

ANS - n°36.825-3

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

Nome do Dependente										Domiciliar - AMD										SIM										NÃO									
Nome da Mãe																																							
Data De Nascimento										Sexo					Estado Civil					Parentesco					CPF do Dependente										Cód. do Plano				
Nº ANS										Acomodação					Abrangência					Segmentação					Série Arredondada - Média - 100														

OBSERVAÇÃO (VENDEDOR)

LISO HARVIDA

Nese 5' plains familia

EM CASO DA EXISTÊNCIA DE DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE RECONHECIDA ATRAVÉS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E/OU PERÍCIA MÉDICA, DECLARO CONHECIMENTO DE ME TER SIDO OFERTADO COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, PARA AS REFERIDAS PATOLOGIAS, ESPECIFICAMENTE PARA EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, PELO PERÍODO DE 24 MESES A CONTAR DA VIGÊNCIA DO CONTRATO.

27 JAN 2012

LOCAL

DATA

PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL /MENOR

DECLARO QUE RECEBI UM EXEMPLAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTENDO DE FORMA CLARA E LEGÍVEL TODAS AS CONDIÇÕES DO PLANO POR MIM ESCOLHIDO E INDICADO NA PRESENTE PROPOSTA NOS MOLDES DA LEI 9.656/98, E QUE OS REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA SERÃO DE ACORDO COM A TABELA DE VENDA VIGENTE NO FECHAMENTO DO CONTRATO, AFIRMO QUE SOU RESPONSÁVEL PELO CUMPRIMENTO INTEGRAL DESTES CONTRATO.

RECEBI A PRESENTE PROPOSTA DE ADMISSÃO PARA ENCAMINHAMENTO À HAPIVIDA

DIA DE VENCIMENTO DA MENSALIDADE

30

RECEBEMOS DO PROPONENTE TITULAR ACIMA A IMPORTÂNCIA DE R\$ 19800,00 ATRAVÉS DO CHEQUE Nº _____, BANCO _____ RELATIVO AO VALOR DA TAXA DE MANUTENÇÃO DO(S) PROPONENTE(S) A QUE SE REFERE A PRESENTE PROPOSTA DE ADMISSÃO, COMPROMETENDO-SE A SOMENTE APRESENTAR O CHEQUE PARA COMPENSAÇÃO NA OCASIÃO DA APROVAÇÃO DA PRESENTE PROPOSTA. BOLETO NOSSO NÚMERO: 01 01 307

MARLAND

280178 ALEVEDO.

251.17

SL 91 - 307
Epub 2242 3000

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO DA MENSALIDADE EM CONTA-CORRENTE

() SIM, AUTORIZO DÉBITO DA MENSALIDADE EM MINHA CONTA-CORRENTE

NOME DO BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA-CORR-B.E.

PARA USO EXCLUSIVO DA HAPIVIDA (CADASTRO/POS-VENDA)

1) ANÁLISE: OK 04/12 VISTO: NÃO

2) PÓS-VENDA: : ____/____/____

VISTO:

3) DIGITAÇÃO: / / VISTO:

4) CONE DIGITAÇÃO: / /

VISTO:

RODRIGO FREIRE
Mat. 6427

2008805

2000-01-01 to 2000-01-01
2000-01-01 to 2000-01-01

2001

SECRET (1940)

1. 1. 1. 1.

