DEFESA ESCRITA** nos autos da reclamação em epígrafe, nos termos abaixo desenvolvidos:

RECLAMAÇÃO.

A Sra. Raquel Moreira de Oliveira registrou reclamação alegando que o seu filho era beneficiário do plano de saúde da Hapvida, mas por dificuldades financeiras, deixou de efetuar o pagamento das mensalidades e o plano foi cancelado em setembro de 2.021 por inadimplência.

Afirma que foi surpreendida ao acessar o SERASA e constatar que possuía negativações por dívidas com a Hapvida, bem como que, tentou obter esclarecimentos da Reclamada sobre a origem da dívida, mas não obteve êxito.

Baseada em tais alegações, a consumidora pleiteia esclarecimentos

sobre as dívidas apontadas, o cancelamento dos débitos e a exclusão do seu nome dos cadastros de inadimplentes Serasa.

Diante disto, a Reclamada passa a expor os esclarecimentos pertinentes e que evidenciam a ausência de conduta ilícita por parte da Operadora signatária.

REALIDADE FÁTICA E JURÍDICA.

Quão logo a reclamação da consumidora foi recebida, a Hapvida prontamente diligenciou na apuração dos fatos relatados, buscando entender todos os detalhes do caso. A equipe de negociação foi mobilizada para verificar o histórico de pagamentos e os contatos realizados com a consumidora, a fim de fornecer uma resposta clara e objetiva.

Com isso, verificou-se que a Sra. Raquel Moreira de Oliveira contratou plano de saúde individual/familiar sob o contrato nº **3010J22275** junto à Hapvida e em benefício de ***Heitor de Oliveira Santos***. Referido contrato teve vigência do período de **02/07/2021 até 30/06/2022**, data em que a Operadora rescindiu **unilateralmente** o contrato por inadimplência nos termos do art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei n° 9.656/98 e contrato firmado.

Sucede-se que, a consumidora deixou em aberto as seguintes mensalidades (valores atualizados até 06/06/2025):

Contrato 3010J222752	Beneficiário: RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA			Dt Inclusao Spc	
Boleto	Vencimento	Status	Vl Obrigacao	Dias Atraso	Vl Atualizado
28141000013425638	10-SEP-21	CANCELADO	$214.80	1365	$314.65
28141000013762068	10-OCT-21	CANCELADO	$214.80	1335	$312.55
28141000014111136	10-NOV-21	CANCELADO	$214.80	1304	$310.38
28141000014512639	10-DEC-21	CANCELADO	$214.80	1274	$308.28
28141000014913301	10-JAN-22	CANCELADO	$214.80	1243	$306.11
28141000015323086	10-FEB-22	CANCELADO	$214.80	1212	$303.94
28141000015724038	10-MAR-22	CANCELADO	$214.80	1184	$301.98
28141000016123752	10-APR-22	CANCELADO	$214.80	1153	$299.81
28141000016543875	10-MAY-22	CANCELADO	$214.80	1123	$297.71
28141000016952869	10-JUN-22	CANCELADO	$214.80	1092	$295.54
28141000017347012	10-JUL-22	CANCELADO	$247.19	1062	$337.09
		Total:	$2,395.19		$3,388.04

Importante destacar que não houve nenhuma solicitação formal de cancelamento do plano de saúde. O fato de a beneficiária deixar de efetuar o pagamento das mensalidades não se confunde com o pedido formal de cancelamento, conforme exige a **Resolução Normativa nº 412/2016 da ANS** (atual RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022).

Conforme determina a referida Resolução Normativa, o **cancelamento do plano de saúde deve ser solicitado formalmente pelo titular do contrato**, por meio de canais disponibilizados pela operadora.

A simples inadimplência **não configura automaticamente a vontade de encerrar o vínculo contratual**, sendo necessário o pedido expresso de cancelamento.

Isto é, enquanto o plano não é formalmente cancelado, a Operadora mantém a obrigação legal e contratual de disponibilizar a cobertura assistencial, gerando a legítima expectativa de contraprestação (pagamento) por parte da beneficiária.

Destaca-se que, a consumidora foi devidamente notificada acerca da inadimplência das mensalidades no endereço fornecido pela própria consumidora no momento da contratação, conforme consta nos registros do contrato. Veja-se (doc. anexo):

AVISO DE RECEBIMENTO Digital

NT000047158761104

<<4715876>>

DESTINATÁRIO:
RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA

R 16 181

ACARACUZINHO , MARACANAU - CE

61919140

AR203046245ON

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª 03/05/22 13:19 h

2ª ___/___/___ ___:___ h

3ª ___/___/___ ___:___ h

ATENÇÃO: após a 3ª tentativa, devolver o objeto.

MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO

[1] MUDOU-SE
[2] ENDEREÇO INSUFICIENTE
[3] NÃO EXISTE O NÚMERO
[4] DESCONHECIDO
[5] RECUSADO
[6] NÃO PROCURADO
[7] AUSENTE
[9] OUTROS

DATA DE GERAÇÃO: 11/04/2022

CARIMBO UNIDADE DE ENTREGA

03 MAI 2022

FF

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR

CENTRALIZADOR REGIONAL

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (OPCIONAL)

RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO

JONATHAN PAUL
MAT: 8.181.297-

PARA USO DO CLIENTE (OPCIONAL)

ASSINATURA DO RECEBEDOR Evandro Santos

DATA DE ENTREGA 03/05/22

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR Evandro Santo

Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE 900021016

Nota-se que é o mesmo endereço indicado no momento da contratação do plano de saúde. Veja-se:

Detalhes do contrato - TITULAR (RESP. FINANCEIRO)

Valor Asssitência: $0.00
Nome: RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA
Nome Mãe: LUCIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA
CPF: 3331703346 **RG:** 2005010411366 **Nasc.:** 15-DEC-89 **Est. Civil:** CASADO
Peso: Não informado **Altura:** Não informado
Plano: RESPONSAVEL SEM DIREITO(SEM COBERTURA)
Acomodação: SEM ACOMODACAO **Aproveitamento de Carência:** NÃO
Telefone: 8589194443 **Celular:** 85981660976 **Email:** oliveira.raquelzinha@gmail.com
Endereço: 16 - ACARACUZINHO CEP: 61919140 - MARACANAU CE
Local de Atendimento:

Área de Atuação

Declaração de Saúde

Portanto, é inequívoco que a beneficiária tinha pleno conhecimento acerca dos débitos com a Hapvida e permaneceu inerte.

Além disso, foram realizadas tentativas amigáveis de negociação da dívida, o que comprova a atuação de boa-fé da operadora, em estrito respeito aos princípios da transparência e do equilíbrio contratual.

A consumidora não demonstrou qualquer tentativa de contato com a Operadora para verificar débitos pendentes ou contestar valores, demonstrando inércia quanto à sua obrigação contratual. A ausência de iniciativa por parte da beneficiária em regularizar a situação contribuiu para a permanência do vínculo e a consequente cobrança dos valores inadimplidos.

