

**TERMO DE CIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA  
DO CONTRATANTE EM DECORRÊNCIA DE EXCLUSÃO  
CONTRATUAL/LEGAL DE COBERTURA ASSISTENCIAL**

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE  
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

Nº DO CONTRATO

ANS - nº36.825-3

1ª Via - Hapvida

A **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.** vem, por meio do presente Termo, **DAR PLENA CIÊNCIA** ao BENEFICIÁRIO CONTRATANTE das exclusões de cobertura assistencial do plano de assistência à saúde por este contratado, bem como ofertar-lhe condições alternativas para a utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos por seu plano, de acordo com o contrato que o regulamenta e com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, conforme segue abaixo:

- 1- As coberturas do plano que está sendo efetivamente contratado pelo BENEFICIÁRIO e seus dependentes:
  - a) são todas aquelas previstas no contrato, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, respeitadas as segmentações do plano contratado, os períodos de carência e eventual Cobertura Parcial Temporária – CPT para Doenças ou Lesões Preexistentes;
  - b) serão garantidas **EXCLUSIVAMENTE** através da rede de prestadores próprios e/ou credenciados da Operadora (**médicos, clínicas, hospitais, prontos socorros, laboratórios, etc..**) e na acomodação, de acordo com o plano contratado;
  - c) serão garantidas no(s) **município(s) pertencente(s) às respectivas abrangência geográfica e área de atuação do produto contratado que podem ser verificadas na página de Apresentação de Produtos da proposta.**
  
- 2- Conforme acima disposto, o **BENEFICIÁRIO** declara estar plenamente ciente de que o plano efetivamente contratado por ele **NÃO GARANTIRÁ A COBERTURA DE:**
  - a) **TODO E QUALQUER** Procedimento com prazo de carência **AINDA NÃO CUMPRIDO INTEGRALMENTE** pelo BENEFICIÁRIO;
  - b) Procedimentos cirúrgicos, Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e internação em leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão preexistente (DLP), sob Cobertura Parcial Temporária – CPT **AINDA NÃO CUMPRIDA INTEGRALMENTE** pelo BENEFICIÁRIO;
  - c) Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, para a(s) segmentação(ões) contratada(s) ou com cobertura expressamente excluída no contrato que regula o plano contratado, **mesmo que em caráter excepcional, opcional ou adicional** e ainda que solicitada por médico assistente ou imposta por determinação judicial em ação ajuizada contra a Operadora, tais como:
    - 1) **INTERNAÇÕES HOSPITALARES de qualquer natureza para produtos da segmentação exclusivamente AMBULATORIAL.**
    - 2) Procedimentos ilícitos ou antiéticos; tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; inseminação artificial; medicamentos importados não nacionalizados (sem registro vigente na ANVISA); medicamentos para tratamento domiciliar (prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos para uso domiciliar, de cobertura obrigatória, conforme o Rol da ANS; fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC; atendimento domiciliar de qualquer natureza, incluindo qualquer tipo de serviço médico, laboratorial, diagnóstico ou multidisciplinar (serviços de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, etc.), equipamentos e similares, bem como materiais para uso ou tratamento domiciliar, remoção domiciliar e, principalmente,
    - 3) **INTERNAÇÃO DOMICILIAR** em substituição, ou não, à hospitalar;
    - 4) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, instâncias hidrominerais, clínicas para recolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar; transplantes fora da previsão do Rol da ANS;

**TERMO DE CIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA  
DO CONTRATANTE EM DECORRÊNCIA DE EXCLUSÃO  
CONTRATUAL/LEGAL DE COBERTURA ASSISTENCIAL**

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE  
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

Nº DO CONTRATO

ANS - nº36.825-3

2ª Via - Cliente

A **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.** vem, por meio do presente Termo, **DAR PLENA CIÊNCIA** ao BENEFICIÁRIO CONTRATANTE das exclusões de cobertura assistencial do plano de assistência à saúde por este contratado, bem como ofertar-lhe condições alternativas para a utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos por seu plano, de acordo com o contrato que o regulamenta e com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, conforme segue abaixo:

