

NOTIFICAÇÃO DE AUDIÊNCIA E APRESENTAÇÃO DE DEFESA

Número de Atendimento: 2603056400100059301

Ao representante legal de:

DADOS DO(S) FORNECEDOR(ES)

Razão Social: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.

Nome Fantasia: HAPVIDA

CPF/CNPJ: 63.554.067/0001-98

Endereço de Correspondência: Avenida Heraclito Graça - 2 ANDAR - Número 406 - Centro - Fortaleza - CE - 60140-061

Telefone Institucional: (85) 3255-9010, (85) 3255-9099

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 **30/04/2026 às 09:00** 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/mdu-syaq-aqj>

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

FATOS NARRADOS PELO CONSUMIDOR(A)

Relato:

Relata a consumidora que, desde 2006, é cliente da reclamada, vinculada ao produto denominado "NOSSO PLANO VII – 700382990". Entretanto, informa que tomou conhecimento de que seu plano de saúde foi cancelado ao final de agosto de 2025, sob a alegação de inadimplência das faturas referentes aos meses de junho e julho de 2025, sendo que a fatura do mês de julho encontra-se devidamente quitada.

Ao questionar a reclamada, foi informada de que os avisos e notificações teriam sido encaminhados para determinado endereço eletrônico. Contudo, a consumidora afirma que nunca possuiu o referido e-mail.

Destaca, ainda, que somente teve ciência dos fatos ao receber, em 22/09, um telegrama enviado pela reclamada. Ao tentar recontratar o plano, foi-lhe apresentado um novo valor, aproximadamente R\$ 200,00 (duzentos reais) a mais do que o anteriormente pago.

Sentindo-se lesada e considerando que seus tratamentos de saúde estão sendo prejudicados, a consumidora dirigiu-se à sede deste órgão em busca de uma solução eficaz.

Pedido:

Diante do exposto, requer a recontratação do mesmo plano, com a manutenção dos valores anteriormente praticados.

Maracanaú/CE, 23 de Março de 2026 .

DANIELA PINHEIRO BEZERRA DE FARIAS
DIRETORA EXECUTIVA
PROCON - MARACANAÚ

Recebido por(assinatura): _____

Nome do funcionário/responsável (legível): _____