

Resumo Financeiro

TITULAR	
RESPONSÁVEL SEM DIREITO	
MARIA DE FATIMA GUILHERME DA SILVA	
SAÚDE	
\$0.00	
DEPENDENTE	
NP AHO IN GM ENF JN 085	
JANEDSON GUILHERME DA SILVA	
SAÚDE	
\$279.59	
DEPENDENTE	
NP AHO IN GM ENF JN 085	
JANEDSON GUILHERME DA SILVA	
ODONTO	
\$15.90	

Valor da Contratação

Valor Total Bruto:	-\$25.00	Valor Adesão:	\$25.00
Valor Desconto:	-\$320.49		
Valor Pagar:	\$320.49		

Detalhes do contrato - TITULAR (RESP. FINANCEIRO)

Valor Assistência: \$0.00

Nome: MARIA DE FATIMA GUILHERME DA SILVA

Nome Mãe: MARIA NECI GUILHERME DA SILVA

CPF: 23386690378

RG:

Nasc.: 20-JUL-65

Est. Civil: SOLTEIRO

Peso: Não informado

Altura: Não informado

Plano: RESPONSÁVEL SEM DIREITO(SEM COBERTURA)

Acomodação: SEM ACOMODACAO

Aproveitamento de Carência: NÃO

Telefone: Não Possui

Celular: 85997548789

Email: mariadefatima12530@gmail.com

Endereço: 125 - TIMBO CEP: 61936280 - MARACANAU

Local de Atendimento:

Área de Atuação**Declaração de Saúde**

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 (sim ou não), na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofreu ou sofreu de algumas delas, bem como 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 serão de sua responsabilidade.

3 - Declarando o proponente beneficiário para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferecer-lhe-á a contratada, neste momento, CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, por um período de, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses.

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 da Declaração de Saúde.

5 - A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofrendor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou 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.

APARELHO DIGESTIVO-É portador de alguma doença do Aparelho Digestivo: úlcera, gastrite, pancreatite, vesícula, intestino, cirrose e outras. NÃO POSSUO
ORTOPÉDICAS-É portador de alguma doença Ortopédica: osteoporose, fratura, coluna, hérnia de disco, deformidade óssea e outras. NÃO POSSUO
NEUROLÓGICAS-É portador de alguma doença Neurológica: convulsões, enxaqueca, Parkinson, epilepsia, AVC, paralisia, meningite, Alzheimer e outras. NÃO POSSUO
VASCULARES-É portador de alguma doença Vascular: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras. NÃO POSSUO
CARDIOLÓGICAS-É portador de alguma doença Cardiológica: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca, febre reumática e outras. NÃO POSSUO
ENDOCRINOLOGICAS-É portador de alguma doença Endocrinológica: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras. NÃO POSSUO
HEMATOLÓGICAS (SANGUE)-É portador de alguma doença Hematológica (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras. NÃO POSSUO
GENITO - URINÁRIAS-É portador de alguma doença Genito-urinária: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata, insuficiência ou transplante renal, incontinência urinária e outras. NÃO POSSUO
OTORRINOLARINGOLÓGICAS-É portador de alguma doença Otorrinolaringológica: rinite, sinusite, amídalas, audição e outras. NÃO POSSUO
PULMONARES-É portador de alguma doença Pulmonar: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras. NÃO POSSUO
GINECOLÓGICAS E MAMÁRIAS-É portador de alguma doença Ginecológica e Mamária: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras. NÃO POSSUO
CÂNCER OU TUMOR-É portador de algum Câncer ou Tumor: qualquer tipo (mamas, endométrio, próstata, calo uterino, pulmão). NÃO POSSUO
OFTALMOLÓGICAS-É portador de alguma doença Oftalmológica: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, transplante de córnea, pterígeo e outras. NÃO POSSUO
PROCTOLÓGICAS-É portador de alguma doença proctológica: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras. NÃO POSSUO
CONGÊNITAS-É portador de alguma doença Congênita: Cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades, genética e outras. NÃO POSSUO
INFECTO - CONTAGIOSAS-É portador de alguma doença Infecto-contagiosa: Aids, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras. NÃO POSSUO
PSIQUIÁTRICAS-É portador de alguma Psiquiátrica: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras. NÃO POSSUO
REUMATOLÓGICAS-É portador de alguma doença Reumatológica: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras. NÃO POSSUO
CIRÚRGICAS-Realizou alguma cirurgia: hérnias (ingual, umbilical, incisional, epigátrica, de hiato), ortopédicas, fístulas, cicatrizes, partos e outras. NÃO POSSUO
DERMATOLÓGICAS-É portador de alguma doença Dermatológica: cistos, sinais e outras. NÃO POSSUO
DOENÇAS DO SONO-É portador de alguma doença relacionada ao distúrbio do sono? NÃO POSSUO
OBESIDADE-É portador de Obesidade? NÃO POSSUO
OBSERVAÇÃO- NÃO POSSUO
OUTRAS DOENÇAS-É portador de alguma doença não especificada acima. NÃO POSSUO

