

A Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor – Procon Maracanaú/CE**Ref.: Número de Atendimento: 26.03.0564.001.00059-3**

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, por seus advogados infra-assinados (Doc. 02), nos autos da reclamação administrativa instaurada a partir de demanda apresentada pela Sra. **Almerinda de Sousa Frota**, vem, respeitosamente, à presença deste Ilustre Órgão de Defesa do Consumidor, apresentar sua **Defesa Administrativa** pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

1. Síntese da Demanda

Trata-se de reclamação administrativa em que a consumidora informa que possui plano de saúde junto à operadora Hapvida. Entretanto, relata que tomou conhecimento que seu plano de saúde foi cancelado ao final do mês de agosto/2025, sob fundamento de inadimplência, das faturas dos meses de junho e julho de 2025.

Alega que a fatura do mês de encontra-se devidamente quitada e aduz que, ao questionar a reclamada, foi informada que os avisos e notificações teriam sido encaminhados para determinado endereço eletrônico. Contudo, a consumidora afirma que não recebeu qualquer e-mail. Desta ainda, que somente teve ciência dos fatos ao receber em 22/09, um telegrama enviado pela operadora.

Por fim, relata que ao tentar recontratar o plano, foi apresentado um novo valor, de aproximadamente R\$ 200,00, a mais do que o valor mensal anteriormente pago.

Diante disso, requer que a a regularização do contrato de plano de saúde anteriormente contratado, com adoção da recontratação com a manutenção dos valores

anteriormente praticados, para fins de garantir a continuidade dos atendimentos e agendamento de consultas. Atribuindo assim, à reclamada, a responsabilidade pelos fatos narrados.

2.Do Mérito

2.1. Da Regularidade da cobrança e inexistência de cancelamento indevido

Esclarecemos que em nosso sistema, foi localizado que o contrato em nome da Sra. **ALMERINDA DE SOUSA FROTA** cód **0010033781800**, foi **cancelado em 30/08/2025, em razão da ausência de compensação dos pagamentos devidos.**

O contrato em questão apresenta débitos pendentes referentes às mensalidades com vencimento em **25/06/2025, 25/07/2025 e 25/08/2025**. Conforme discriminado a seguir:

- 25/06/2025 R\$ 350.51
- 25/07/2025 R\$ 347.51
- 25/08/2025 R\$ 67,74(proporcional de 6 dias de utilização)

Conforme Cláusula vigésima quarta do contrato (Doc.05), 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 9656/1998):

- a) por fraude comprovada;
- b) por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Em razão dos débitos em aberto e em atenção ao que regulamenta o contrato e a Legislação 9.656/98, a operadora procedeu com diversos meios de comunicação, para fins de informar a respeito da inadimplência do consumidor.

Conforme comprovante de entrega juntado aos autos (Doc.06). Veja-se:

Certificado de Comprovação de Entrega**Dados do Remetente**

E-mail Remetente	notificacao@hapvida.com.br
Assunto	Objeto: Notificação 7114845 art. 13 parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98
Prova de Envio - ID Mensagem	0wPeP_2uS6utG_vkcdsCfg.recvd-54b954cdc-h26bf-1-689A0525-80.0
Prova de Envio Timestamp SERPRO	5mYGL36UpwyqL0DPiXVQMRYRTaug2NzzyraHHYAX8Gg+

Dados do Destinatário

E-mail Destino	almerinda25@yahoo.com.br
Data Entrega	11/08/2025, 11:58:49 GMT-03:00

Resumo Conclusivo**Certificado Digital de E-mail de Notificação - Nº 7491670**

E-mail Destino	almerinda25@yahoo.com.br
-----------------------	--------------------------

Id da Mensagem

O E-mail com Comprovação enviado com a identificação: 0wPeP_2uS6utG_vkcdsCfg.recvd-54b954cdc-h26bf-1-689A0525-80.0, com assunto Objeto: Notificação 7491670 art. 13 parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98, foi entregue para o destinatário, almerinda25@yahoo.com.br. O servidor do destinatário confirmou o recebimento da mensagem ao retornar o código 250 ok dirdel, (RFC2821) e foi identificado como sendo entregue em 11/08/2025, 11:58:49 GMT-03:00.

Cumpra salientar que, embora a consumidora alegue desconhecer o referido e-mail, verifica-se que, quando do registro da reclamação junto ao PROCON, foi indicado exatamente o mesmo endereço eletrônico utilizado por esta operadora para fins de notificação.

DADOS DO CONSUMIDOR(A) Consumidor(a): ALMERINDA DE SOUSA FROTA - CNPJ/CPF: 634.991.003-63 Endereço: Rua 8A - 46 - Industrial - Maracanaú - CE - 61925-160 Telefone: (85) 98855-0584 E-mail: almerinda25@yahoo.com.br

Dessa forma, resta evidenciado que a comunicação foi encaminhada ao canal informado pela própria consumidora, não havendo qualquer irregularidade no procedimento adotado pela operadora.

Assim, no que se refere ao cumprimento do dever de informação ao consumidor, verifica-se que este foi devidamente observado pela operadora, em conformidade com a Súmula Normativa nº 28 vigente à época dos fatos.

Ademais, cumpre destacar que a matéria passou a ser atualmente disciplinada pela Resolução Normativa ANS nº 593/2023, em vigor desde 01/04/2024, a qual dispõe sobre a notificação por inadimplência à pessoa natural contratante de plano privado de assistência à saúde, bem como ao beneficiário responsável pelo pagamento em planos coletivos, tendo, inclusive, revogado expressamente a Súmula Normativa nº 28, de 30 de novembro de 2015.

Veja-se:

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 593/2023

Seção II

Dos Meios de Notificação por Inadimplência

Art. 8º A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios:

I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura;

Nesse sentido, observa-se que a operadora atuou em estrita conformidade tanto com a norma vigente à época quanto com a regulamentação atualmente aplicável, mantendo-se a regularidade do procedimento adotado.

Por fim, esclarecemos que o comprovante de pagamento acostado pela parte reclamante não apresenta código de barras de forma completa, razão que prejudica o envio do documento para análise junto à instituição bancária responsável pela emissão.

Desse modo, ante todo o exposto, resta comprovado que a atuação da operadora esteve pautada na estrita observância da legislação vigente e das normas regulatórias aplicáveis, inexistindo falha na prestação do serviço, cobrança indevida direta ao consumidor ou qualquer prática abusiva.

Por fim, pugna a Reclamada pelo reconhecimento da total improcedência da reclamação apresentada, com o consequente arquivamento da presente demanda administrativa.

3. Dos requerimentos finais

Diante de todo o exposto, requer a Reclamada:

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

b) **O reconhecimento de que não houve falha na prestação do serviço, ante o cumprimento do dever da informação e ausência de irregularidade da sua conduta;**

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

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

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

Por fim, a Hapvida renova seu compromisso com a qualidade da assistência prestada aos seus beneficiários no Estado, colocando-se à disposição desse Órgão para prestar quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Nestes termos, pede deferimento.

Maracanau/CE, 29 de abril de 2026.

Eduardo Coelho Cavalcanti

OAB/PE nº 23.546

Ricardo de Castro e Silva Dalle

OAB/PE nº 23.679



PROPOSTA DE ADESAO PLANO INDIVIDUAL / FAMILIA 00100.337818

Nº PROPOSTA DE ADESAO Nº 181170

DADOS DO PROPONENTE: TITULAR () RESPONSÁVEL ()

63499100363 98010211030 55P eu Almerinda de Sousa Frola
 ESTADO CIVIL 23107/80 3M X Rosemaryne de Sousa Frola
 CEP 61910-000 RUA Rua: 8 A Nº 46 Conj. Industrial
 CIDADE Maracanaú ESTADO Ceará FONE 34631005
 CDD 3740 Nº ANO 11/07/06 AMB. hosp. s/parto /
 MARCAÇÕES: Odontologia Emergência Médica Doméstica - EMD Seguro-desemprego e Rermissão Seguro de Acidentes Pessoais Orientação Médica por Telefone - OMT

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

Nome do Proponente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
 Nome da Mãe: _____ Estado Civil: _____ Nascimento: _____
 CDD do Plano: _____ Nº ANO: _____ Marcações: Odontologia Emergência Médica Doméstica - EMD Seguro-desemprego e Rermissão Seguro de Acidentes Pessoais Orientação Médica por Telefone - OMT
 Nome do Proponente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
 Nome da Mãe: _____ Estado Civil: _____ Nascimento: _____
 CDD do Plano: _____ Nº ANO: _____ Marcações: Odontologia Emergência Médica Doméstica - EMD Seguro-desemprego e Rermissão Seguro de Acidentes Pessoais Orientação Médica por Telefone - OMT
 Nome do Proponente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
 Nome da Mãe: _____ Estado Civil: _____ Nascimento: _____
 CDD do Plano: _____ Nº ANO: _____ Marcações: Odontologia Emergência Médica Doméstica - EMD Seguro-desemprego e Rermissão Seguro de Acidentes Pessoais Orientação Médica por Telefone - OMT
 Nome do Proponente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
 Nome da Mãe: _____ Estado Civil: _____ Nascimento: _____
 CDD do Plano: _____ Nº ANO: _____ Marcações: Odontologia Emergência Médica Doméstica - EMD Seguro-desemprego e Rermissão Seguro de Acidentes Pessoais Orientação Médica por Telefone - OMT

Observação Vendedor: _____ USO DA HAPVIDA 24 JUL 2006

O PREENCHIMENTO DO CAMPO ABACIXE SE NECESSÁRIO SE DAVA SEMELHANTE APOIS ANALISE DA RESPECTIVA CTP PELA HAPVIDA, SENDO EM VISTA A CONDIÇÃO DE DOENÇA EXISTENTE PREEXISTENTE DO PROPONENTE ACONTECIDO DE:

DECLARO QUE CONCORDO COM A COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA DA PRESENTE PROPOSTA POR PERÍODO DE 24 MESES. CONCORDO COM O ACRÉDITO DE R\$ _____ POR MÊS, NOVAMENTE DA DATA DE MANUTENÇÃO DO REFERIDO PROPONENTE.