Assim, diante da ausência de pagamento, da falta de manifestação da consumidora e da inexistência de pedido de cancelamento, a cobrança dos débitos é legítima, bem como eventual negativação do nome da consumidora junto aos órgãos de proteção ao crédito, visto que, foram observados os critérios legais.

Imperioso registrar que nos casos de inadimplência, a Operadora está autorizada a rescindir o contrato de forma unilateral, desde que observados os requisitos legais, conforme dispõe o **art. 13, inciso II, da Lei nº 9.656/98**. Veja-se:

> *Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação*
>
> *Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (...)*
>
> ***II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, SALVO por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivo ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;***
>
> *(Destaques Inovados)*

Todavia, apesar de plenamente possível, por ora, a Hapvida ainda não incluiu o nome da Reclamante no Serasa. Veja-se (doc. anexo):

São Paulo, 6 de junho de 2025

serasa experian

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S/A
CNPJ: 63.554.067

Conforme sua solicitação, informamos que para o **CPF 033.317.033-46**, até esta data, às 13:42:12, 'NADA CONSTA' no Cadastro de Inadimplentes da Serasa, sendo certo que também não foram localizadas anotações que tenham sido disponibilizadas ao mercado e excluídas nos últimos 05 anos, relativas à EMPRESA CREDORA.

A Serasa esclarece que, por força do dispositivo contido no art. 43, § 1ª da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), não são inscritas ou mantidas anotações no cadastro de inadimplentes da empresa com mais de 05 (cinco) anos.

Serasa S/A

Importa mencionar que, a consumidora também figurou como titular do contrato individual de nº **3010J719090**, cuja vigência foi de 04/08/2023 a 08/11/2024, data em que também foi cancelado por inadimplência nos termos da legislação aplicável ao caso.

Na contratação em questão, a consumidora sequer realizou o pagamento de mensalidades, acumulando inadimplências dos vencimentos de 10/09/2023 a 10/11/2024. Contrariamente o inadimplemento da consumidora, a Hapvida identificou que disponibilizou cobertura assistencial nos termos contratados. Veja-se Ficha de Utilização, documento que lista os eventos em saúde realizados às expensas do plano:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA — PAGINA: 001 / 001
SISTEMA DE CONTROLE DE PLANO DE SAUDE — DATA: 27/08/25
RELATORIO DA FICHA MEDICA DO USUARIO — PERIODO: 04/08/2023 A 08/11/2024 — HORA: 15:55:47

Usuario 3010J719090010 - HEITOR DE OLIVEIRA SANTOS — Data Nasc 17/05/2021 — Idade 4
Empresa INDIVIDUAL — Odonto SEM ODONTOLOGIA — Acomod. ENFERMARIA — Servico NAO
Plano 11869 - AMBUL+HOSP.C/PARTO — Filial 001 - FORTALEZA — Situacao CANCELADO — Adesao 04/08/2023

Senha	Dt Autoriz		Dias Aut
Procedimento	Dt Internação	Med Auditor	UTI Aut
Prestador		Tipo Autorização	Dias Pro
	Operador	Total Dias	UTI Pro
M85771409	07/08/2023		1
00010014 - CONSULTA EM CONSULTORIO			0
03951413 - MARIGESIO MOURA DA SILVA		E	0
	INTERNET	1	0

Nesta contratação, a consumidora realizou o pagamento apenas do valor de adesão (que é repassado apenas à empresa intermediadora do contrato) e já iniciou o uso da cobertura assistencial sem, no entanto, realizar o pagamento das mensalidades devidas.

Do mesmo modo, não há qualquer registro de que a consumidora acionou a Operadora com a finalidade de negociar os débitos ou mesmo realizar o cancelamento das contratações, razão pela qual os contratos permaneceram ativos até rescisão unilateral por parte da Operadora, o que ocorre somente após a notificação.

Embora os débitos **ainda não tenham sido inscritos em cadastros de proteção ao crédito**, eles **permanecem legítimos, líquidos e exigíveis**, uma vez que

decorrem de contraprestações devidas até a efetiva rescisão do contrato.

Posto isso, esclarece-se que, o contrato de plano de saúde é de natureza onerosa e **bilateral**, ou seja, gera obrigações recíprocas para ambas as partes. A operadora garante cobertura assistencial, enquanto o beneficiário se compromete ao pagamento mensal das contraprestações (mensalidades).

A cobrança das mensalidades inadimplidas decorre de previsão contratual expressa, validamente pactuada entre as partes, em conformidade com as normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e não se trata de penalidade ou cobrança indevida, mas de execução regular do contrato.

A obrigação de pagamento das mensalidades independe da utilização dos serviços de saúde, pois o contrato garante disponibilidade contínua da cobertura assistencial, o que por si só gera custos à operadora.

Na hipótese de inadimplemento, e após a notificação do devedor, a operadora pode inscrever o nome do beneficiário nos cadastros de proteção ao crédito, conforme autoriza o artigo 43, §2º, do Código de Defesa do Consumidor. A inscrição é legítima desde que haja, dívida líquida, certa e exigível, ausência de pagamento, notificação prévia, exatamente conforme ocorrido no caso em exame.

Portanto, é inequívoco que inexistiu conduta abusiva ou mesmo ilícita, uma vez que, a Operadora Reclamada apenas exerceu um direito legal e contratualmente previsto.

Logo, a cobrança feita pela Operadora reflete exatamente o que foi acordado entre as partes, observando rigorosamente os encargos contratuais e as disposições legais aplicáveis.

Ante o exposto, pugna-se pelo integral acolhimento da presente

defesa, com o imediato **ARQUIVAMENTO** da demanda administrativa, por ser medida de rigor, tendo em vista que não houve quaisquer violações aos direitos do consumidor.

DO PEDIDO.

Por todo o exposto, pelos motivos de direito supra delineados e pelas razões fáticas devidamente comprovadas, que atestam, indubitavelmente, que esta operadora não infringiu nenhum dispositivo legal ou contratual, requer o **ARQUIVAMENTO DA PRESENTE DEMANDA.**

Fortaleza/CE, 27 de junho de 2025.