Havendo declaração ou identificação de doença ou lesão preexistente, o proponente beneficiário cumprirá CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

Para preenchimento desta Declaração de Saúde, DECLARO que:

- Dispensei o acompanhamento do "médico orientador";
- Preenchi pessoalmente esta declaração e assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e dos meus dependentes;
- Não tenho comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que eu entenda ser importante registrar;
- Estou ciente e de acordo, por mim e por meus dependentes, com o cumprimento de CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA para os procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes acima declaradas, por um período de 24 meses, contados da data de adesão ao plano;
- Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações à HAPVIDA sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido e de meus dependentes, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

Condições da Contratação e Documentos Cadastrais

- > Termo de Declaração de Ciência das Condições Gerais do(s) Contrato(s) - LIDO E ACEITO
- > Carta de Orientação ao Beneficiário - LIDO E ACEITO
- > Coberturas Garantidas Por Seu Plano - LIDO E ACEITO
- > Coberturas Excluídas Por Seu Plano - LIDO E ACEITO
- > Termo de Ciência e de Responsabilidade Financeira do Contratante - LIDO E ACEITO
- > Mecanismos de Regulação da Utilização dos Serviços Contratados - LIDO E ACEITO
- > Tabela de Preços e de Reajustes - LIDO E ACEITO
- > Minuta de Oferta de CPT para DLP Informada na Declaração de Saúde - LIDO E ACEITO
- > Minuta do Contrato RESPONSÁVEL SEM DIREITO(SEM COBERTURA) - LIDO E ACEITO

Início de vigência do(s) plano(s) contratado(s)

A confirmação da contratação e o início de vigência do(s) plano(s) contratado(s) somente ocorrerão após o pagamento da primeira mensalidade, conforme opção de pagamento escolhida. A data de início de vigência será a data do pagamento da primeira mensalidade. A partir do pagamento da primeira mensalidade, você poderá visualizar ou imprimir o(s) seu(s) contrato(s) e documentos obrigatórios que integrarão a contratação, ficando desde já ciente de que o seu direito de arrependimento somente poderá ser exercido em até 7 (sete) dias corridos contados da vigência contratual.

Li e aceito todos os Termos e Condições da Presente Proposta.

Li e declaro estar de acordo com os Termos da Declaração de Saúde e condições de CPT.