DECLARO QUE RECEBI UM EXEMPLAR IMPRESSO DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DO PLANO PRONTO DE ASSINATURA E DE CONTEÚDO DE FORMA CLARA E PERPETUAMENTE LEGÍVEL, TODAS AS CONDIÇÕES DO PLANO POR MIM ESCOLHIDO E INDICADO NA PRESENTE PROPOSTA, NOS moldes DA LETRAGEM CÍJIO TEU DE OMEU CONHECIMENTO E CUMPRIDAS AS CONDIÇÕES ACETO SEM RESERVAS OU RESTRIÇÕES. AFIRMO QUE SOU RESPONSÁVEL PELO CUMPRIMENTO INTEGRAL DESTES CONDIÇÕES, TENHO CONHECIMENTO QUE BILIO TITULAR/MENOR SOB MINHA RESPONSABILIDADE E MEUS DEPENDENTES INDICADOS NA PRESENTE PROPOSTA, SÓ SEREMOS CONSIDERADOS INSCRITOS APÓS O RECEBIMENTO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO EMITIDO PELA HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

RECEBI A PRESENTE PROPOSTA DE ADESAO PARA ENCAMINHAMENTO A HAPVIDA DATA DE VENCIMENTO DA MENSALIDADE 25/08/06 ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL POR MENOR DE 18 ANOS 23/07/06 DATA DE ADESAO NO PLANO

RECEBEMOS DO PROPONENTE TITULAR A importância de R\$ 46,19 ATUALIZADA DO QUELE Nº _____ BANCO _____ RELATIVO AO VALOR DA TAVA DE MANUTENÇÃO DO PROPONENTE(S) A QUE SE REFERE A PRESENTE PROPOSTA DE ADESAO, COMPROMETENDO SE A ASSINATURA DO PROPONENTE PARA COMPENSAÇÃO NA OCASIÃO DA APLICACAO E A PRESENTE PROPOSTA LOCAL Foz de Iguaçu 377465 Roberta 23/07/06 DATA



ADICIONAR VALOR DE R\$ _____ EM COTA CORRENTE SIM, AUTORIZO DÉBITO E A MENSALIDADE EM MINHA CONTA CORRENTE NOME DO BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA CORRENTE: _____

PARA USO EXCLUSIVO DA HAPVIDA (CADASTRO POS-MONIT) 1) ANALISE 25/07/06 VISTO: _____ 2) POSSESSÃO: _____ VISTO: _____ 3) DICITAÇÃO: _____ VISTO: _____ 4) CONF. DICITAÇÃO: _____ VISTO: _____

Gostaria que os meus
vencimentos fossem todo dia
25 de cada mês.

Ass: Gilmerundo de Sousa Fruto /

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REF. CONTRATO Nº

INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do Contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Deverá, portanto, marcar de próprio punho, sim ou não, na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofre ou sofreu de alguma delas, bem como de outras não apontadas.

2. No preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Contratada ou por um de sua confiança, sendo que, neste caso, as despesas com honorários médicos serão de sua responsabilidade.

3. Declarando o proponente beneficiário, para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferece-lhe a Contratada as seguintes opções:

3.1 Cobertura Parcial Temporária: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leituras de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

3.2 Agravos: acréscimo financeiro no valor da taxa mensal de manutenção do plano de saúde escolhido pelo proponente beneficiário, como alternativa à adoção da Cobertura Parcial Temporária, para doenças ou lesões preexistentes.

4. Não poderá haver suspensão do atendimento e do Contrato, do proponente beneficiário, para doenças ou lesões preexistentes por este, não declaradas, até que a Contratada apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente beneficiário omitiu a declaração de doença ou lesão preexistente no preenchimento de Declaração de Saúde.

5. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Declaração do Titular - Nome: Almerinda de Sousa Frota

Declaração do Dependente - Nome:

Doença	Sim	Não	Especificações
Aparelho Digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Neurológicas: convulsões, enxaqueca, Parkinson, paralisia e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuf. cardíaca e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endócrinas: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gênito-Urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, amígdala, audição e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Câncer ou Tumor: qualquer tipo.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Oftalmológicas: catarata, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Congênitas: cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Infecto-Contagiosas: aids, hepatite, sífilis, herpes, Hanseníase e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Psiquiátricas: esquizofrenia, neurrose, depressão, psicose, demência e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lúpus e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dermatológicas: cistos, sinais e outras.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Outras doenças não citadas acima.		<input checked="" type="checkbox"/>	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Dispensar o acompanhamento do "médico orientador"

Solicitei o acompanhamento do "médico orientador"

Nome do médico:

CRM nº:

Assinatura do médico:

2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração e assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e a dos meus dependentes.

3. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, (que o proponente beneficiário entenda que é importante registrar):

Local: Fort.

Titular responsável: Almerinda de Sousa Frota

Data: 23/07/06

Assinatura: Almerinda de Sousa Frota

Representante autorizado:

Vendedor: Frota

Cvd: 377465

Ass. do vendedor: Frota

**ADITIVO AO CONTRATO DE COBERTURA DE CUSTOS COM ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR – PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR
FORTALEZA**

A Hapvida Assistência Médica Ltda e o cliente anteriormente qualificado vêm por força do contrato assinado em 23/07/06 e em conformidade com a Lei 9.656/98, ficam pactuadas em atendimento àquele instrumento, as condições a seguir:

CLAUSULA PRIMEIRA - A Clausula 10 do contrato original passa a vigorar com a seguinte redação:
A mensalidade é calculada de acordo com o número de beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária e risco. As faixas etárias previstas neste contrato são de 0 a 18 anos; de 19 a 23 anos; de 24 a 28 anos; de 29 a 33 anos; de 34 a 38 anos; de 39 a 43 anos; de 44 a 48 anos; de 49 a 53 anos; de 54 a 58 anos; igual ou superior a 59 anos.

CLAUSULA SEGUNDA - A Clausula 11.3 do contrato original passa a vigorar com a seguinte redação:
A variação de preços das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de beneficiário, se fará com os seguintes percentuais que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade:

FAIXAS ETÁRIAS	PLANO COM OU SEM PARTO
	NOSSO PLANO ENF E APTO
0 a 18	0,00 %
19 a 23	29,72 %
24 a 28	4,06 %
29 a 33	6,66 %
34 a 38	7,64 %
39 a 43	16,12 %
44 a 48	38,34 %
49 a 53	28,49 %
54 a 58	16,09 %
A Partir de 59	61,57 %

Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições que, de forma implícita ou explícita, não foram alteradas por este aditivo.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas que com eles subscrevem abaixo, para que produza todos os seus efeitos de direito.

Fortaleza, 23 de Julho de 2006

Almerinda de Fátima Costa
CONTRATANTE

[Assinatura]
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

**ADITIVO AO CONTRATO DE COBERTURA DE CUSTOS COM ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR - PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR
FORTALEZA**

A Hapvida Assistência Médica Ltda e o cliente anteriormente qualificado vêm por força do contrato assinado em 23/07/06 e em conformidade com a Lei 9.656/98, ficam pactuadas em atendimento àquele instrumento, as condições a seguir:

CLAUSULA PRIMEIRA - A Clausula 10 do contrato original passa a vigorar com a seguinte redação:
A mensalidade é calculada de acordo com o número de beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária e risco. As faixas etárias previstas neste contrato são de 0 a 18 anos; de 19 a 23 anos; de 24 a 28 anos; de 29 a 33 anos; de 34 a 38 anos; de 39 a 43 anos; de 44 a 48 anos; de 49 a 53 anos; de 54 a 58 anos; igual ou superior a 59 anos.