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A

Usuario 3010J719090010 - HEITOR DE OLIVEIRA SANTOS **Data Nasc** 17/05/2021 **Idade** 4
Empresa I N D I V I D U A L **Odonto** SEM ODONTOLOGIA **Acomod.** ENFERMARIA **Servico** NAO
Plano 11859 - AMBUL+HOSP.C/PARTO **Filial** 001 - FORTALEZA **Situacao** CANCELADO **Adesao** 04/08/2023

Senha	Dt Autoriz		Dias Aut
Procedimento	**Dt Internação**	**Med Auditor**	**UTI Aut**
Prestador		**Tipo Autorização**	**Dias Pro**
	Operador	**Total Dias**	**UTI Pro**
M85771409	07/08/2023		1
00010014 - CONSULTA EM CONSULTORIO			0
03951413 - MARIGESIO MOURA DA SILVA		E	0
	INTERNET	1	0

Contrato 3010J222752 **Beneficiário: RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA** **Dt Inclusao Spc**

Boleto	Vencimento	Status	Vl Obrigacao	Dias Atraso	Vl Atualizado
28141000013425638	10-SEP-21	CANCELADO	$214.80	1365	$314.65
28141000013762068	10-OCT-21	CANCELADO	$214.80	1335	$312.55
28141000014111136	10-NOV-21	CANCELADO	$214.80	1304	$310.38
28141000014512639	10-DEC-21	CANCELADO	$214.80	1274	$308.28
28141000014913301	10-JAN-22	CANCELADO	$214.80	1243	$306.11
28141000015323086	10-FEB-22	CANCELADO	$214.80	1212	$303.94
28141000015724038	10-MAR-22	CANCELADO	$214.80	1184	$301.98
28141000016123752	10-APR-22	CANCELADO	$214.80	1153	$299.81
28141000016543875	10-MAY-22	CANCELADO	$214.80	1123	$297.71
28141000016952869	10-JUN-22	CANCELADO	$214.80	1092	$295.54
28141000017347012	10-JUL-22	CANCELADO	$247.19	1062	$337.09
		Total:	**$2,395.19**		**$3,388.04**

AVISO DE RECEBIMENTO **Digital**

20/06/2025
LOTE 08652

Dou ciência dos dados coletados no ato da entrega do objeto, que poderão ser utilizados para fins de comprovação da prestação do serviço.

<<4715876>>

DESTINATÁRIO:
RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA

R 16 181

ACARACUZINHO
61919140 MARACANAU - CE

AR203046245ON

TENTATIVAS DE ENTREGA

9912314048/2017 - SE/CE
Hapvida

1ª ____/____/____ ____:____h
2ª ____/____/____ ____:____h
3ª ____/____/____ ____:____h

MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO

1 Mudou-se	5 Recusado
2 Endereço Insuficiente	6 Não Procurado
3 Não Existe o Número	7 Ausente
4 Desconhecido	8 Falecido
9 Outros_____	

CARIMBO UNIDADE DE ENTREGA

FF

RUBRICA E MATRÍCULA DO ENTREGADOR

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR
CENTRALIZADOR REGIONAL

PARA USO EXCLUSIVO DO REMETENTE (OPCIONAL)
ESPNT4715876.txt

Ref. Notificação nº <<4715876>> - Art 13, paragrafo único, inciso II, da Lei nº. 9656/98

DATA DE GERAÇÃO: 11/04/2022

ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DE ENTREGA
____/____/____

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Seq.:1

Nome Arquivo.: ESPNT4715876.txt

hapvida

<<4715876>>

AR

Devolução Eletrônica Correios

FAC
9912314048/2017-SE/CE
HAPVIDA
Correios

NOTIFICAÇÃO (ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, INCISO II, DA LEI 9.656/98)

RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA
R 16 181
ACARACUZINHO
61919140 MARACANAU – CE

00656330400865 2FF30498207211200625

FF203046245BR

Remetente:
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
Av. Heráclito Graça, 406 – Centro
Fortaleza – CE
CEP: 60140-061

PARA USO DOS CORREIOS		
☐ 01 - MUDOU-SE	☐ 07 - AUSENTE	Reintegrado ao Serviço Postal em: ____/____/____
☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	☐ 08 - NÃO PROCURADO	
☐ 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO	☐ 10 - OBJETO DANIFICADO	Rubrica do Responsável:
☐ 04 - FALECIDO	☐ 11- ED. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	
☐ 05 - DESCONHECIDO	☐ 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./GU)	
☐ 06 - RECUSADO	☐ 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	Matrícula:

5553223

DESTINATÁRIO

Destinatário: Sr(a). RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA

<<4715876>>

CPF nº: 33317033460

Contrato(s): **3010J.222752 0700D.783176**

Endereço: **R 16 181**
ACARACUZINHO 61919140 MARACANAU – CE

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO À VERIFICAÇÃO)
Ref. Notificação nº <<4715876>> – Art 13, paragrafo único, inciso II, da Lei nº. 9656/98

DEVOLVA DIRETAMENTE AO ENDEREÇO DO VERSO

NOTIFICAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA - 4715876

Prezado(a) RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA

Contrato(s): 3010J.222752 0700D.783176

hapvida
Faz bem pra você

HapVida Assistência Médica LTDA
Av. Heráclito Graça, 406 - Centro
FORTALEZA - CE
CNPJ.: 63.554.067/0001-98

A **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, operadora de planos privados de assistência à saúde, registrada na ANS sob o nº. 36.825-3, vem comunicar a V.Sa. que, até a data de emissão deste documento, fora identificado atraso no pagamento da(s) mensalidade(s) relativa(s) ao(s) contrato(s) abaixo especificado(s), por periodo superior a 50(cinquenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência.

Em complemento aos avisos costumeiramente lançados nos boletos e objetivando a regularização do(s) seu(s) contrato(s) de plano de saúde e, consequentemente, a manutenção dos serviços contratados, **a HAPVIDA vem notificar V.Sa. para que efetue o pagamento da(s) mensalidade(s) abaixo, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar do recebimento deste comunicado, sob pena de rescisão unilateral do(s) referido(s) contrato(s), nos termos do art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98.**

Caso o pagamento já tenha sido efetuado ou para maiores esclarecimentos acerca da presente notificação, favor contatar a **HAPVIDA**, por meio do **Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC**, através do telefone **0800.2809130** ou pelo Fale Conosco, no site www.hapvida.com.br. É um prazer em tê-lo como cliente.

BENEFICIÁRIOS:

ASSISTÊNCIA	NOME	CARTEIRA	PLANO ANS	PLANO
MÉDICA	HEITOR DE OLIVEIRA SANTOS	3010J.222752.01–0	484224193	NP AHO IN GM ENF JN 085
ODONTOLÓGICA	HEITOR DE OLIVEIRA SANTOS	0700D.783176.01–0	472185143	ODONTO PREMIUM NACIONAL

FICHA FINANCEIRA:

VENCIMENTO	PAGAMENTO	VL. PRINC.	VL. ATUAL	D.A *
10/08/2021	10/08/2021	214,80		0
10/09/2021	EM ABERTO	214,80	272,47	213
10/10/2021	EM ABERTO	214,80	264,96	183
10/11/2021	EM ABERTO	214,80	257,19	152
10/12/2021	EM ABERTO	214,80	249,67	122
10/01/2022	EM ABERTO	214,80	241,90	91
10/02/2022	EM ABERTO	214,80	234,13	60
10/03/2022	EM ABERTO	214,80	227,12	32

* Legendas :
* VL. PRINC. = Valor Principal
* VL. ATUAL = Valor Atualizado
* D.A = Dias em atraso

Fortaleza, 11 de abril de 2022
Atenciosamente,
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

AVISO DE RECEBIMENTO **Digital**

NT000047158761104

AR
9912314048 ORTCE HAPVIDA
Correios

<<4715876>>

DATA DE GERAÇÃO: 11/04/2022

DESTINATÁRIO:
RAQUEL MOREIRA DE OLIVEIRA

R 16 181

ACARACUZINHO , MARACANAU - CE

61919140

AR203046245ON

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª 03/05/22 13:19 h

2ª ____/____/____ ____:____ h

3ª ____/____/____ ____:____ h

ATENÇÃO: após a 3ª tentativa, devolver o objeto.

MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO

[1] MUDOU-SE
[2] ENDEREÇO INSUFICIENTE
[3] NAO EXISTE O NÚMERO
[4] DESCONHECIDO
[5] RECUSADO
[6] NÃO PROCURADO
[7] AUSENTE
[9] OUTROS _____

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA

03 MAI 2022

FF

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR

CENTRALIZADOR REGIONAL

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (OPCIONAL)
Ref. Notificação nº <<4715876>> - Art.13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº. 9656/98

RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO

JONATHAN PAUL
MAT: 8.181.297-3

PARA USO DO CLIENTE (OPCIONAL)
NT11042022174539.txt

ASSINATURA DO RECEBEDOR: Evandro Santos

DATA DE ENTREGA: 03/05/22

NOME LEGIVEL DO RECEBEDOR: Evandro Santo

Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE: 9[illegible]0210163

Operadora: Hapvida Assistência Médica S.A.

CNPJ: 63.554.067/0001-98

Nº de registro na ANS: 36.825-3

Nº de registro do produto: 484224193

Site: http://www.hapvida.com.br

Tel.: 4002 3633 (capitais)/ 0800 280 9130 (SAC)
0300 280 3633 (outras localidades)

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. 3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assitencial 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 leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Pág. 4
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	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. 4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimento a que o beneficiário tem direito, previsto na lesgislação 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. 5
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimento a que o beneficiário não tem direito, previsto na lesgislação da saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano de saúde 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 lesgislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	Pág. 10

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquias 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. 14
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Pág. 10
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão póe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Pág. 19
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 de serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	Pág. 18
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 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, ou observadas as regras para oferecimeto, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

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.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO	
Nome:	NOSSO PLANO AHO IN GM ENF JN 085
Número do registro:	484224193
Forma de contratação:	INDIVIDUAL OU FAMILIAR
Abrangência geográfica:	GRUPO DE MUNICÍPIOS
Segmentação assistencial:	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
Padrão de acomodação:	ENFERMARIA
Formatação de preço:	PRÉ-ESTABELECIDO
Fator moderador:	NÃO
Vínculo com beneficiários:	NÃO SE APLICA

DADOS DA CONTRATADA	
Razão Social:	HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.
CNPJ:	63.554.067/0001-98
Registro ANS:	36.825-3
Modalidade:	MEDICINA DE GRUPO
Endereço:	AV. HERÁCLITO GRAÇA, 406, CENTRO, FORTALEZA/CE, CEP: 60.140-060

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR	
Nome:	
Nome da mãe:	
CPF:	
Endereço:	
Cidade / UF:	
CEP:	
Data de Nascimento:	
Telefone de contato:	
E-mail:	

CLÁUSULA PRIMEIRA
DAS PARTES

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

1.2. CONTRATADA: **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Heráclito Graça nº. 406, Centro, Fortaleza – Ceará, CEP 60.140-060, inscrita no CNPJ com o nº. 63.554.067/0001-98, inscrição Estadual isenta, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 36.825-3, no exercício da atividade de Medicina de Grupo, também denominada OPERADORA e/ou HAPVIDA, neste ato representada por seu Representante Legal 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
DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

2.1. O presente instrumento regula o plano de assistência à saúde denominado **NOSSO PLANO AHO IN GM ENF JN 085**, produto registrado na ANS com o nº **484224193**, de contratação **INDIVIDUAL OU FAMILIAR** e segmentação de atendimento **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

2.2. Todas as coberturas contratadas serão garantidas exclusivamente por meio da rede informada pela CONTRATADA, no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal da Operadora, no site www.hapvida.com.br. O BENEFICIÁRIO não terá direito à livre escolha de profissional ou prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da CONTRATADA, que não à daquele que contratou.

CLÁUSULA TERCEIRA
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

3.1. A abrangência geográfica do presente contrato é GRUPO DE MUNICÍPIOS, com atendimento por meio dos médicos e prestadores indicados no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal da Operadora, com área de atuação nos seguintes municípios:

MUNICÍPIOS	ESTADOS
Maceió	Alagoas
Manaus	Amazonas
Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador	Bahia
Fortaleza, Juazeiro do Norte e Maracanaú	Ceará
São Luís	Maranhão
Belém	Pará
João Pessoa	Paraíba
Cabo de Santo Agostinho e Recife	Pernambuco
Teresina	Piauí
Mossoró e Natal	Rio Grande do Norte
Joinville	Santa Catarina
Aracaju	Sergipe

3.2. A área geográfica de abrangência corresponde à área em que a CONTRATADA fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO (GRUPO DE MUNICÍPIOS) e a Área de Atuação, corresponde aos municípios de cobertura assistencial do plano retro listados.

CLÁUSULA QUARTA
DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

4.1. Os Beneficiários do presente contrato, sempre que necessitarem de internação clínica ou cirúrgica, terão

direito à acomodação coletiva, em **ENFERMARIA**, nos termos e limites previstos no presente instrumento.

4.2. Caso o BENEFICIÁRIO, durante a internação hospitalar, opte por utilizar acomodação superior à contratada, deverá negociar junto ao prestador, o pagamento da diferença de acomodação ao hospital, bem como à toda a equipe médica, não cabendo à CONTRATADA nenhum ônus decorrente de tal negociação.

CLÁUSULA QUINTA
DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. A CONTRATADA opera Planos Privados de Assistência à Saúde nos termos do inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998 e se obriga à cobertura dos custos de assistência médica de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - OMS, 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 às partes, na forma do Novo Código Civil Brasileiro, sujeitando-se às normas estatuídas na Lei nº 9.656/1998 e legislação específica complementar ou outra que vier a sucedê-la e, subsidiariamente, às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEXTA
DAS 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).

6.2. É considerado BENEFICIÁRIO TITULAR, aquele que consta como responsável pela contratação, denominado CONTRATANTE.

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

a) Cônjuge ou companheiro(a), desde que legalmente comprovada esta condição;
b) Filhos menores, naturais, até 21 anos ou até 24 anos, se estiverem cursando a Universidade;
c) Filhos adotivos menores de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, nos termos do art.12, VII, da Lei nº 9.656/1998.

6.4. 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 à OPERADORA, submetendo-se ao cumprimento integral das carências e exclusões previstas no plano.

CLÁUSULA SÉTIMA
DAS 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, conforme o 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 – OMS, em conformidade com o produto contratado.

