



GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ – CEARÁ
COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR
PROCON MARACANAÚ

NOTIFICAÇÃO DE AUDIÊNCIA E APRESENTAÇÃO DE DEFESA

Número de Atendimento: 2606056400100003301

Ao representante legal de:

DADOS DO(S) FORNECEDOR(ES)

Razão Social: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Nome Fantasia: HAPVIDA

CPF/CNPJ: 63.554.067/0016-74

Endereço de Correspondência:

Telefone Institucional: (85) 3355-9010

E-mail Institucional:

A Diretoria Executiva do Programa Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor de Maracanaú – Ceará (PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ), Lei 2.084 de 01 de outubro de 2013, e nos termos da Constituição Federal, e com fundamento nos incisos III IV do art. 4º e do parágrafo 4º do art.55 da Lei 8.078/90, bem como no parágrafo 2º do art.33, art.42 e 44 do Decreto Federal 2.181/97, convoca o fornecedor acima qualificado para comparecer em audiência designada para o dia **01/07/2026 às 11:00** horas, via videoconferência através da plataforma Meet no link disponibilizado no quadro abaixo, ou compareça a audiência presencialmente na sede deste Procon localizado na Rua 04, nº 370, Jereissati I, Maracanaú/CE, quando deverá apresentar defesa escrita/contestação ou encaminha-la para o e-mail institucional protocolo_procon@maracanau.ce.gov.br, ou ainda, inserir no prazo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de realização da audiência, em resposta eletrônica, em relação aos fatos ora notificados, e poderá conciliar-se com o(a) consumidor(a). Decorrida a audiência, este órgão apreciará, de forma definitiva, a fundamentação da reclamação apresentada pelo(a) consumidor(a) abaixo qualificado(a), para efeitos de inclusão dos CADASTROS MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL DE RECLAMAÇÕES FUNDAMENTADAS, nos termos do art. 44 da Lei n. 8.078/90, prosseguimento o trâmite do presente processo administrativo, nos termos dos arts. 45, 46 e 47 do Decreto 2.181/97.

Adverte-se que o preposto da empresa deverá trazer a documentação que comprove sua condição (documentos pessoais, contrato social e carta de preposição), devendo ter poderes para transigir, sob pena de o fornecedor ser considerado não representado.

Email institucional para protocolo de

Link da Audiência: <https://meet.google.com/xqg-eymq-dzz>

DADOS DO CONSUMIDOR(A)



GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ – CEARÁ
COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR
PROCON MARACANAÚ

Consumidor(a): Joyce Argentino Barbosa - **CNPJ/CPF:** 881.797.453-68
Endereço: Rua Raul Teófilo - 221 - Pajuçara - Maracanaú - CE - 61932-505
Telefone: (85) 98863-6418

FATOS NARRADOS PELO CONSUMIDOR(A)

Relato:

A consumidora relata que era usuária do plano de saúde oferecido pela reclamada há longo período. Contudo, ao tentar utilizar os serviços contratados, foi surpreendida com a informação de que seu plano encontrava-se suspenso.

Diante da situação, a consumidora foi orientada a entrar em contato com o setor de Recursos Humanos responsável. Ao buscar esclarecimentos, foi informada de que, em razão da ausência de negociação e formalização de novo contrato entre a prefeitura e a reclamada, após a revisão dos valores do plano destinados aos servidores públicos, houve o encerramento da prestação do serviço.

Segundo relatado, tal encerramento ocorreu sem aviso prévio à prefeitura responsável pela disponibilização do benefício, bem como aos servidores vinculados ao plano, incluindo a consumidora.

A consumidora informa que a suspensão do plano tem lhe causado prejuízos significativos, especialmente em razão da necessidade de utilização dos serviços de assistência à saúde para atendimento de demandas essenciais.

Dessa forma, diante da ausência de comunicação prévia e dos transtornos ocasionados, a consumidora procurou este órgão em busca de uma solução eficiente para a questão apresentada.

Pedido: Por fim, a consumidora requer a continuidade do plano de saúde anteriormente contratado, independentemente da forma de pagamento a ser adotada ou ajustada.

Maracanaú/CE, 01 de Junho de 2026 .

DANIELA PINHEIRO BEZERRA DE FARIAS
DIRETORA EXECUTIVA
PROCON - MARACANAÚ

Recebido por(assinatura): _____

Nome do funcionário/responsável (legível): _____