CLAUSULA SEGUNDA - A Clausula 11.3 do contrato original passa a vigorar com a seguinte redação:
A variação de preços das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de beneficiário, se fará com os seguinte percentuais que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade:

FAIXAS ETÁRIAS	PLANO COM OU SEM PARTO
	NOSSO PLANO
	ENF E APTO
0 a 18	0,00 %
19 a 23	29,72 %
24 a 28	4,06 %
29 a 33	6,66 %
34 a 38	7,64 %
39 a 43	16,12 %
44 a 48	38,34 %
49 a 53	28,49 %
54 a 58	16,09 %
A Partir de 59	61,57 %

Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições que, de forma implícita ou explícita, não foram alteradas por este aditivo.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas que com eles subscrevem abaixo, para que produza todos os seus efeitos de direito.

Fortaleza, 23 de Julho de 2006.

Almerinda de Figueiredo Brito
CONTRATANTE

[Assinatura]
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

OK



ALTERAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS

Nº 461996

EMPRESA Amiz Carlos Cód. 394580

CÓDIGO TITULAR 00100 3378 18100-7 NOME DO TITULAR Almerinda de Sousa Frade

ALTERAR PLANO 11 DATA INÍCIO CONT. DATA FIM DO PLANO 00-20 10-25 18-30 2ª VIA DO DOCUMENTO DATA CANCELAMENTO CÓDIGO CANCELAMENTO
 CARTERA

MUDANÇA DE TITULAR
 NOVO TITULAR (PREENCHER TODOS OS CAMPOS)
 DATA NASCIMENTO SEXO E CIV NÚMERO DO CPF
 TITULAR PASSA A SER USUÁRIO
 TITULAR PASSA A SER O RESPONSÁVEL

ALTERAÇÕES DE DADOS DO TITULAR
 NOVO TITULAR (PREENCHER TODOS OS CAMPOS)
 DATA NASCIMENTO SEXO E CIV NÚMERO DO CPF
 ENDEREÇO (CORRESPONDÊNCIA (LOGRADOURO))
 BARRIO CIDADE UF CEP TELEFONE

EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)
 DEPENDENTE DATA EXCLUSÃO FONE MOTIVO CANCELAMENTO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)
 DEPENDENTE NOME DO DEPENDENTE (PREENCHER TODOS OS CAMPOS)
 DATA NASCIMENTO SEXO E CIV DATA INCLUSÃO PLANO ODONTO PARENTESCO COM CARÊNCIA SEM CARÊNCIA
 DEPENDENTE NOME DO DEPENDENTE
 DATA NASCIMENTO SEXO E CIV DATA INCLUSÃO PLANO ODONTO PARENTESCO COM CARÊNCIA SEM CARÊNCIA

ALTERAÇÕES DE DADOS DO DEPENDENTE
 DEPENDENTE ALT. NOME NOME DO DEPENDENTE
 SEM SEXO
 DATA NASCIMENTO SEXO E CIV DATA INCLUSÃO Cód. PLANO NOME DO PLANO
 DEPENDENTE ALT. NOME NOME DO DEPENDENTE
 SEM SEXO
 DATA NASCIMENTO SEXO E CIV DATA INCLUSÃO Cód. PLANO NOME DO PLANO

OBS Inclusão do Serviço Odontologia, cumprir carência de 60 dias a partir 25/05/2010 e/ou titular.

AUTORIZO PROVIDENCIAR AS ALTERAÇÕES ACIMA INDICADAS RECEBIDO POR
Suplente 29.03.2010 Almerinda de Sousa Frade ASSINATURA / TITULAR / RESPONSÁVEL ASSINATURA HAPVIDA

AUTORIZO PROVIDENCIAR AS ALTERAÇÕES ACIMA INDICADAS DIGITADO POR CONFERIDO POR
 EMPRESA / CARIMBO E ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA

CÓDIGO DO MOTIVO DO CANCELAMENTO DO CONTRATO.

- | | |
|---|--|
| 01 - INCAPACIDADE PAGAMENTO | 17 - DESMEMBRAMENTO CONTRATO |
| 02 - NÃO RENOVOU CONTRATO | 18 - OMISSÃO DADOS SAÚDE |
| 03 - SEM MOTIVO APARENTE | 19 - NÃO FEZ ENTREVISTA |
| 04 - ANORRIMENTAMENTO CREDENCIADO | 20 - SEPARAÇÃO CÔNJUGE |
| 05 - ANORRIMENTAMENTO FUNCIONÁRIO | 21 - VIAGEM |
| 06 - CONTRATO EM DUPLICIDADE | 22 - NEGOCIAÇÃO NÃO RESOLVIDA |
| 07 - DESEMPREGO | 23 - NÃO RECEBIDA CARTEIRA |
| 08 - NEGOCIAÇÃO ADMINISTRATIVA | 24 - MAU ATENDIMENTO CONSULTÓRIO |
| 09 - MUDANÇA LOCAL SEM CREDENCIADO | 25 - CONTRATO CADASTRADO ERRADO |
| 10 - DBITO | 26 - NÃO RECEBEU COBRANÇA |
| 11 - PLANO NÃO SATISFAZ | 27 - COBRANÇA MAIOR |
| 12 - TRANSFERIU PARA OUTRO PLANO SAÚDE | 28 - COBRANÇA EM DUPLICIDADE |
| 13 - TRANSFERIU PARA OUTRA ASSIST. MÉDICA | 29 - NÃO HÁ CREDENCIADO ESPECIALIDADE DESEJADA |
| 14 - JÁ TEM OUTRA ASSIST. MÉDICA | 30 - DISCORDA COM CLAUSULAS CONTRATUAIS |
| 15 - MÁ INFORMAÇÃO VENDA | 31 - EMPRÉSTIMO CARTEIRA |
| 16 - OMISSÃO NA EVEMPRESA | 32 - MUITA BUROCRACIA |

CÓDIGO DE SEXO E ESTADO CIVIL

F - FEMININO
M - MASCULINO

ESTADO CIVIL

- 1 - CASADO
- 2 - SOLTEIRO
- 3 - VIÚVO
- 4 - DESQUITADO OU DIVORCIADO
- 5 - SEPARADO

ODONTOLOGIA

1 - SIM
2 - NÃO

CÓDIGO DA 2ª VIA DE CARTEIRA

CARTEIRA-CT



NOSSO PLANO

REDE NOSSO PLANO

00100.337818/00-7/02-0

PLANO
AMBUL+HOSP.S/PARTO

NOME: ALMERINDA DE SOUSA FROTA MAT:00181170

00100 INDIVIDUAL

DATA NASC: 23/07/1980 VALIDADE: ate 07/02/2007

ASSINATURA: Almerinda de Sousa Frota

25/04/2007

ESTE CARTÃO É NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERIVEL E SOB NENHUMA HIPÓTESE PODERA SER CEDI DO EMPREGADO. OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DA IDENTIDADE E O ÚLTIMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO. PABX: (05) 3865-6000

SEM ODONTOLOGIA
INTERN CIRURGICA
ACIDENTE PESSOAL
CONSULTA, EXAM LAB/RX SIMPLES
21/07/2006
20/08/2006
CONSULTAR CENTRAL

- CONSULTA E EXAMES ESP. NA REDE PREFERENCIAL
- SEM DIREITO ATENDIMENTO OBSTETRICO
- COM DIREITO INTERNAÇÃO ENFERMARIA NA REDE PREFERENCIAL
* TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO COM AUTORIZAÇÃO PREVIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALMERINDA DE SOUSA FROTA



POLEGAR DIREITO

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98010211030

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/1/2001

NOME ALMERINDA DE SOUSA FROTA

AFILIAÇÃO JOAO DIONIZIO FROTA E ROSEMARYRE DE SOUSA FROTA

NATURALIDADE FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO 23/7/1930

DOC ORIGEM CERT. NASC. 34599 L A-30 F

97 PARANGABA FORT. CE

CPF 63499100363

Assinado por [Signature]

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20.04.03



ADITIVO AO CONTRATO PARA COBERTURA DE CUSTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA PROGRAMADA, ATRAVÉS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

O presente instrumento é um aditivo que altera as condições das CLÁUSULAS CONTRATUAIS do contrato original, adequando-as para estar em conformidade com o que determina RN 195/2009 da ANS.