7.2. A participação de profissional médico anestesiologista 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, da área de abrangência e da área de atuação estabelecidas no contrato,

está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

7.4. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas dos procedimentos estabelecidos para a segmentação ambulatorial, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, observados os seus limites, diretrizes de utilização (DUT) e termos da legislação de saúde suplementar, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços com unidade de terapia intensiva e unidades similares, sendo garantidas, ainda, as seguintes coberturas:

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, desde que não se caracterize como internação;
c) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
d) Psicoterapia de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente.
e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente;
f) Ações de planejamento familiar para a segmentação ambulatorial, de acordo com estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
g) Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução Normativa da ANS específica, vigente sobre o tema.
h) Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.
i) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD.
j) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.
k) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

- medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA;

l) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial.
m) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

n) Hemoterapia ambulatorial;
o) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial.

7.5. Para fins do disposto no item 7.4, "a", da presente Cláusula, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

COBERTURAS HOSPITALARES:

7.6. Ao BENEFICIÁRIO serão assegurados os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução Normativa da ANS vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, em unidades referenciadas, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, englobando, ainda, a cobertura dos seguintes itens:

a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior à acomodação contratada, 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 quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados;
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, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
e) Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais e que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitando-se, ainda, a segmentação contratada.
f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar, desde que estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitada a segmentação contratada;
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 peritonial - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral definidos na Lei 9.656/98 e Rol da ANS vigente;
- Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de procedimentos para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição enteral ou parenteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

i) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;
j) 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;
k) Cirurgia buco-maxilo-facial, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo médico/cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar;
l) 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;
m) 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;

7.6.1 Ao BENEFICIÁRIO está, ainda, assegurada a cobertura com internação psiquiátrica, conforme legislação específica vigente, nos seguintes termos:

a) Custeio dos primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica. Ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrado do BENEFICIÁRIO, a título de co-participação, o percentual de 50% (cinquenta porcento) do valor contratado entre a CONTRATADA e o respectivo prestador, que é a participação financeira do BENEFICIÁRIO quando da utilização dos referidos serviços de assistência;
b) Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

7.6.2. A cobertura hospitalar contempla, ainda, a remoção terrestre do BENEFICIÁRIO, na forma da legislação vigente à época do evento, que tenha cumprido o período de carência, a partir da ciência da CONTRATADA, quando ocorrer:

a) De hospital ou pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde-SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO;
b) De hospital ou pronto-atendimento privado, não pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO;
c) De hospital ou pronto-atendimento privado, pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO na unidade de saúde de origem;
d) De hospital ou pronto-atendimento, público ou privado, não pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo BENEFICIÁRIO, para hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do BENEFICIÁRIO e na indisponibilidade ou inexistência de prestador

conforme previsto na RN Nº. 566/2022, ou outra que venha a lhe substituir;
e) De hospital ou pronto-atendimento pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

7.6.2.1. A CONTRATADA não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, pelas despesas de REMOÇÃO AÉREA do BENEFICIÁRIO e nem pelas despesas de REMOÇÃO TERRESTRE do BENEFICIÁRIO, nas seguintes situações:

a) De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou pronto-atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores, conforme legislação vigente; ou
b) De hospital ou pronto-atendimento, pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde do BENEFICIÁRIO, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não pertencente à rede assistencial da CONTRATADA.

COBERTURAS OBSTÉTRICAS:

7.7. A cobertura obstétrica garantirá:

a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
b) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós–parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
c) Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, ou de seu dependente, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto;
d) Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

7.7.1. Para fins de cobertura do parto normal previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado.

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS:

7.8. O referido produto não possui cobertura ODONTOLÓGICA.

CLÁUSULA OITAVA
DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência médico-hospitalar, os tratamentos e/ou despesas decorrentes de:

a) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
c) Tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
e) Inseminação artificial;
f) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na anvisa;
g) Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares e materiais para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos para uso domiciliar de cobertura obrigatória da contratada, conforme rol de procedimentos e eventos em saúde vigente;
i) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela comissão de incorporação de tecnologias do ministério da saúde - citec;
j) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
k) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
l) Transplantes, exceto os previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente;
m) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e as despesas com a estrutura hospitalar necessária à execução de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico, necessitem de internação;
n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
o) Aplicação de vacinas;
p) Serviços de enfermagem em caráter particular; e
q) Todos os procedimentos excluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, em desacordo com seus limites e Diretrizes de Utilização (DUT) ou não previstos como de cobertura obrigatória para a segmentação contratada.

8.1.1. Ainda que indicado ou solicitado pelo médico assistente, não faz parte da cobertura de custos do presente contrato, o atendimento de qualquer caso de "Home Care" (internações, tratamentos, procedimentos e afins), realizado no domicílio do BENEFICIÁRIO).

CLÁUSULA NONA
DA DURAÇÃO DO CONTRATO

9.1. 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
DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. Em conformidade com a RN nº 557/2022, que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência, 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, para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, de acordo com a segmentação contratada:

PRAZOS DE CARÊNCIA	COBERTURA
24 (VINTE E QUATRO) HORAS	Garantia de cobertura para atendimentos 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 nº 13/1998.
30 (TRINTA) 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).

90 (NOVENTA) DIAS	Para a cobertura dos seguintes exames e procedimentos: - Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional (exceto PAC); - Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina (exceto PAC); - Exames Otorrinolaringológicos simples como: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA), (exceto PAC); - Exames de Raio-X Contrastado (exceto PAC); - Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos ou PAC); - Mamografia Convencional; - Densitometria Óssea.
180 (CENTO E OITENTA) DIAS	Para a cobertura dos seguintes exames e procedimentos: - Internação Hospitalar clínica ou cirúrgica (exceto as relacionadas à patologias de CPT); - Internações em leitos de alta complexidade (exceto as relacionadas à patologias de CPT); - Cirurgias ambulatoriais (exceto as relacionadas à patologias de CPT); - Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional); - Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias (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; - Hemodiálise.
300 (TREZENTOS) DIAS	Partos a Termo.

10.2. O BENEFICIÁRIO está ciente de que, ainda que tenha cumprido todos os prazos de carência acima estipulados ou tenha sido dispensado, no todo ou em parte, do cumprimento destes pela CONTRATADA, caso mude para outro plano da CONTRATADA, COM COBERTURAS IDÊNTICAS às do plano anterior, em que for garantido o acesso a profissionais, entidades ou prestadores de serviços de saúde não constantes no plano anterior ou, ainda, para um plano com padrão de acomodação, estará sujeito ao cumprimento do prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para todo e qualquer procedimento, apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde ou ao padrão de acomodação acrescidos, com exceção dos casos previstos na legislação vigente.