- 1- As coberturas do plano que está sendo efetivamente contratado pelo BENEFICIÁRIO e seus dependentes:
  - a) são todas aquelas previstas no contrato, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, respeitadas as segmentações do plano contratado, os períodos de carência e eventual Cobertura Parcial Temporária – CPT para Doenças ou Lesões Preexistentes;
  - b) serão garantidas **EXCLUSIVAMENTE** através da rede de prestadores próprios e/ou credenciados da Operadora (**médicos, clínicas, hospitais, prontos socorros, laboratórios, etc..**) e na acomodação, de acordo com o plano contratado;
  - c) serão garantidas no(s) **município(s) pertencente(s) às respectivas abrangência geográfica e área de atuação do produto contratado que podem ser verificadas na página de Apresentação de Produtos da proposta.**
  
- 2- Conforme acima disposto, o **BENEFICIÁRIO** declara estar plenamente ciente de que o plano efetivamente contratado por ele **NÃO GARANTIRÁ A COBERTURA DE:**
  - a) **TODO E QUALQUER** Procedimento com prazo de carência **AINDA NÃO CUMPRIDO INTEGRALMENTE** pelo BENEFICIÁRIO;
  - b) Procedimentos cirúrgicos, Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e internação em leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão preexistente (DLP), sob Cobertura Parcial Temporária – CPT **AINDA NÃO CUMPRIDA INTEGRALMENTE** pelo BENEFICIÁRIO;
  - c) Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, para a(s) segmentação(ões) contratada(s) ou com cobertura expressamente excluída no contrato que regula o plano contratado, **mesmo que em caráter excepcional, opcional ou adicional** e ainda que solicitada por médico assistente ou imposta por determinação judicial em ação ajuizada contra a Operadora, tais como:
    - 1) **INTERNAÇÕES HOSPITALARES de qualquer natureza para produtos da segmentação exclusivamente AMBULATORIAL.**
    - 2) Procedimentos ilícitos ou antiéticos; tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; inseminação artificial; medicamentos importados não nacionalizados (sem registro vigente na ANVISA); medicamentos para tratamento domiciliar (prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos para uso domiciliar, de cobertura obrigatória, conforme o Rol da ANS; fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC; atendimento domiciliar de qualquer natureza, incluindo qualquer tipo de serviço médico, laboratorial, diagnóstico ou multidisciplinar (serviços de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, etc.), equipamentos e similares, bem como materiais para uso ou tratamento domiciliar, remoção domiciliar e, principalmente,
    - 3) **INTERNAÇÃO DOMICILIAR** em substituição, ou não, à hospitalar;
    - 4) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, instâncias hidrominerais, clínicas para recolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar; transplantes fora da previsão do Rol da ANS;

**TERMO DE CIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA  
DO CONTRATANTE EM DECORRÊNCIA DE EXCLUSÃO  
CONTRATUAL/LEGAL DE COBERTURA ASSISTENCIAL**

Nº DA PROPOSTA

Nº DO CONTRATO

ANS - nº36.825-3

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE  
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

1ª Via - Hapvida

5) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto:

- 5.1) **as previstas na cobertura da segmentação ODONTOLÓGICA caso esta tenha sido contratada e;**
  - 5.2) as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e as despesas com a estrutura hospitalar necessária à execução de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação, **no caso da segmentação HOSPITALAR ter sido contratada;**
  - 6) casos de cataclismos, guerras e comoções internas (quando declaradas pela autoridade competente); vacinas; “Home Care” e outros.
- d) Procedimentos realizados por prestadores não pertencentes à rede de atendimento da OPERADORA ou do plano contratado pelo BENEFICIÁRIO;
  - e) Reembolso de despesas particulares realizadas pelo BENEFICIÁRIO fora das situações previstas no contrato que regula o plano contratado;
  - f) Acomodação diversa da contratada pelo BENEFICIÁRIO.