CLÁUSULA PRIMEIRA - CARACTERÍSTICAS DO PLANO EMPRESARIAL

- 1.1 Entende-se por **CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL** àquele destinado à população vinculada à pessoa jurídica por relação EMPREGATÍCIA ou ESTATUTÁRIA.
- 1.2 O presente instrumento terá regras distintas para um quantitativo de aderentes igual ou maior que 30 (trinta) Beneficiários e inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CARÊNCIAS

- 2.1 Em conformidade com a Resolução RN 195/09, alterada pela RN 200/09 que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência aos planos Coletivos Empresariais, o direito de atendimento dos Beneficiários deste Contrato, encontra-se vinculado, a contar da data da assinatura do Contrato, aos seguintes prazos de carência:
 - a). **Vinte e quatro (24) horas:** para garantia de cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula de Urgência Emergência, em conformidade com a Consu 13/98;
 - b). **Trinta (30) dias:** para cobertura a consultas médicas eletivas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, exceto para os descritos abaixo;
 - c). **Sessenta (60) dias:** para procedimentos odontológicos (para planos que possuem cobertura odontológica);
 - d). **Noventa (90) dias:** para a cobertura de exames de ecografias, mamografias, anatomopatológicos, cardiológicos (exceto os de hemodinâmica, previstos conforme no item e); os especializados em: oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia e urologia; e fisioterapia;
 - e). **Cento e oitenta (180) dias:** para internação hospitalar clínica ou cirúrgica; atendimentos na especialidade de psiquiatria; procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, medicina nuclear, radiologia intervencionista (inclusive angiologia), neuroradiologia e mielografias, exames por videoscopia, endoscopias diagnósticas, e terapêuticas, hemodinâmica, litotripsia, escleroterapia de varizes (quando complementares à cirurgia) e cirurgias ambulatoriais.
 - f). **Trezentos (300) dias:** para parto a termo (para planos que possuem cobertura Obstétrica).
- 2.2 Em conformidade com a Resolução RN 195/09, alterada pela RN 200/09, no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, 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 contratante.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 3.1 Quando da adesão, cada Beneficiário, ou seu representante legal, terá obrigatoriamente que preencher na Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP - Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.
- 3.2 As doenças e lesões preexistentes são definidas como aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação do plano.
 - a). 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 (vin-

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOSSO PLANO VII - Registro ANS nº 700382990-1
Enfermaria
Ambulatorial, Hospitalar e Odontológico
Individual ou Familiar

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DAS PARTES**

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

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

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
DO OBJETO**

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

**CLÁUSULA TERCEIRA
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO**

3.1 O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência a Saúde, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais as partes, na forma do Novo Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, assumindo a CONTRATANTE, o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada, a obrigação da empresa CONTRATADA em garanti-la. Outrossim, este Contrato, sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no. 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

CLÁUSULA QUARTA CARACTERÍSTICAS DO PLANO

4.1 O Plano denomina-se NOSSO PLANO VII, registrado na ANS sob o nº 700382990-1, o tipo de Contratação do presente Contrato é INDIVIDUAL OU FAMILIAR, e a segmentação deste produto abrange atendimento AMBULATORIAL, HOSPITALAR e ODONTOLÓGICO.

4.2 Entende-se por PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR aquele que oferece cobertura da atenção prestada ao Beneficiário Titular do contrato e/ou de seus Beneficiários Dependentes.

CLÁUSULA QUINTA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

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

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

CLÁUSULA SEXTA PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

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

CLÁUSULA SÉTIMA DAS CARÊNCIAS

7.1 Em conformidade com a Resolução Consu 14/98 que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência ao plano Individual ou Familiar, o direito de atendimento dos Beneficiários deste Contrato, encontra-se vinculado, a contar da data da assinatura do Contrato, aos seguintes prazos de carência:

a) Vinte e quatro (24) horas: para garantia de cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato. As demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula de Urgência Emergência, em conformidade com a Consu 13/98;

b) Trinta (30) dias: para cobertura a consultas médicas eletivas e exames complementares, exceto para os descritos abaixo;

c) Noventa (90) dias: para a cobertura de exames de ecografias, mamografias, anatomopatológicos, cardiológicos (exceto os de hemodinâmica, previstos conforme no item d); os especializados em: oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia e urologia; e fisioterapia.

d) Cento e oitenta (180) dias: para internação hospitalar clínica ou cirúrgica; atendimentos na especialidade de psiquiatria; procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, medicina nuclear, radiologia intervencionista (inclusive angiologia), neuroradiologia e mielografias, exames por videoscopia, endoscopias diagnósticas, e terapêuticas, hemodinâmica, litotripsia, escleroterapia de varizes (quando complementares à cirurgia) e cirurgias ambulatoriais.

e) Vinte e quatro (24) meses, para cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes descritas na Declaração de Saúde, parte integrante deste Contrato.

CLÁUSULA OITAVA DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 Quando da adesão, cada Beneficiário, ou seu representante legal, terá obrigatoriamente que preencher a Declaração de Saúde, parte integrante do presente Contrato, assim como a Carta de Orientação ao Beneficiário, lançado as doenças ou lesões preexistentes.

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

a) As doenças declaradas na Declaração de Saúde estarão sujeitas ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de (vinte e quatro) meses, da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

8.3 A CONTRATADA poderá oferecer CPT para doenças ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, constatadas por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário.

8.4 A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do Beneficiário sobre a sua condição de portador de doença ou lesão preexistente, durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de Contrato, podendo a omissão desta informação, por parte do Beneficiário, na Declaração de Saúde, ser caracterizada como comportamento fraudulento e motivar a rescisão contratual, observando-se as seguintes exigências legais:

- a) À CONTRATADA caberá o ônus da prova;
- b) A CONTRATADA poderá fazer uso de qualquer documento legal, para fins dos esclarecimentos da condição de ser o Beneficiário portador de doença ou lesão preexistente;
- c) Alegada a existência de doença ou lesão preexistente, não declarada pelo Beneficiário por ocasião da contratação do Plano de Saúde, a CONTRATANTE e/ou o Beneficiário terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA;
- d) Se, a CONTRATANTE ou o Beneficiário, não concorde com a alegação, e manifeste sua discordância por escrito e no máximo em até 15 (quinze) dias da data do recebimento do comunicado por parte da CONTRATADA, a CONTRATADA deverá encaminhar o caso para julgamento administrativo da Agência Nacional de Saúde – ANS, cabendo aos pactuantes remeterem a documentação necessária para a instrução do processo;
- e) Em sendo acolhida à alegação de doença ou lesão preexistente, a CONTRATANTE ou o Beneficiário, passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar relacionada ao tratamento da doença ou lesão preexistente;
- f) Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato, até o julgamento do processo administrativo pela Agência Nacional de Saúde – ANS;
- g) Nos casos de urgência ou emergência, relacionados à doença ou lesão preexistente, o Beneficiário terá atendimento assegurado de acordo com o previsto neste Contrato, na Cláusula específica.

CLÁUSULA NONA DOS BENEFICIÁRIOS

9.1 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).

9.2 É considerado BENEFICIÁRIO TITULAR, aquele que consta como Beneficiário Principal, responsável pela contratação, denominado CONTRATANTE.

9.3 É considerado Beneficiário Dependente, aquele que é incluído pelo CONTRATANTE, no

mesmo plano de assistência à saúde do Beneficiário Titular, podendo ser:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) desde que comprove esta condição legalmente;
- b) Filhos(as) solteiros(as) até 21 anos, ou até 24 anos, se for universitário, devidamente comprovado;
- c) Filhos(as) inválidos(as) mediante comprovação médica aceita pela CONTRATADA;
- d) Filhos(as) adotivos(as), Enteados(as) e tutelado(as);
- e) Mãe viúva ou solteira, sob dependência econômica do Titular, ficando a critério da OPERADORA a solicitação ou não de documento comprobatório;
- f) Quaisquer outros beneficiários que, embora não sejam legalmente seus dependentes, deseje incluí-lo nesta condição, para fins de usufruir das coberturas pactuadas em razão deste instrumento.

9.4 Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir no ato da assinatura deste Contrato ou a qualquer tempo, da CONTRATANTE, a comprovação da relação de dependência, aqui especificada, mediante documentos oficialmente instituídos.

9.5 O Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes deverão, obrigatoriamente, estar cadastrados no mesmo Plano de Assistência à Saúde e Padrão de Conforto.

CLÁUSULA DÉCIMA DA INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

10.1 O acesso aos benefícios do Plano de Assistência Médico-hospitalar ora estipulado está condicionado, inicialmente, ao preenchimento pelo interessado da Proposta de Adesão, de uma Declaração de Saúde e/ou de uma entrevista qualificada. É necessário que o CONTRATANTE manifeste sua concordância, através da oposição de sua assinatura na Ficha de Inscrição, e na Carta de Orientação ao Beneficiário, parte integrante do presente Contrato, reconhecendo as cláusulas e condições deste contrato, em especial aos itens relativos à Declaração de Saúde e Doença e Lesão Preexistente.

- a) O preenchimento da Declaração de Saúde é obrigatório e a omissão de informação ou fraude pelo beneficiário poderá resultar na Rescisão do contrato por fraude. O procedimento adotado neste caso consta na cláusula Das Doenças e Lesões Preexistentes;
- b) A HAPVIDA poderá imputar, como faculta a lei, Cobertura Parcial Temporária para patologias decorrentes de doenças e lesões preexistentes à assinatura deste. O procedimento adotado neste caso consta na cláusula Das Doenças e Lesões Preexistentes.