10.2.1. Caso opte por mudar para outro plano da CONTRATADA, COM COBERTURAS OU SEGMENTAÇÕES ASSISTENCIAIS não previstas no plano anterior, o BENEFICIÁRIO estará sujeito ao cumprimento integral dos períodos de carência estabelecidos para os procedimentos inerentes às novas segmentações contratadas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA
DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

11.1. No momento da adesão, cada beneficiário, ou seu representante legal, terá obrigatoriamente que preencher a Declaração de Saúde (DS), informando a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) à data da assinatura do contrato ou da adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude. Ficando constatada a farude por omissão de informação de dados na Declaração de Saúde por parte do beneficiário, o contrato poderá ser suspenso ou rescindido unilateralmente, 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 (DLP) são definidas como aquelas que o Beneficiário ou seu representante

legal sabia 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 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), internação em leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

11.4. A CONTRATADA poderá oferecer CPT para doença(s) ou lesão(ões) que possa(m) gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, constatadas por perícia ou por entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário, conforme disposto na RN 558/2022.

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 comunicará 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 na RN 558/2022.

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
DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura dos atendimentos 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 em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

12.2. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

12.2.1. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à CONTRATADA.

12.2.2. Deverão ser observadas, ainda, as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da legislação vigente para o plano ora contratado:

a) Os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura integral após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, limitada a até 12 (doze) horas ambulatoriais;

b) As complicações decorrentes do processo gestacional (urgência) terão cobertura de até 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;
c) As emergências terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial.

REMOÇÃO:

12.3. É assegurado ao BENEFICIÁRIO a garantia de cobertura de remoção terrestre, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

12.4. Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida e não havendo cobertura contratual ou legal para o evento, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

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

12.6. Fica expressamente excluída do presente contrato qualquer remoção que não seja a terrestre.

12.7. Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não a do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada de qualquer responsabilidade médica e financeira sobre o paciente, inclusive do ônus financeiro da remoção.

12.8. Fica estabelecido que não haverá cobertura de custos para remoção do paciente de sua residência ou local de trabalho para estabelecimento hospitalar, nem de estabelecimento hospitalar para a sua residência e/ou local de trabalho.

12.9. 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.

REEMBOLSO:

12.10. O ressarcimento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado à CONTRATADA, somente será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, em casos de urgência e emergência comprovada por meio dos documentos abaixo relacionados, e na impossibilidade justificada pela não utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a tabela de preços por esta praticada de acordo com o produto ao qual o BENEFICÁRIO está vinculado, em conformidade com o art. 12, VI, da Lei Nº 9.656/98.

12.10.1. Neste sentido, não haverá reembolso para os casos previstos na RN 541/2022.

12.11. À exceção das situações previstas no art. 12, inciso VI, da Lei Nº 9.656/98 e na RN Nº 566/2022 ou outra que venha a lhe substituir, não haverá reembolso de despesas particulares decorrentes de atendimentos realizados fora da rede assistencial vinculada ao produto contratado junto à Operadora.

12.12. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo, para tanto, apresentar a seguinte documentação, original ou em fotocópia autenticada:

a) Consultas Eletivas e Exames Simples: Recibo ou Nota Fiscal e Relatório Médico;
b) Consultas de Urgência ou Emergência com ou sem medicação: Recibo ou Nota Fiscal, Relatório e Prescrição

Médica, Fatura detalhada dos gastos;
c) Exames de Alta Complexidade ou com utilização de contrastes (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografias, Urografias, etc.): Recibo ou Nota Fiscal, Solicitação Médica, Cópia do Laudo do Exame e Fatura detalhada dos gastos;
d) Pequenos Atendimentos Ambulatoriais: Recibo ou Nota Fiscal, Solicitação Médica do procedimento, Fatura detalhada dos gastos;

12.13. O usuário deverá informar os dados da sua conta bancária para que o Reembolso seja efetuado pela CONTRATADA. Nos casos em que o depósito tiver que ser realizado em conta de terceiro, o BENEFICIÁRIO ou responsável deverá apresentar uma autorização escrita, com firma reconhecida em cartório, autorizando a CONTRATADA a efetuar o reembolso na referida conta. Se o BENEFICIÁRIO for menor de idade, deverá ser apresentada à CONTRATADA, cópia autenticada da sua Certidão de Nascimento, comprovando que o solicitante é responsável pelo menor.

12.14. O reembolso, quando devido, será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E REGULAÇÃO FINANCEIRA

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

13.1. A CONTRATADA prestará os serviços assistenciais, em conformidade com as áreas de abrangência e de atuação do contrato, por meio dos prestadores próprios e/ou credenciados, apontados no Manual de Orientação do Beneficiário, parte integrante desse Contrato, ou Portal da Operadora.

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 utilizar-se-á de processos de identificação biométrica como forma de reconhecimento dos beneficiários, exceto nos casos em que, por liberalidade expressa, dispensar tal obrigação.

13.4.1. Eventual liberalidade por parte da CONTRATADA em dispensar o BENEFICIÁRIO da obrigação de reconhecimento por meio do processo de identificação biométrica, não lhe garante o direito de pleitear a isenção definitiva de tal obrigação que, a qualquer tempo, poderá ser novamente exigida pela CONTRATADA.

13.4.2. Caso o BENEFICIÁRIO apresente dificuldade de se identificar por meio do processo biométrico e/ou facial, deverá, obrigatoriamente, comparecer ao Setor de Digitais da CONTRATADA para proceder com o recadastramento de suas digitais.

13.4.3. Se verificada pela CONTRATADA a impossibilidade de reconhecimento das digitais do BENEFICIÁRIO, a Operadora, a seu critério, poderá isentar, provisória ou definitivamente, o BENEFICIÁRIO da referida obrigação. Para tanto, o BENEFICIÁRIO se obriga à realização de, no mínimo, 03 (três) recadastramentos, no período de 12 (meses), com intervalo mínimo de 07 (sete) dias entre cada recadastramento, para que se possa verificar se o mesmo será isento ou não da obrigação. O recadastramento será feito pessoalmente pelo BENEFICIÁRIO que deverá se dirigir ao Setor de Digitais da CONTRATADA.

13.4.4. Os BENEFICIÁRIOS portadores de necessidades especiais (deficientes físicos e mentais) somente serão isentos da referida obrigação, a critério da Operadora, e quando suas digitais não puderem ser reconhecidas.

13.5. ATENDIMENTO ELETIVO - O atendimento eletivo reger-se-á pelas seguintes condições:

a) Todo atendimento referente a consultas médicas eletivas deverá ser realizado por meio dos médicos e entidades indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da Operadora, 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, 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 dependem de 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 ou no Portal da Operadora para as especialidades previstas;
f) As consultas realizadas na mesma especialidade em período inferior a 30 (trinta) dias dependem de autorização prévia;
g) Todas as solicitações de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais eletivos dependem de autorização prévia. A solicitação deverá ser feita em uma das filiais da operadora ou na matriz, durante o horário comercial, por meio da apresentação da guia de solicitação (TISS), e exames/relatórios médicos comprobatórios à solicitação;
h) O uso dos serviços em atendimento eletivo, para serviços de apoio diagnóstico depende da Guia de Autorização da operadora.