1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 26

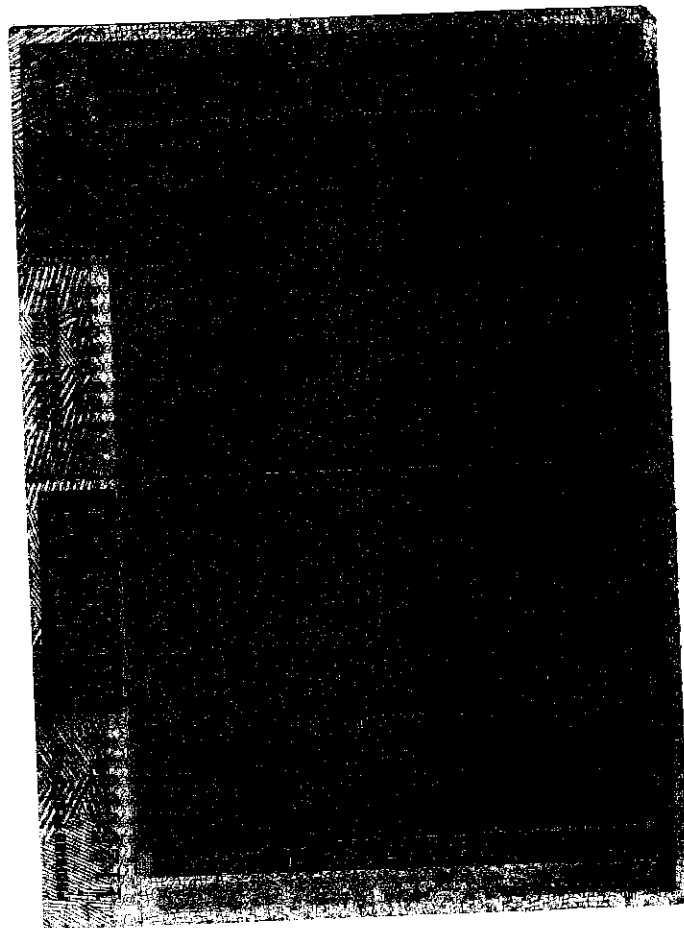
2009-2010

100

100-34140

[illegible]

1971





FIGHA DE REGISTRO AMBULATORIAL



Paciente: MAYARA BEZERRA PONTES

Idade: 5

Médico:

Data 24/01/12 00:00

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Prontuario 4364530

Atendimento 15451110

ANAMNESE

Exames Físico

Peso (Kg):

Temperatura (°C):

Prescrição Médica

Exames Solicitados

Evolução Médica

Carimbo/Assinatura do Médico

Evolução de Enfermagem

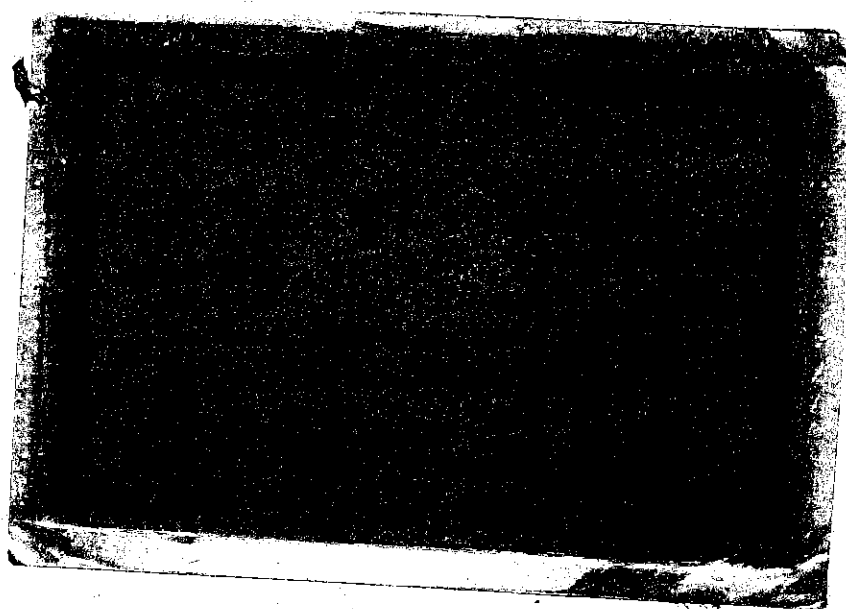
Hora entrada repouso: : Hora saída Repouso :

Material Utilizado

Codigo	Qtd	Especificacao				
34290		Agua Destilada 10 Ml	26891	Dreno De Penrose 1	43290	Ringer C/Lactato 500ml
133985		Agua Destilada 20ml	27138	Equipo (Macrogotas)	50830	Salto Ortopedico
31720		Agua Oxigenada	27065	Equipo (Microgotas)	30791	Scalp Butterfly N-19
27847		Agulha Desc. 13x4,5	50997	Esparadrapo	30805	Scalp Butterfly N-21
27855		Agulha Desc. 25x07	31771	Eter	30813	Scalp Butterfly N-23
32450		Agulha Desc. 40x12	25950	Fio Catgut Simples 3.0	30821	Scalp Butterfly N-25
31739		Alcool 70%	25968	Fio Catgut Simples 4.0	30830	Scalp Butterfly N-27
51055		Algodoao (Atadura 10cm)	31984	Fio Mononylon 3-0	30848	Seringa Descartavel 03
120191		Algodoao (Atadura 15cm)	31992	Fio Mononylon 4-0	30856	Seringa Descartavel 05
119250		Algodoao (Atadura 20cm)	32000	Fio Mononylon 5-0	30864	Seringa Descartavel 10
51063		Algodoao Hidrofilo	32263	Fio Vicril 5-0	30872	Seringa Descartavel 20
27910		Arruela P/Monitor Desc	30597	Gaze Seca 7.5 X 7.5	143303	Sf 0,9% 100ml
27936		Atadura Crepom 10 Cm	48674	Irurol	132043	Sf 0,9% 10ml
27944		Atadura Crepom 15 Cm	118979	Lamina De Bisturi 24	43800	Sf 0,9% 500 Ml
27960		Atadura Crepom 25 Cm	30635	Luva De Procedimento M	43729	Solucao De Glicerina C
30074		Atadura De Gesso 10 Cm	30660	Luva Descartavel N-7,5	43826	Soro Glicofisiologic 1
30082		Atadura De Gesso 15 Cm	30678	Luva Descartavel N-8,0	48844	Soro Glicosado 5% 500m
30090		Atadura De Gesso 20 Cm	30724	Malha Tubular 10 Cm	50881	Torneira 03 Vias
30163		Cateter De Oxigenio	50822	Mascara Descartavel	32425	Vaselina Pomada
30210		Cateter Iv 22 (Jelco)	51004	Micropore	45233	Xylocaina C/Ad 2%
30228		Cateter Iv 24 (Jelco)	32360	Povidine Topico	45250	Xylocaina S/Ad 2%