10.2 O CONTRATANTE poderá, caso tenha Interesse, apresentar-se como Beneficiário, assumindo a condição de Beneficiário Titular. Caso contrário, somente os seus Beneficiários Dependentes gozarão das coberturas pactuadas em razão deste contrato.

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

- a) Fica assegurada a Inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante;

10.4 A OPERADORA, às suas expensas, reserva-se o direito de convocar e encaminhar para exame médico o Beneficiário (Titular ou Dependente), que apresentar um índice de utilização dos recursos disponíveis na área de terapia e diagnose acima das expectativas normalmente observadas na rotina médica. O encaminhamento tem cunho preventivo e elucidativo do agravo à saúde do usuário.

10.5 A CONTRATADA mediante comunicação à CONTRATANTE, poderá excluir o Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes, independentemente de vigência contratual, nos seguintes casos:

- a) Fraudes no preenchimento da Declaração de Saúde com o objetivo de obtenção de

- vantagem ilícita ou por utilização indevida do plano contratado;
- b) Atraso no pagamento das mensalidades por período superior as 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do plano;
- c) Pelas demais ocorrências que venham a ser permitidas pela Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

11.1 A CONTRATADA fornecerá à CONTRATANTE, para os Beneficiários apontados na Proposta de Adesão, e para cada novo Beneficiário inscrito, Cartão de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com um documento de identidade civil do beneficiário paciente.

11.2 Quando da solicitação de 2ª (Segunda) via do Cartão de Identificação, será cobrado pela CONTRATADA, por unidade, o valor igual à 1/5 (um quinto) da taxa "per capita" mensal do Plano no qual o beneficiário (titular ou dependente) está inscrito.

11.3 Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá devolver à CONTRATADA, o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular e, se houver, de seus dependentes, isto não acontecendo, será de responsabilidade da CONTRATANTE o ônus por qualquer atendimento indevido que vier a ocorrer.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DO PLANO DE SAÚDE

12.1 A CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários do seu Plano de Saúde, para a garantia da assistência ora contratada, os serviços dos centros médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, constantes do Manual de Orientação do Beneficiário, anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais e que servirá de guia de consulta para a utilização dos serviços assistenciais, garantidos neste Contrato.

12.2 As coberturas abrangem todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos determinado pela ANS vigente à época do evento, atendimentos em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

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

- a) Quando houver descredenciamento por substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita à CONTRATANTE e a Agência Nacional de Saúde – ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, conforme critérios definidos na Lei 9.656/98.

12.4 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.

12.5 Em ocorrendo os descredenciamentos a que aludem os itens 12.3 e 12.4 supra, 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.

12.6 Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de qualquer beneficiário regularmente inscrito no presente Contrato, o mesmo permanecerá

internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

12.7 Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA DA COBERTURA AMBULATORIAL

13.1 Fica garantida ao consumidor cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, inclusive de pré-natal, em clínicas básicas especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, tudo nos termos que segue.

13.2 Consultas Médicas, eletivas, sem limite de prazo e quantidade, nos locais e serviços expressamente indicados no Manual de Orientação do Beneficiário, nas seguintes especialidades:

Alergologia e Imunologia	Hematologia
Anestesiologia	Hepatologia
Angiologia Clínica e Cirurgia Vascul	Homeopatia
Cardiologia Clínica e Cirurgia Cardíaca	Infectologia
Cirurgia Buço-Maxilo-Facial	Mastologia
Cirurgia de Mão	Nefrologia
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Neurologia
Cirurgia Geral	Neurocirurgia
Cirurgia Pediátrica	Neuropediatria
Cirurgia Plástica Reparadora	Obstetrícia
Cirurgia Torácica	Oftalmologia
Cirurgia Videolaparoscópica	Oncologia
Clinica Médica	Otorrinolaringologia
Dermatologia	Pediatria
Endocrinologia	Pneumologia
Fisiatria	Proctologia
Gastroenterologia	Psiquiatria
Genética	Reumatologia
Geriatria	Traumato-Ortopedia
Ginecologia	Urologia

Demais especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)

13.3 Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento, sem limite de quantidade, nos locais e serviços expressamente indicados no Manual de Orientação do Beneficiário, mediante guia de encaminhamento previamente homologada pela CONTRATADA, abaixo relacionados e tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Acuidade Visual	Eletrococleografia
Aminocentese	Endoscopias Diagnósticas e Terapêuticas
Aminioscopia	Escanometria
Análises Clínicas	Estudos Urodinâmicos
Anatomia Patologia/Citologia	Exames Oftalmológicos
Angiofluoresceinografia	Exames Otorrinológicos
Angiografia	Fisioterapia
Angioplastia	Flebografia
Arteriografia	Fluoresceinografia
Artroscopia	Fluxometria

Audiometria	Fundoscopia
Biópsias	Gasometria
Campimetria	Hemodiálise
Cardiotocografia,	Hemodinâmica Diagnóstica
Cistoscopia	Hemoterapia
Colangiografia Endoscópica	Impedanciometria
Colposcopia	Laparoscopia Diagnóstica e Cirúrgica
Densitometria Óssea	Litotripsia
Díalise Peritoneal	Mamografia
Ecocardiograma	Medicina Nuclear
Eletrocardiograma	Mielografia
Eletrocardiografia Dinâmica	Monitorização Contínua da Pressão Arterial
Neurofisiologia Clínica:	Testes Alérgicos
Neurofisiologia Clínica	Teste Ergométrico
Neuroradiologia	Tomografia Computadorizada
Provas de Função Pulmonar	Tonometria de Aplanção
Quimioterapia	Tonometria Computadorizada
Radiologia	Topografia Corneana
Radiologia Intervencionista	Toracoscopia Diagnóstica e Cirúrgica
Radiologia Vasculár	Ultrassonografia
Radioterapia	Vídeo-laparoscopias
Ressonância Magnética	Vulvoscopia
Retinografia	Anexo da RN 167 de 10/1/2008

13.4 Cobertura de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

13.5 Cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

13.6 Cobertura de consulta e sessões com nutricionista (seis por ano), fonoaudiólogo (seis por ano) e terapeuta ocupacional (seis por ano), de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da RN 167/08, conforme indicação do médico assistente;

13.7 Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Anexo I da RN167/08, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

13.8 No regime de atendimento ambulatorial Psiquiátrico estão cobertos:

a) O atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

b) Atendimentos a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o artigo 5º da resolução RN 167/08, conforme indicação do médico assistente, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

CLÁUSULA DECIMA QUARTA DA COBERTURA HOSPITALAR

14.1 Atendimentos Hospitalares Eletivos serão realizados em regime de internação, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, nas clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na

Classificação Estatística Internacional de Doenças, cujo rol se encontra no anexo da Resolução RN 167, de 09 de janeiro de 2.008, publicada no Diário Oficial de 10 de janeiro de 2.008, (e futuras alterações, se houver), nos hospitais expressamente apontados no Manual de Orientação do Beneficiário, parte integrante deste Contrato desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente homologada pela CONTRATADA.

14.2 Internação em hospital conforme instrução do Manual de Orientação do Beneficiário da CONTRATADA, quando se apresentar o Beneficiário em estado grave ou fase aguda de doença, em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

- a) A indicação do hospital fica a critério do médico assistente, dentre as opções constantes no Manual de Orientação do Beneficiário;
- b) O Beneficiário permanecerá internado (hospitalizado) enquanto houver indicação médica;
- c) Se, o Beneficiário continuar internado após a alta médica, passará a ser de sua inteira responsabilidade, todas as despesas decorrentes da internação hospitalar;
- d) Se, o Beneficiário fizer opção por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, ficará ele responsável pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital e a equipe médica;
- e) Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Contrato, em estabelecimentos hospitalares próprios e/ou credenciados pela CONTRATADA, o Beneficiário terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

14.3 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

14.4 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e hemoderivados, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente.

14.5 Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista neste Contrato.

14.6 Cobertura de despesas de acomodação e de alimentação do acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

14.7 Cobertura a cirurgias buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.

14.8 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal-CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia.
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) fisioterapia.

14.9 A cirurgia plástica reparadora somente terá cobertura prevista neste Contrato quando efetuada para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, assim como quando em razão de cirurgia referente às doenças e lesões preexistentes que

sejam para restaurações de funções em órgãos e, ainda, as intervenções plásticas para o tratamento de câncer de mama.

a) Para fins deste Contrato, acidente pessoal é o evento súbito, externo, involuntário e violento, causador de lesão física, não definido pela legislação em vigor como Acidente do Trabalho, excluídos os sísmicos de qualquer modalidade;

b) Quando de mutilação decorrente da utilização de técnica de tratamento de câncer de mama, está garantido o atendimento na especialidade de cirurgia plástica, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para a prestação dos serviços de cirurgia plástica reconstrutiva de mama.