**3-** O BENEFICIÁRIO reconhece ser de sua responsabilidade exclusiva o pagamento integral de toda e qualquer despesa relativa à utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado junto ao prestador executante, não cabendo à Operadora qualquer ônus financeiro neste sentido.

**4-** Visando à preservação de sua saúde, o BENEFICIÁRIO está ciente de que, uma vez necessária a utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado, poderá realizá-los nos hospitais e serviços próprios da Operadora, de acordo com os valores previstos nas tabelas praticadas entre a OPERADORA e seus prestadores próprios. Nas situações de Urgência/Emergência, caso o BENEFICIÁRIO opte por não arcar com as referidas despesas, a OPERADORA garantirá a sua remoção para uma unidade pública de saúde, nos termos da CONSU No. 13/98.

**5-** Na eventualidade da Hapvida ser instada a oferecer cobertura para qualquer procedimento, serviço, evento ou atendimento não previsto no plano contratado, o BENEFICIÁRIO está **absolutamente ciente** que a Hapvida exercerá contra ele seu direito de regresso e cobrança de quaisquer custos que tenha sido compelida a arcar, inclusive das custas financeiras, administrativas e jurídicas decorrentes de eventual ação judicial ajuizada pelo BENEFICIÁRIO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_  
Titular ou Responsável (quando menor)

**TERMO DE CIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA  
DO CONTRATANTE EM DECORRÊNCIA DE EXCLUSÃO  
CONTRATUAL/LEGAL DE COBERTURA ASSISTENCIAL**

Nº DA PROPOSTA

Nº DO CONTRATO

ANS - nº36.825-3

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE  
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

2ª Via - Cliente

5) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto:

- 5.1) **as previstas na cobertura da segmentação ODONTOLÓGICA caso esta tenha sido contratada e;**  
5.2) as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e as despesas com a estrutura hospitalar necessária à execução de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação, **no caso da segmentação HOSPITALAR ter sido contratada;**  
6) casos de cataclismos, guerras e comoções internas (quando declaradas pela autoridade competente); vacinas; “Home Care” e outros.  
d) Procedimentos realizados por prestadores não pertencentes à rede de atendimento da OPERADORA ou do plano contratado pelo BENEFICIÁRIO;  
e) Reembolso de despesas particulares realizadas pelo BENEFICIÁRIO fora das situações previstas no contrato que regula o plano contratado;  
f) Acomodação diversa da contratada pelo BENEFICIÁRIO.

- 3- O BENEFICIÁRIO reconhece ser de sua responsabilidade exclusiva o pagamento integral de toda e qualquer despesa relativa à utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado junto ao prestador executante, não cabendo à Operadora qualquer ônus financeiro neste sentido.
- 4- Visando à preservação de sua saúde, o BENEFICIÁRIO está ciente de que, uma vez necessária a utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado, poderá realizá-los nos hospitais e serviços próprios da Operadora, de acordo com os valores previstos nas tabelas praticadas entre a OPERADORA e seus prestadores próprios. Nas situações de Urgência/Emergência, caso o BENEFICIÁRIO opte por não arcar com as referidas despesas, a OPERADORA garantirá a sua remoção para uma unidade pública de saúde, nos termos da CONSU No. 13/98.
- 5- Na eventualidade da Hapvida ser instada a oferecer cobertura para qualquer procedimento, serviço, evento ou atendimento não previsto no plano contratado, o BENEFICIÁRIO está **absolutamente ciente** que a Hapvida exercerá contra ele seu direito de regresso e cobrança de quaisquer custos que tenha sido compelida a arcar, inclusive das custas financeiras, administrativas e jurídicas decorrentes de eventual ação judicial ajuizada pelo BENEFICIÁRIO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_  
Titular ou Responsável (quando menor)