Outros:

Assinatura do auxiliar de enfermagem



FIXO

Conta de Serviços de Telecomunicação

V204

FAC

LIGAÇÕES ILIMITADAS E MUITO MAIS VANTAGENS
PRA SUA FAMÍLIA. ASSINE OI CONTA TOTAL.

Abra e saiba mais.



06013971



ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES
RUA JAIME PAULINO, 451 AP V204
CJ ALTO DA MANGUEIRA
61901-430 MARACANAÚ-CE

CTCE FORTALEZA CE PL3



7200039890242380000018590230291211

PE-09-1211-F177-0015531-R4-01

AUD:06013971

PROXIMO AO FORUM



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL



Paciente: MARA SANDRA PEIXOTO MOREIRA

Idade: 28

Médico:

Data 24/01/12 00:00

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Prontuario 8441734

Atendimento 15450953

ANAMNESE

Exames Físico

Peso (Kg):

Temperatura (°C):

Prescrição Médica

Exames Solicitados

Evolução Médica

Carimbo/Assinatura do Médico

Evolução de Enfermagem

Hora entrada repouso: ____:____ Hora saída Repouso ____:____

Material Utilizado

Codigo	Qtd	Especificacao				
34290		Agua Destilada 10 Ml	26891	Dreno De Penrose 1	43290	Ringer C/Lactato 500ml
133985		Agua Destilada 20ml	27138	Equipo (Macrogotas)	50830	Salto Ortopedico
31720		Agua Oxigenada	27065	Equipo (Microgotas)	30791	Scalp Butterfly N-19
27847		Agulha Desc. 13x4,5	50997	Esparadrapo	30805	Scalp Butterfly N-21
27855		Agulha Desc. 25x07	31771	Eter	30813	Scalp Butterfly N-23
32450		Agulha Desc. 40x12	25950	Fio Catgut Simples 3.0	30821	Scalp Butterfly N-25
31739		Alcool 70%	25968	Fio Catgut Simples 4.0	30830	Scalp Butterfly N-27
51055		Algodoao (Atadura 10cm)	31984	Fio Mononylon 3-0	30848	Seringa Descartavel 03
120191		Algodoao (Atadura 15cm)	31992	Fio Mononylon 4-0	30856	Seringa Descartavel 05
119250		Algodoao (Atadura 20cm)	32000	Fio Mononylon 5-0	30864	Seringa Descartavel 10
51063		Algodoao Hidrofilo	32263	Fio Vicril 5-0	30872	Seringa Descartavel 20
27910		Arruela P/Monitor Desc	30597	Gaze Seca 7.5 X 7.5	143303	Sf 0,9% 100ml
27936		Atadura Crepom 10 Cm	48674	Irurol	132043	Sf 0,9% 10ml
27944		Atadura Crepom 15 Cm	118979	Lamina De Bisturi 24	43800	Sf 0,9% 500 ML
27960		Atadura Crepom 25 Cm	30635	Luva De Procedimento M	43729	Solucao De Glicerina C
30074		Atadura De Gesso 10 Cm	30660	Luva Descartavel N-7,5	43826	Soro Glicofisiologic 1
30082		Atadura De Gesso 15 Cm	30678	Luva Descartavel N-8,0	48844	Soro Glicosado 5% 500m
30090		Atadura De Gesso 20 Cm	30724	Malha Tubular 10 Cm	50881	Torneira 03 Vias
30163		Cateter De Oxigenio	50822	Mascara Descartavel	32425	Vaselina Pomada
30210		Cateter Iv 22 (Jelco)	51004	Micropore	45233	Xylocaina C/Ad 2%
30228		Cateter Iv 24 (Jelco)	32360	Povidine Topico	45250	Xylocaina S/Ad 2%

Outros:

Assinatura do auxiliar de enfermagem

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 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 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 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 a doença ou lesão preexistente declarada, por um período máxima de 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 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.