14.10 O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico, ou em unidade psiquiátrica, em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

14.11 O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.

14.12 Está coberto o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos, em regime ambulatorial e hospitalar, codificados pelo CID - 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

14.13 Cobertura de 08 (oito) semanas, por ano de contrato, não cumuláveis, de tratamento de regime "hospital dia", sendo certo que para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID - 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano de contrato.

14.14 Cobertura aos procedimentos de transplantes de córnea e rim, sendo que, entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceção feita aos medicamentos de manutenção. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

a) Os Beneficiários candidatos a transplante de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila única de espera e de seleção para recepção de órgãos.

14.15 Cobertura a procedimentos de hemodinâmica e cirurgias cardíacas.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA DA COBERTURA DE OBSTETRÍCIA

15.1 O presente contrato não abrange cobertura em obstetrícia.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA DA COBERTURA ODONTOLÓGICA

16.1 A cobertura assistencial do plano misto inclui todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente. Serão submetidas a regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas aos seguintes procedimentos:

a) consulta inicial;

b) curativo em caso de hemorragia bucal/labial;

c) curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;

- d) imobilização dentária temporária;
- e) tratamento de alveolite;
- f) colagem de fragmentos;
- g) incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- h) incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- i) reimplante de dente avulsionado;
- j) orientação de higiene bucal;
- k) evidenciação de placa bacteriana;
- l) aplicação tópica de flúor.

16.2 Os procedimentos não incluídos acima serão submetidos a regime de pós-pagamento, de acordo com as seguintes regras:

- a) Os preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento serão baseadas na Tabela VRPO - Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos;
- b) Os valores serão alterados em conformidade com os reajustes da Tabela VRPO;
- c) As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, estabelecido no instrumento inicial.

CLÁUSULA DECIMA SÉTIMA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

17.1 O presente contrato oferece cobertura de atendimento aos casos de urgência e emergência, entendendo-se, para fins deste Contrato, e nos termos da Lei, por URGÊNCIA, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e, por EMERGÊNCIA, todos aqueles casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado por declaração do médico assistente, nas seguintes condições:

- a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato;
- b) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;
- c) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento for efetuado no decorrer do período de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;
- d) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas ou até que ocorra a necessidade de internação.
- e) Garantia para, depois de cumpridas as carências, haver cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta.

17.2 A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, inter-hospitalar, em ambulância e por via 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 que se encontrem em período de carência ou cumprindo Cobertura Parcial Temporária, nas seguintes condições:

- a) Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;
- b) Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma

unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

e) A remoção inter-hospitalar, quando caracterizada como urgência ou emergência, em ambulância e por via terrestre, serão realizadas pela CONTRATADA, na área geográfica abrangida por este Contrato, quando caracterizada a necessidade da mesma, pelo médico assistente pertencente ao Corpo Clínico da CONTRATADA.

17.3 Todo e qualquer atendimento de emergência dar-se-á com atendimento através dos médicos e entidades indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário, no caso de não haver hospital, na Área de Abrangência Geográfica, o usuário poderá utilizar hospital não credenciado, devendo a operadora, posteriormente, reembolsar seu contratante conforme as seguintes condições:

a) Quando comprovada a impossibilidade de utilização, pelos Beneficiários, dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA, para o atendimento de casos de comprovada urgência e emergência, aos procedimentos cobertos no presente Contrato, a CONTRATADA, após Auditoria Técnica, poderá proceder ao reembolso das despesas experimentadas pelo Beneficiário e/ou pelo seu dependente, de acordo com a tabela anexa, firmada entre as partes, com a garantia que o valor reembolsado não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores deste plano;

b) O reembolso das despesas a que alude o item acima, será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à CONTRATADA, pelo CONTRATANTE, da seguinte documentação: Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais, quando se tratar de pessoa jurídica); Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação; Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado; Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso e, justificando a utilização de serviços não apontados no Manual de Orientação do Beneficiário.

17.4 Qualquer fraude em documento ou Informação acarretará a imediata exclusão do Beneficiário e seus dependentes, não lhes assistindo direito a qualquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

17.5 A CONTRATADA não se responsabilizará por despesas extraordinárias do Beneficiário e/ou dos seus dependentes.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO PRESENTE CONTRATO

18.1 Conforme previsto na legislação vigente, estão excluídos da cobertura no presente Contrato os seguintes itens:

a) Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais;

b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos (sendo que, para fins deste Contrato, são considerados estéticos todos aqueles procedimentos que não sejam para reparar perda de função), bem como órteses, próteses e seus acessórios para o mesmo fim;

c) Inseminação artificial;

d) Tratamentos em clínicas de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

- e) Tratamento esclerosante de microvarizes (escleroterapia) por indicação estética.
- f) Fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados;
- g) Atendimentos domiciliares, tais como: consultas médicas, coleta de exames, atendimento de enfermagem particular, fornecimento de materiais e medicamentos para tratamentos mesmo que as condições do paciente requeiram cuidados especiais. Aluguel de equipamentos e aparelhos para assistência domiciliar;
- h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- i) Tratamentos clínicos e cirúrgicos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou ainda não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- l) Transplantes, exceto de córnea e rim;
- m) Consultas, avaliações, sessões, tratamento ou qualquer outro procedimento de medicina ortomolecular, laserterapia, logopedia, reeducação postural global, bem como especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- n) Quando de internação hospitalar, estão excluídos os medicamentos e as dietas não prescritas pelo médico assistente;
- o) Procedimentos odontológicos de qualquer natureza (salvo se contratado expressamente), exceto os casos de cirurgia buço-maxilo-facial que necessitem de internação hospitalar;
- p) Remoções por via aérea. As remoções em ambulância obedecerão o previsto neste Contrato;
- q) Reembolso de qualquer natureza, exceto os previstos neste contrato;
- r) Cirurgia refrativa, exceto para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com: Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0;
- s) Qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde - ANS, conforme o Anexo à Resolução Normativa 167/08 e/ou suas futuras modificações;
- t) Todos os procedimentos não cobertos por este Contrato, poderão ser atendidos como serviços adicionais, desde que solicitados por escrito pela CONTRATANTE, e serão pagos por serviços prestados. Para tanto, a CONTRATADA, se dispõe a praticar preços especiais, objetivando oferecer condições favoráveis de custo para a CONTRATANTE;
- u) A CONTRATADA não se responsabilizará por despesas médico-hospitalares, de Beneficiários Titulares ou de Beneficiários Dependentes, mesmo que estes estejam internados em hospitais próprios e/ou credenciados da CONTRATADA, sempre que a internação tenha ocorrido antes da assinatura deste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA DA DINÂMICA DO ATENDIMENTO

19.1 A CONTRATADA se obriga a dar assistência à CONTRATANTE, para a correta utilização dos serviços contratados.

19.2 O CONTRATANTE se obriga a esclarecer, plenamente, os seus Dependentes sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

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

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

19.4 A não observância do item anterior, desde já autoriza o fornecedor dos serviços médicos a exigir pagamento do usuário, no valor estimado para a prestação de serviços em questão.

19.5 A CONTRATADA poderá utilizar-se de processos biométricos forma de identificação dos beneficiários.

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

- a) Todo atendimento referente a consultas médicas eletivas deverá ser realizado através dos médicos e entidades indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário em anexo, mediante marcação prévia, através de nossas centrais de atendimento;
- 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 correrão após solicitação dos médicos das especialidades básicas e mediante prévia autorização e indicação da Operadora;
- c) Todos os exames complementares solicitados deverão ter autorização prévia da HAPVIDA, com atendimento por um profissional avaliador. De acordo com o entendimento do profissional avaliador, pode-se solicitar uma entrevista qualificada, visando elucidação de fatos e diagnóstico. Quando da solicitação de procedimentos por profissionais da rede própria, poderá ser dispensada, a critério da HAPVIDA, a necessidade de autorização prévia dos Exames e Procedimentos Especializados;
- d) Os exames complementares dar-se-ão, exclusivamente, nas unidades mencionadas no Manual de Orientação do Beneficiário em anexo, para as especialidades previstas;
- e) Todas as internações eletivas necessitam de autorização prévia, com atendimento por um profissional avaliador. A solicitação deverá ser feita em uma das filiais HAPVIDA, durante o horário comercial. De acordo com o entendimento do profissional avaliador, pode-se solicitar uma entrevista qualificada, visando elucidação dos fatos e diagnósticos.
- f) O internamento será efetuado nas dependências dos hospitais constantes do Manual de Orientação do Beneficiário em anexo;
- g) O uso dos serviços em atendimento eletivo, seja para consulta, serviços de apoio diagnóstico ou internação, depende da Guia de Autorização da HAPVIDA.