Data de emissão do boleto: 01/08/2023 16:23:23

Data de aceitação dos termos: 01/08/2023 16:23:09

Dia de vencimento: 10

Detalhes do contrato - DEPENDENTE - (AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA)

Valor Asssitência: \$279.59

Nome: JANEDSON GUILHERME DA SILVA

Nome Mãe: MARIA DE FATIMA GUILHERME DA SILVA

CPF: 5051962394

RG:

Nasc.: 05-OCT-96

Est. Civil: SOLTEIRO

Peso: Não informado

Altura: Não informado

Plano: NP AHO IN GM ENF JN 085(AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA)

Acomodação: ENFERMARIA

Aproveitamento de Carência: SIM

Telefone: Não Possui

Celular: 85997548789

Email: mariadefatima12530@gmail.com

Endereço: 125 - TIMBO CEP: 61936280 - MARACANAU

Local de Atendimento:

Área de Atuação

MACEIO- AL

JUAZEIRO DO NORTE- CE

MANAUS - AM

CAMACARI - BA

FEIRA DE SANTANA - BA

SALVADOR - BA

LAURO DE FREITAS - BA

FORTALEZA - CE
MARACANAU- CE
SAO LUIS - MA
BELEM - PA
JOAO PESSOA - PB
CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE
RECIFE - PE
TERESINA - PI
MOSSORO- RN
NATAL - RN
JOINVILLE - SC
ARACAJU - SE

Declaração de Saúde

- 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 (sim ou não), na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofreu ou sofreu de algumas delas, bem como 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 serão de sua responsabilidade.
- 3 - Declarando o proponente beneficiário para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferecer-lhe-á a contratada, neste momento, CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, por um período de, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses.
- 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 da Declaração de Saúde.
- 5 - A omissão de informações 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 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.

APARELHO DIGESTIVO-É portador de alguma doença do Aparelho Digestivo: úlcera, gastrite, pancreatite, vesícula, intestino, cirrose e outras. NÃO POSSUO
ORTOPÉDICAS-É portador de alguma doença Ortopédica: osteoporose, fratura, coluna, hérnia de disco, deformidade óssea e outras. NÃO POSSUO
NEUROLÓGICAS-É portador de alguma doença Neurológica: convulsões, enxaqueca, Parkinson, epilepsia, AVC, paralisia, meningite, Alzheimer e outras. NÃO POSSUO
VASCULARES-É portador de alguma doença Vascular: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras. NÃO POSSUO
CARDIOLÓGICAS-É portador de alguma doença Cardiológica: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca, febre reumática e outras. NÃO POSSUO
ENDOCRINOLOGICAS-É portador de alguma doença Endocrinológica: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras. NÃO POSSUO
HEMATOLÓGICAS (SANGUE)-É portador de alguma doença Hematológica (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras. NÃO POSSUO
GENITO - URINÁRIAS-É portador de alguma doença Genito-urinária: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata, insuficiência ou transplante renal, incontinência urinária e outras. NÃO POSSUO
OTORRINOLARINGOLÓGICAS-É portador de alguma doença Otorrinolaringológica: rinite, sinusite, amídalas, audição e outras. NÃO POSSUO
PULMONARES-É portador de alguma doença Pulmonar: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras. NÃO POSSUO
GINECOLÓGICAS E MAMÁRIAS-É portador de alguma doença Ginecológica e Mamária: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras. NÃO POSSUO
CÂNCER OU TUMOR-É portador de algum Câncer ou Tumor: qualquer tipo (mamas, endométrio, próstata, calo uterino, pulmão). NÃO POSSUO

OFTALMOLÓGICAS-É portador de alguma doença Oftalmológica: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, transplante de córnea, pterígeo e outras. NÃO POSSUO
PROCTOLÓGICAS-É portador de alguma doença proctológica: fissuras, hemorróidas, pólipos, prolapso retal e outras. NÃO POSSUO
CONGÊNITAS-É portador de alguma doença Congênita: Cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades, genética e outras. NÃO POSSUO
INFECTO - CONTAGIOSAS-É portador de alguma doença Infecto-contagiosa: Aids, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras. NÃO POSSUO
PSIQUIÁTRICAS-É portador de alguma Psiquiátrica: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras. NÃO POSSUO
REUMATOLÓGICAS-É portador de alguma doença Reumatológica: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras. NÃO POSSUO
CIRÚRGICAS-Realizou alguma cirurgia: hérnias (ingual, umbilical, incisional, epigátrica, de hiato), ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras. NÃO POSSUO
DERMATOLÓGICAS-É portador de alguma doença Dermatológica: cistos, sinais e outras. NÃO POSSUO
DOENÇAS DO SONO-É portador de alguma doença relacionada ao distúrbio do sono? NÃO POSSUO
OBESIDADE-É portador de Obesidade? NÃO POSSUO
OBSERVAÇÃO- NÃO POSSUO
OUTRAS DOENÇAS-É portador de alguma doença não especificada acima. NÃO POSSUO