13.6. Os procedimentos que dependem de autorização prévia deverão ser solicitados pelo beneficiário nas centrais ou postos de autorização da 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 nº 08/1998).

13.7.1. Nos casos em que dependam de autorização prévia, a CONTRATADA poderá exigir que o BENEFICIÁRIO seja avaliado por médico auditor da Operadora ou, ainda, que apresente relatórios do seu médico assistente, resultados de exames porventura solicitados ou outros documentos necessários à avaliação da solicitação médica, ficando este ciente de que, havendo recusa à tal avaliação ou à apresentação da documentação solicitada, a solicitação de autorização ficará pendente até que o mesmo seja avaliado pela Auditoria da Operadora ou apresente a documentação requerida.

13.8. O fato do profissional solicitante não fazer parte da rede assistencial da CONTRATADA não constitui, por si só, motivo de negativa de autorização de procedimento por parte desta.

13.8.1. A impossibilidade de negativa de autorização em virtude do profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da CONTRATADA, não pressupõe o direito do BENEFICÁRIO à realização do procedimento com o profissional não credenciado às expensas da CONTRATADA e nem o exime da obrigação de submeter-se às regras de Auditoria e demais condições previstas no presente instrumento.

13.8.2 Ao receber a solicitação de um profissional não pertencente à sua rede assistencial, a CONTRATADA, por meio de sua Auditoria, analisará se o mesmo é devido, de acordo com as condições contratuais e legais de cobertura. Se o procedimento for de cobertura obrigatória, a CONTRATADA autorizará o procedimento para um

profissional pertencente à sua rede assistencial, devidamente habilitado para a sua realização, cabendo ao BENEFICIÁRIO procurar o referido profissional e agendar diretamente com ele o procedimento;

13.8.2.1. Dependendo da natureza do procedimento, o médico disponibilizado pela CONTRATADA poderá solicitar avaliação ou consulta prévia do BENEFICIÁRIO, o que não constituirá qualquer óbice por parte da CONTRATADA à cobertura pretendida.

13.8.3. A assistência integral será garantida ao BENEFICIÁRIO exclusivamente por meio de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da CONTRATADA ofertado para a realização do procedimento. Caso o BENEFICIÁRIO recusar o profissional disponibilizado pela CONTRATADA e optar por realizar o procedimento por meio de profissional não pertencente à rede da CONTRATADA, correrão por conta e risco do BENEFICIÁRIO todas as despesas inerentes ao procedimento, tais como honorários do médico assistente e de sua equipe, materiais, equipamentos, despesas e taxas hospitalares e outros custos inerentes ao procedimento, ainda que seja realizado em prestador ambulatorial ou hospitalar vinculado à CONTRATADA.

13.8.3.1. Os prestadores ambulatoriais ou hospitalares integrantes da rede de atendimento da CONTRATADA não estão obrigados a autorizar profissionais não pertencentes aos seus respectivos corpos clínicos, com o devido embasamento ético-legal, a realizarem procedimentos clínicos ou cirúrgicos em suas dependências.

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 por meio 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.

13.11. 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.
ta 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. 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).

13.14. A rede de prestadores da CONTRATADA constará do Manual de Orientação do Beneficiário, que será atualizado periodicamente, podendo ser, ainda, consultada por meio do site da HAPVIDA: www.hapvida.com.br.

13.15. 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, preservando-se a equivalência destes, bem como assegurando o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO, nos termos da legislação.

13.16. 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 da 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.

13.17. 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.

13.18. 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.

13.19. Excetuam-se do previsto no artigo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

13.20. 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.

13.21. Nas situações de divergência médica/odontológica, a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será garantida pela CONTRATADA por meio de junta médica/odontológica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico/odontólogo nomeado pela operadora e por um terceiro, remunerado e sugerido pela Operadora, ratificado de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

13.22. O médico/odontólogo assistente só poderá recusar o terceiro profissional sugerido pela Operadora por três vezes, ocasião em que a Operadora encaminhará o caso para que o Conselho Profissional competente faça a indicação;

13.23. Caso o beneficiário não concorde com a formação da Junta Médica/Odontológica, o pedido de autorização ficará sobrestado até que o BENEFICIÁRIO se manifeste a favor de sua realização, nos termos da legislação vigente ou outra que venha a lhe substituir.

13.24. A presença do BENEFICIÁRIO quando da realização da Junta Médica poderá ser dispensada, salvo quando for necessária a sua avaliação física pelos profissionais participantes;

13.25. A Junta Médica/Odontológica não será, obrigatoriamente, presencial, podendo, inclusive, qualquer um dos seus integrantes participar por videoconferência, telemedicina ou qualquer outro recurso que viabilize a análise da divergência clínica/odontológica suscitada;

13.26. Caso a Junta Médica/Odontológica seja desfavorável à solicitação do médico/odontólogo assistente, a CONTRATADA se desobriga de cobrir os custos do procedimento solicitado, passando este a ser de inteira e exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

13.27. O BENEFICIÁRIO fica ciente de que, para fins de cumprimento dos prazos legais de garantia previstos na legislação, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde demandar e, não necessariamente, a um prestador específico de sua livre escolha.

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

13.29. Nos casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e a partir de 60 (sessenta) anos, a CONTRATADA responsabilizar-se-á também, pelas despesas de transporte do acompanhante.

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA:

13.30. O referido produto não possui FATOR MODERADOR.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA
DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

14.1. O regime de pagamento é de pré-pagamento e o valor da remuneração deverá ser pago pelo BENEFICIÁRIO TITULAR conforme vencimento, tudo determinado na Proposta de Adesão.

14.2. Havendo atraso no pagamento das mensalidades, serão cobrados do BENEFICIÁRIO, além do valor principal, multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês pro rata die (0,0332% ao dia).

14.3. Além dos encargos de mora previstos no item anterior, a CONTRATADA poderá cobrar, ainda, correção monetária, custos administrativos ou honorários de cobrança sobre o valor devido, não podendo ultrapassar a 10% do valor principal (pro rata die), ficando a CONTRATANTE ciente de que seu nome poderá ser inscrito nos órgãos de proteção ao crédito, nos termos da Legislação vigente

14.4. O pagamento da contraprestação pecuniária de um determinado mês, não quita débitos de mensalidades anteriores.

14.5. O não recebimento do(s) boleto(s) em sua residência, não exime o BENEFICIÁRIO TITULAR do pagamento pontual das obrigações assumidas perante a CONTRATADA. O(s) boleto(s) poderá(ão) ser acessado(s) por meio do site da CONTRATADA, www.hapvida.com.br, bem como retirado nos totens de atendimento disponíveis em suas unidades de atendimento.

14.6. O BENEFICIÁRIO está a obrigado a manter atualizado junto à Operadora todos os seus dados cadastrais, inclusive, endereço.

14.6.1. Caso o beneficiário altere seu endereço e não comunique à Operadora, dar-se-ão como aceitos e recebidos quaisquer boletos, correspondências, notificações, inclusive, de inadimplência, enviados pela Operadora ao endereço constante de seu banco de dados.