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

- a) Utilizar os serviços através do Pronto Socorro indicado para tal no Manual de Orientação do Beneficiário;
- b) A internação será tolerada sem a apresentação da Guia competente, devendo, no entanto, ser solicitado de imediato a internação, à Central de Atendimento da HAPVIDA, quando da indicação médica.
- c) As autorizações para Internações nos casos de urgência e emergência estarão sujeitas ao cumprimento dos prazos de Carência e/ou Cobertura Parcial Temporária, excetuando-se os casos decorrentes de acidentes pessoais.

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

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

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

19.10 A CONTRATADA garantirá, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de Junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro,

escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

20.1 Os valores das contraprestações pecuniárias, estipuladas para os Beneficiários, estão definidos na Proposta de Adesão, parte integrante deste Contrato.

20.2 É de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento de todas as contraprestações pecuniárias, dos Beneficiários que estão ou vierem a ser incluídos na cobertura deste Contrato.

20.3 O valor total da remuneração deverá ser pago pela CONTRATANTE, em regime de pré-pagamento, até o dia 05 (cinco) do mês em curso. A CONTRATADA adotará a modalidade de cobrança bancária ou a que melhor lhe aprouver.

20.4 O pagamento da fatura, após o vencimento, ficará sujeito à cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

20.5 O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos no plano contratado, se houver.

20.6 O fato dos Beneficiários, durante a vigência do Contrato, não terem se utilizado de qualquer cobertura, não isenta a CONTRATANTE do pagamento das contraprestações pecuniárias a vencer e não lhe dá o direito de restituição das contraprestações pecuniárias pagas.

20.7 O não pagamento da fatura mensal, por parte da CONTRATANTE, por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, poderá acarretar, mediante notificação, o cancelamento do Contrato, a critério da CONTRATADA.

20.8 À CONTRATADA é assegurado o direito de cobrar em Juízo, pela via executiva ou outra que preferir, os valores das faturas mensais não pagas pela CONTRATANTE, independentemente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DOS REAJUSTES

21.1 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.

21.2 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 VIGÉSIMA SEGUNDA DAS FAIXAS ETÁRIAS E SUAS VARIAÇÕES

22.1 As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário Titular e de seus Dependentes, obedecerão as faixas etárias determinadas pela Lei 9.656/98, abaixo discriminadas:

1a. Faixa Etária	De 00 a 18 anos de idade	00,00%
2a. Faixa Etária	De 19 a 23 anos de idade	29,72%
3a. Faixa Etária	De 24 a 28 anos de idade	4,06%
4a. Faixa Etária	De 29 a 33 anos de idade	6,66%
5a. Faixa Etária	De 34 a 38 anos de idade	7,64%
6a. Faixa Etária	De 39 a 43 anos de idade	16,12%

7a. Faixa Etária	De 44 a 48 anos de idade	38,34%
8a. Faixa Etária	De 49 a 53 anos de idade	28,49%
9a. Faixa Etária	De 54 a 58 anos de idade	16,09%
10a. Faixa Etária	A partir de 59 anos	61,57%

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA DA DESCRIÇÃO TERMINOLÓGICA

23.1 ACIDENTE PESSOAL é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

23.2 ACIDENTE DO TRABALHO é aquele que ocorre durante a jornada de trabalho, incluindo o deslocamento do funcionário da sua casa para a empresa e vice-versa, conforme apontado em legislação específica.

23.3 AGRAVO é o acréscimo financeiro contraprestação pecuniária do(s) Beneficiário(s), decorrente de doenças e lesões pré-existentes.

23.4 BENEFICIÁRIO é o titular ou dependente que dispõe das coberturas de um plano de assistência à saúde.

23.5 BENEFICIÁRIO TITULAR é aquele que consta como Beneficiário Principal, ou seja, os sócios, os diretores e os empregados, que mantenham vínculo empregatício com a empresa.

23.6 BENEFICIÁRIO DEPENDENTE é aquele incluído pelo Beneficiário Titular e no mesmo plano de assistência contratado, podendo ser: esposa(o), companheira(o), filhas(os), tuteladas(os) e menores sob guarda judicial.

23.7 CARÊNCIA é o período de tempo, pré-determinado no início do contrato, durante o qual os Beneficiários não tem direito a determinadas coberturas assistenciais.

23.8 CIRURGIA ELETIVA é o procedimento cirúrgico programado, podendo ser realizado a nível ambulatorial ou hospitalar, não sendo decorrente de situações de urgência ou emergência.

23.9 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA é aquela na qual ocorre a suspensão, estabelecida em contrato, pelo prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados cumulativamente ou não, a quaisquer doenças e lesões preexistentes, de acordo com o plano contratado e a legislação vigente.

23.10 CO-PARTICIPAÇÃO / CO-PAGAMENTO / FRANQUIA é o valor (montante) definido contratualmente, até os quais a CONTRATANTE ou o Beneficiário Titular é responsável pelos pagamentos, respectivamente a cada evento ou procedimento, podendo inclusive ser progressivo, conforme o tipo de procedimento, de acordo com o plano contratado.

23.11 CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA é o valor pago pela CONTRATANTE à CONTRATADA, na periodicidade prevista no Contrato, e em contrapartida as coberturas oferecidas, de acordo com os planos e modalidades contratados.

23.12 CONTRATANTE é a pessoa jurídica que contrata um plano de assistência à saúde, coletivamente, em nome dos seus funcionários, com os quais possui vínculo empregatício, ficando investido dos poderes de representação perante a Contratada.

23.13 DECLARAÇÃO DE SAÚDE é o documento pelo qual os Beneficiários da CONTRATANTE declaram à CONTRATADA, suas condições de saúde, bem como dos seus respectivos dependentes, relacionados na Proposta de Adesão, ou Relação Inicial fornecida pela CONTRATANTE, para

Contratação Coletiva.

23.14 DOENÇA AGUDA é aquela que apresenta instalação dos sintomas de forma súbita, inesperada e dotada de morbidade variável.

23.15 DOENÇA CRÔNICA é aquela dotada de caráter mórbido, persistente, com sintomatologia variável, porém contínua, e passível de crises agudas.

23.16 DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE são aquelas que o consumidor ou seu responsável, sabia ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 e o Inc. XII do art. 35-A da Lei nº 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas na Resolução CONSU nº 2/98

23.17 DOENÇA PROFISSIONAL é aquela adquirida no ambiente de trabalho ou em decorrência deste, produzida por agentes físicos, químicos, biológicos e/ou ergonômicos, de acordo com a legislação específica.

23.18 EMERGÊNCIA, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

23.19 EVENTO é o conjunto de ocorrências e/ou de serviços de assistência médico e hospitalar, que tenham como origem ou causa, o mesmo ato involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

23.20 EXAME COMPLEMENTAR é o procedimento diagnóstico, de controle terapêutico e de acompanhamento evolutivo de doenças.

23.21 INTERNAÇÃO ELETIVA é a internação em ambiente hospitalar, não decorrente de situação de urgência e emergência.

23.22 LEITO DE ALTA COMPLEXIDADE é aquele que se destina ao tratamento especializado e intensivo, em Unidades de Terapia Intensiva e Semi Intensiva.

23.23 PARTO A TERMO é aquele que ocorre entre a 38a. (trigésima oitava) e a 42a. (quadragésima segunda) semana após a concepção, realizando-se quando o concepto esteja completamente formado, maduro e pronto para a vida extra-uterina.

23.24 PROCEDIMENTO AMBULATORIAL é aquele que não exige internação hospitalar.

23.25 PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE é aquele de tecnologia avançada e de alto custo, que requer serviços de alto grau de especialização.

23.26 PROCEDIMENTO ESTÉTICO é aquele que não visa a recuperação funcional de órgão ou sistema.

23.27 PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO COLETIVA é o documento através do qual, a CONTRATANTE expressa a intenção de aderir as coberturas de um plano de assistência à saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos. Seu preenchimento e assinatura não implicam, necessariamente, no início imediato do direito as coberturas.

23.28 REAJUSTE TÉCNICO é a reavaliação atuarial da contraprestação pecuniária, decorrente de alteração no nível de sinistralidade da CONTRATANTE, nos planos de assistência à saúde contratados.

23.29 REDE ASSISTENCIAL é a composta pela Rede Própria e pela Rede Referenciada, abrangendo pessoa física ou jurídica, da CONTRATADA.

23.30 REDE PRÓPRIA é a rede de atendimento composta pelos Centros Médicos, Laboratórios, Serviços de Diagnóstico e Imagem, e hospitais, gerenciados pela CONTRATADA.

23.31 REDE REFERENCIADA é a rede de atendimento composta por prestadores de serviços, pessoas físicas ou jurídicas, habilitados a atender quaisquer eventos cobertos pelo Contrato, de acordo com as condições dos planos contratados, desde que autorizados pela CONTRATADA. As instituições de saúde públicas ou privadas, que não pertencem a Rede Assistencial da CONTRATADA, são denominadas de Rede Não Referenciada.