Havendo declaração ou identificação de doença ou lesão preexistente, o proponente beneficiário cumprirá CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

Para preenchimento desta Declaração de Saúde, DECLARO que:

- Dispensei o acompanhamento do "médico orientador";
- Preenchi pessoalmente esta declaração e assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e dos meus dependentes;
- Não tenho comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que eu entenda ser importante registrar;
- Estou ciente e de acordo, por mim e por meus dependentes, com o cumprimento de CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA para os procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes acima declaradas, por um período de 24 meses, contados da data de adesão ao plano;
- Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações à HAPVIDA sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido e de meus dependentes, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

Condições da Contratação e Documentos Cadastrais

- > Termo de Declaração de Ciência das Condições Gerais do(s) Contrato(s) - LIDO E ACEITO
- > Carta de Orientação ao Beneficiário - LIDO E ACEITO
- > Coberturas Garantidas Por Seu Plano - LIDO E ACEITO
- > Coberturas Excluídas Por Seu Plano - LIDO E ACEITO
- > Termo de Ciência e de Responsabilidade Financeira do Contratante - LIDO E ACEITO
- > Mecanismos de Regulação da Utilização dos Serviços Contratados - LIDO E ACEITO
- > Tabela de Preços e de Reajustes - LIDO E ACEITO
- > Minuta de Oferta de CPT para DLP Informada na Declaração de Saúde - LIDO E ACEITO
- > Minuta do Contrato NP AHO IN GM ENF JN 085(AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA) - LIDO E ACEITO

Início de vigência do(s) plano(s) contratado(s)

A confirmação da contratação e o início de vigência do(s) plano(s) contratado(s) somente ocorrerão após o pagamento da primeira mensalidade, conforme opção de pagamento escolhida. A data de início de vigência será a data do pagamento da primeira mensalidade. A partir do pagamento da primeira mensalidade, você poderá visualizar ou imprimir o(s) seu(s) contrato(s) e documentos obrigatórios que integrarão a contratação, ficando desde já ciente de que o seu direito de arrependimento somente poderá ser exercido em até 7 (sete) dias

corridos contados da vigência contratual.

Li e aceito todos os Termos e Condições da Presente Proposta.

Li e declaro estar de acordo com os Termos da Declaração de Saúde e condições de CPT.

Data de emissão do boleto: 01/08/2023 16:23:23

Data de aceitação dos termos: 01/08/2023 16:23:09

Dia de vencimento: 10

Declaração de ciência de adesão ao recebimento de documentos de forma digital

confirmando minha adesão à notificação eletrônica por e-mail, que consiste no recebimento de boleto digital e das notificações de inadimplência, ficando ciente que, não receberei mais estes documentos em minha residência.

(x) - Li e aceito o recebimento de documentos de forma digital.

← Falar com atendente

10 de setembro de 2026

ATUALIZAÇÃO SOBRE SEU PLANO HAPVIDA

Olá, *MARIA DE FATIMA GUILHERME DA SILVA.*

Identificamos que o seu plano possui uma pendência referente à mensalidade com vencimento em *10/05/2026*. O contrato possui previsão de cancelamento em *15/09/2026*, caso a pendência não seja regularizada.

A Hapvida disponibiliza opções de pagamento através de:

- Pix
- Cartão de débito
- Cartão de crédito em até 24x (consulte taxas)

➡ Responda esta mensagem para consultar as opções disponíveis e realizar a regularização.

19:06

← Falar com atendente



Mensagem