14.7. 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 (conforme disposto na RN 557/2022), respeitadas as suas atualizações, em virtude dos reajustes aplicados durante a vigência do contrato, na forma da Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA
DO REAJUSTE ANUAL

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
DO REAJUTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

16.1. As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário, obedecerão as seguintes faixas etárias determinadas pela Lei nº 9.656/1998:
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: 32,00%
Ao mudar da 2ª. para a 3ª. Faixa Etária: 15,00%
Ao mudar da 3ª. para a 4ª. Faixa Etária: 12,00%
Ao mudar da 4ª. para a 5ª. Faixa Etária: 5,00%
Ao mudar da 5ª. para a 6ª. Faixa Etária: 13,00%
Ao mudar da 6ª. para a 7ª. Faixa Etária: 22,00%
Ao mudar da 7ª. para a 8ª. Faixa Etária: 38,00%
Ao mudar da 8ª. para a 9ª. Faixa Etária: 35,00%
Ao mudar da 9ª. para a 10ª. Faixa Etária: 30,00%

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 ao da ocorrência.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA
DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. Se o beneficiário Titular se retirar 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 nº 9.656/1998).

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA
DA RESCISÃO

18.1. Nos 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 nº 9.656/1998):

a) Por fraude comprovada;
b) Por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (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 10% (dez) sobre o valor das mensalidades que restem para completar o período de doze meses.

18.3. O cancelamento do contrato ou mesmo exclusão de eventual(is) dependente(s), nos termos da RN nº 561/2022, somente poderá ser realizado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR:

a) Comparecendo pessoalmente na sede da Operadora ou em suas filiais, munido do seu documento de identificação. Eventual representação por terceiro poderá ser realizada por meio de procuração particular específica, com firma reconhecida, acompanhada de cópia autenticada de documento de identificação do BENEFICIÁTIO TITULAR;
b) Por meio de atendimento telefônico, por meio de número específico, disponibilizado no site da operada (www.hapvida.com.br);
c) Por meio da página da operadora na internet (www.hapvida.com.br), por meio de acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), nos termos previstos na RN nº 509/2022.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA
DAS 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 por meio do SAC- Serviço de Atendimento ao Cliente ou da Ouvidoria da CONTRATADA.

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

19.7.O presente instrumento está de acordo com as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e encontra-se registrado nos Cartórios de Registro de Títulos e Documentos de Pessoas Jurídicas informados na página de Apresentação de Produtos, da Proposta de Adesão firmada pelo BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA
DA POLÍTICA DE PROTEÇÃO DOS DADOS

20.1. Caso, em virtude deste Contrato, a CONTRATADA tenha acesso a dados pessoais, sensíveis ou não, de clientes, colaboradores, prestadores de serviços, acionistas ou outras pessoas físicas da CONTRATANTE, a CONTRATADA, além das obrigações previstas neste instrumento, compromete-se a:

(i) Cumprir a Lei nº 13.709/18 e legislação relacionada à proteção de dados pessoais e privacidade (“LGPD”);
(ii) Realizar o tratamento dos dados única e exclusivamente para o cumprimento do objeto do presente Contrato;
(iii) Após o término da finalidade, as informações recebidas deverão ser excluídas ou apagadas de forma definitiva, em atendimento à LGPD;
(iv) Somente deverão ter acesso aos dados pessoais aqueles colaboradores que realmente necessitam destas informações para a prestação dos serviços objeto do presente instrumento;
(v) Tomar as medidas de segurança de informação necessárias para a proteção dos dados, evitando o compartilhamento ou o vazamento dos dados pessoais, sensíveis ou não, compartilhados sob a égide deste contrato;
(vi) Responder integralmente pelos danos causados à CONTRATANTE por violação de dados ou vazamento de informações, objeto deste Contrato;
(vii) Manter a CONTRATANTE livre de qualquer reclamação, ação ou questionamento em função do uso indevido dos dados pessoais, ora revelados, incluindo utilização fora da finalidade descrita aqui e demais utilizações em desacordo com o expressamente previsto neste instrumento.

20.2. Segurança no tratamento dos dados:
Considerando as técnicas mais avançadas, os custos de aplicação e a natureza, o âmbito, o contexto e as finalidades do tratamento de dados, bem como os riscos, de probabilidade e gravidade variável, para os direitos e liberdades das pessoas singulares, a CONTRATADA deverá aplicar as medidas técnicas e organizativas adequadas para assegurar um nível de segurança adequado ao risco.

20.3 Violação de dados pessoais:
Em caso de violação de dados pessoais, perda de arquivos ou na ocorrência de qualquer incidente de segurança ou vulnerabilidade constatada na sua rede, envolvendo os dados, a CONTRATADA deverá notificar imediatamente à CONTRATANTE contendo os dados completos relativos ao evento.

20.4 Auditoria:
Fica desde já autorizado pela CONTRATADA a realização pela CONTRATANTE de auditorias em seus sistemas e estabelecimentos, conforme aplicável, a fim de verificar o cumprimento do disposto neste Contrato, bem como, na ocorrência do disposto dos itens acima, para avaliar a extensão da violação, incidente ou evento de violação de dados ocorridos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA
DA ELEIÇÃO DE FORO

21.1. 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.

BENEFICIÁRIO

_____ , _____ /_____ /_____ Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____ , _____ /_____ /_____ Local Data

Nome: _____

CPF: _____._____._____-_____

Assinatura: _____

ANEXO I

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 Agravo, 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 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: _____

ANEXO II

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE – MPS

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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência (integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

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

Abrangência geográfica

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

Área de atuação

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

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

Administradora de Benefícios

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

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

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

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

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

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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

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

Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde

hapvida

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Operadora: Hapvida Saúde
CNPJ: 63.554.067/ 0001-98
Nº de registro ANS: ANS nº 36.825-3
Site: http://www.hapvida.com.br
Tel.: 4002 3633 (capitais)
0300 280 3633 (outras localidades)

Diferenças entre planos individuais e coletivos.

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

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

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

	Planos Individuais ou Familiares	Planos Coletivos
Carência	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei Nº 9.656/1998: 24H para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo de até 180 dias para demais procedimentos.	**Coletivo Empresarial** **Com 30 participantes ou mais:** Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. **Com menos de 30 participantes:** É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei. **Coletivo por Adesão** Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração de contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.
Cobertura Parcial Temporária (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), confirmo declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN° 162/2007.	**Coletivo Empresarial** **Com 30 participantes ou mais:** Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contrato. **Com menos de 30 participantes:** É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo. **Coletivo por Adesão** É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo, independente do número de participantes.

Mecanismos de Regulação

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

Reajuste

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o momento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas de percentuais de variação dispostas em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o momento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas de percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Alterações na Rede Assistencial do Plano

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

Vigência

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

Regras de Rescisão e/ou Suspensão

Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais.

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte o titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde.

O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

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

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

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

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