23.32 SINISTRALIDADE é o conjunto de eventos incorridos pelos Beneficiários dos planos de saúde, contratados pela CONTRATANTE, cujo índice representa a utilização do plano de saúde, de acordo com os eventos garantidos pela CONTRATADA, face ao valor da Taxa de Manutenção Mensal paga no mesmo período.

23.33 SINISTRO é o termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto pelo contrato.

23.34 TABELA DE FRANQUIA / CO-PARTICIPAÇÃO é aquela composta pelos valores e/ou percentuais que são de responsabilidade da CONTRATANTE ou do Beneficiário Titular, de acordo com o plano contratado, para cada evento, procedimento ou serviço.

23.35 TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO (Situação de Crise) é a situação que implica em risco de vida ou de danos físicos para o Beneficiário ou a terceiros, incluídas ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, bem como risco de danos morais e patrimoniais importantes.

23.36 URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

24.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo de um ano, a partir da assinatura do presente instrumento, com renovação automática, observando-se:

- a) Não haverá quaisquer cobranças de taxas na renovação do contrato;
- b) Caso o beneficiário queira rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de um ano, será cobrada uma multa de 10% sobre o valor das mensalidades restantes para se completar a vigência.

24.2 Sem prejuízo das penalidades legais, o Contrato será automaticamente rescindido, mediante notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios e devoluções monetárias à parte infratora, na ocorrência de qualquer infração contratual bem como nas seguintes situações:

- a) Fraude, por omissão, inexatidão ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão e/ou Declaração de Saúde, que tenha sido relevante para a admissão do Contrato;
- b) Fraudes, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, por parte dos Beneficiários;
- c) Pelo atraso do pagamento por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, e mediante notificação.

24.3 O cancelamento do Contrato implica na suspensão imediata de todas as coberturas asseguradas a todos os Beneficiários da CONTRATANTE, ficando sob sua responsabilidade a remoção e/ou despesas com os pacientes eventualmente internados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 A CONTRATADA prestará os serviços assistenciais, objeto deste Contrato, em instalações conforme indicação no Manual de Orientação do Beneficiário, parte integrante desse Contrato.

25.2 A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo, manter, alterar ou criar controles, sistemas, métodos ou rotinas administrativas ou assistenciais, inclusive pré-autorização para internações e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, visando à manutenção do equilíbrio técnico e financeiro da carteira de Beneficiários, frente à demanda e sinistralidade, sem prejuízo dos Beneficiários e em conformidade com a legislação vigente.

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

25.4 O Beneficiário terá atendimento, em conformidade com a área de abrangência do contrato, através dos prestadores apontados no Manual de Orientação do Beneficiário, para que seja atendido, o Beneficiário deverá estar de posse do seu Cartão de Identificação e de um

documento de identidade (com foto).

a) As informações e dúvidas poderão ser sanadas através do telefone 0800 que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, e está apontado no Manual de Orientação do Beneficiário.

25.5 Modificações das cláusulas deste Contrato serão admitidas por Aditivos Contratuais, que assinados por ambas as partes, passarão a fazer parte integrante do mesmo, a inclusão de novos procedimentos ou benefícios, não previstos quando da elaboração das Condições Gerais deste Contrato, dependerá de acordo entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, ressalvadas as atualizações do Rol de Procedimentos determinadas pela ANS.

25.6 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.

25.7 A tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

25.8 A 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.

25.9 Para esclarecimentos, sugestões e reclamações, sendo que neste caso é imperativo que seja identificado de forma clara o local, a hora e a data da ocorrência, quanto aos planos contratados, os Beneficiários deverão fazê-los através da CONTRATANTE, que comunicará, por escrito, à CONTRATADA aos cuidados do Serviço de Atendimento ao Cliente. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA DO FORO

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

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

Fortaleza, ____ de _____ de _____

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

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

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

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

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

Beneficiário

_____, ____/____/____

Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____

Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro, para os fins dos arts. 10, § 2º e 12, § 2º, ambos da Lei 9.656/98, que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este me foi oferecido pela HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA..

Beneficiário

_____, ____/____/____

Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____



Certificado Digital de E-mail de Notificação - Nº 7491670

Id da Mensagem

0wPeP_2uS6utG_vkcdsCfg.recvd-54b954cdc-h26bf-1-689A0525-80.0

Carimbo do Tempo - Registro no SERPRO

E5mYGL36UpwyqLODPfXVQMYRTaug2NxzyraHIYAX8Gg=



Certificado de Comprovação de Entrega

Dados do Remetente

E-mail Remetente	notificacao@hapvida.com.br
Assunto	Objeto: Notificação 7114845 art. 13 parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98
Prova de Envio - ID Mensagem	0wPeP_2uS6utG_vkcdsCfg.recvd-54b954cdc-h26bf-1-689A0525-80.0
Prova de Envio Timestamp SERPRO	5mYGL36UpwyqLODPfXVQMYRTaug2NxzyraHIYAX8Gg=

Dados do Destinatário

E-mail Destino	almerinda25@yahoo.com.br
Data Entrega	11/08/2025, 11:58:49 GMT-03:00



Resumo Conclusivo

Certificado Digital de E-mail de Notificação - Nº 7491670

E-mail Destino	almerinda25@yahoo.com.br
-----------------------	--------------------------

Id da Mensagem

O E-mail com Comprovação enviado com a identificação: 0wPeP_2uS6utG_vkcdsCfg.recvd-54b954cdc-h26bf-1-689A0525-80.0, com assunto Objeto: Notificação 7491670 art. 13 parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98, foi entregue para o destinatário, almerinda25@yahoo.com.br. O servidor do destinatário confirmou o recebimento da mensagem ao retornar o código 250 ok dirdel, (RFC2821) e foi identificado como sendo entregue em 11/08/2025, 11:58:49 GMT-03:00.

Carimbo do Tempo (Registro no SERPRO)

timestamp: 11-Aug-2025 14:54:55:325 GMT
policy: 2.16.76.1.6.2
serialNumber: 6326577024470418907
timestampAuthorityInfo: 4: C=BR,O=ICP-Brasil,OU=Certificado Carimbo de Tempo,OU=videoconferencia,OU=33683111000107,OU=ARSERPRO,OU=Autoridade Certificadora do SERPROACF TIMESTAMPING,CN=SERVIDOR DE CARIMBO DE TEMPO ACT SERPRO 50103
hashAlgorithm: 2.16.840.1.101.3.4.2.1
hash: E5mYGL36UpwyqLODPfXVQMYRTaug2NxzyraHIYAX8Gg=



Conteúdo do Email Enviado



De: notificacao@hapvida.com.br
Para: almerinda25@yahoo.com.br
Assunto: Objeto: Notificação 7491670 art. 13 parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98

Comunicado Importante

Continue contando com saúde de qualidade mais próxima de você

Caro Cliente, ALMERINDA DE SOUSA FROTA
Número registro ANS: 700382990

A HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, registrada na ANS sob o nº 36.825-3, vem comunicar o V.Sa. que até a data de emissão deste documento, não foram identificados o pagamento do(s) mensalidade(s) relativo ao contrato acima identificada, conforme ficha financeira abaixo:

Table with 4 columns: Descrição, Valor Faturado, Valor Original, and Data Aberto. It lists two months of unpaid dues.

Assim, em complemento aos avisos de cobrança encaminhados, objetivando a regularização do seu contrato de plano de saúde, e consequente, a manutenção dos serviços contratados, a HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, VEM NOTIFICAR V.SA. PARA QUE EFETUE O PAGAMENTO DO(S) MENSALIDADE(S), NO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS, A CONTAR DO RECEBIMENTO DESTA COMUNICADO, SOB PENA DE SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E/OU RESCISÃO UNILATERAL DO(S) REFERIDO(S) CONTRATO(S), NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO VIGENTE. CONFIRA SEU BOLETO EM ABERTO

Caso o pagamento já tenha sido efetuado ou para maiores esclarecimentos acerca do presente notificação, favor contatar a HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente 4020-9093.

Abaixo segue os beneficiários contemplados nesta notificação.

Table with 5 columns: Nome, Tipo, Endereço, Plano, and Registro ANS. It lists the beneficiary ALMERINDA DE SOUSA FROTA.

Fortaleza, 11 de agosto de 2025

Atenciosamente,
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

Este email foi enviado por: HAPVIDA (ANS 36.825-3)
Para: almerinda25@yahoo.com.br

Conteúdo do Texto: EbnVcL3A2wvaL0RPDzF0R7ag0zcyzKRA28g=

Av. Paranaíba, nº 1111 - Vila Nova, São Paulo - SP/CEP: 03111-000
Av. Heliópolis, nº 100 - Centro, Fortaleza - CE/CEP: 60410-000





GLOBAL PRINTER SOLUTION

R Jorge Acurcio, 419, Vila Uniao, Fortaleza, CE
CEP 60410-802, Brasil - +55 (85) 3046-6461

www.globalprinter.com.br