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com S (SIM) ou N (NÃO)

Item	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras.	N	N				
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.	N	N				
03. Neurológicas: convulsões, enxaqueca, Parkinson, paralisia e outras.	N	N				
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras.	N	N				
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras.	N	N				
06. Endocrinológicas: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras.	N	N				
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.	N	N				
08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.	N	N				
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, a amígdalas, audição e outras.	N	N				
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.	N	N				
11. Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.	N	N				
12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo.	N	N				
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.	N	N				
14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.	N	N				
15. Congênitas: cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades e outras.	N	N				
16. Infecto-contagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras.	N	N				
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras.	N	N				
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras.	N	N				
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fístulas, cicatrizes, partos e outras.	N	N				
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras.	N	N				
21. Outras doenças não citadas acima.	N	N				

Se a resposta algum item acima for **SIM** para qualquer um dos proponentes responder especificando o item, código e o nome do beneficiário do proponente no quadro completar abaixo com seus devidos esclarecimentos.

Item	Código	Nome do beneficiário	Esclarecimentos

Havendo declaração ou identificação de doença ou lesão preexistente o proponente cumprirá **CPT**, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos 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.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

() Dispensei o acompanhamento do "médico orientador";

() Solicitei o acompanhamento do "médico orientador"

CRM nº:

Nome do médico:

Assinatura do médico:

2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração a 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:

4. Declaro que estou ciente da cobertura parcial temporária para procedimentos relacionados às doenças acima declaradas, por período de 24 meses da adesão ao plano.

5. Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

Local: MAACANAU

Data: 25/11/12

Titular responsável:

Assinatura: Xeltonic Inacio Pereira

Representante autorizado:

Vendedor: AZEVEDO

Cód.: 280178 Ass. do Vendedor:

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 ESTADOENÇA 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 tecnológica (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia 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-los pelos procedimentos referentes à 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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local MARACANAÚ 25/1/12
Nome: JESSICA N. F. MARTINS
CPF: 041.762.893-50

Local MARACANAÚ 25/1/12
Nome: ALVAREZ P. AZEVEDO
CPF: 155.285.453-15

TERMO DE ADITIVO CONTRATUAL

ANEXO I

Proposta de Adesão nº 2038006 Contrato nº _____

Por este instrumento de Aditivo ao Contrato de operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, correspondente à Proposta de Adesão e ao contrato acima referido, as partes estabelecem o seguinte:

Com referência à letra "b" da Cláusula 10.1 do contrato firmado entre as partes, passa a vigorar, da presente data em diante, com a seguinte redação:

"b) Trinta (30) dias: para cobertura a consultas médicas eletivas e exames complementares, exceto para os descritos nos itens c e d, podendo ser reduzido para o prazo de 72h (setenta e duas horas), quando estes procedimentos forem realizados na Rede Própria da Operadora".

A mudança na cláusula reduz a carência dos contratos firmados com data de adesão de 12 (doze) meses para 30 (trinta) dias.

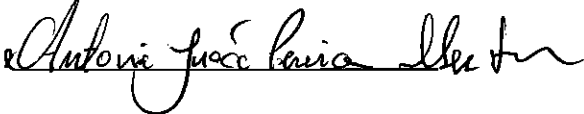
Permanecem inalteradas todas as demais Condições e Cláusulas do Contrato ora aditado, inclusive o previsto para doenças e lesões preexistentes.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Local: MARACANJO Data: 25/1/12

CONTRATADA :

BENEFICIÁRIO:

_____ 

Testemunhas:

Testemunhas:

DECLARAÇÃO

Declaro, para devidos fins de direito e prova, que me foi mencionado pelo vendedor/preposto da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. (HAPVIDA), que, conforme constante no contrato que recebi por ocasião da minha adesão ao plano de saúde HAPVIDA e/ou de meu(s) dependente(s), a HAPVIDA pode convocar a mim ou a quaisquer dos beneficiários inscritos neste plano, caso existam, para realização de perícia médica pré-admissional, visando a minha admissão (e/ou deles) ao referido plano de saúde, conforme ficha proposta nº. 2038006.

Solicito, entretanto, que a minha inclusão seja efetuada na data programada no instrumento contratual/ficha proposta, independentemente da realização prévia do referido exame, autorizando a HAPVIDA a cancelar a minha inclusão, bem como de meus dependentes eventualmente inscritos no plano, se houver recusa à realização do referido exame admissional ou à assinatura do termo de PERÍCIA ou do termo de conhecimento sobre a Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes à assinatura do presente contrato, caso seja detectada. Solicito o referido cancelamento, caso, ainda, eu ou quaisquer de meus dependentes eventualmente inscritos, não compareçamos à PERÍCIA em até 3 (três) dias úteis após que o titular do plano ou o beneficiário convocado tenha sido comprovadamente comunicado da necessidade de perícia.

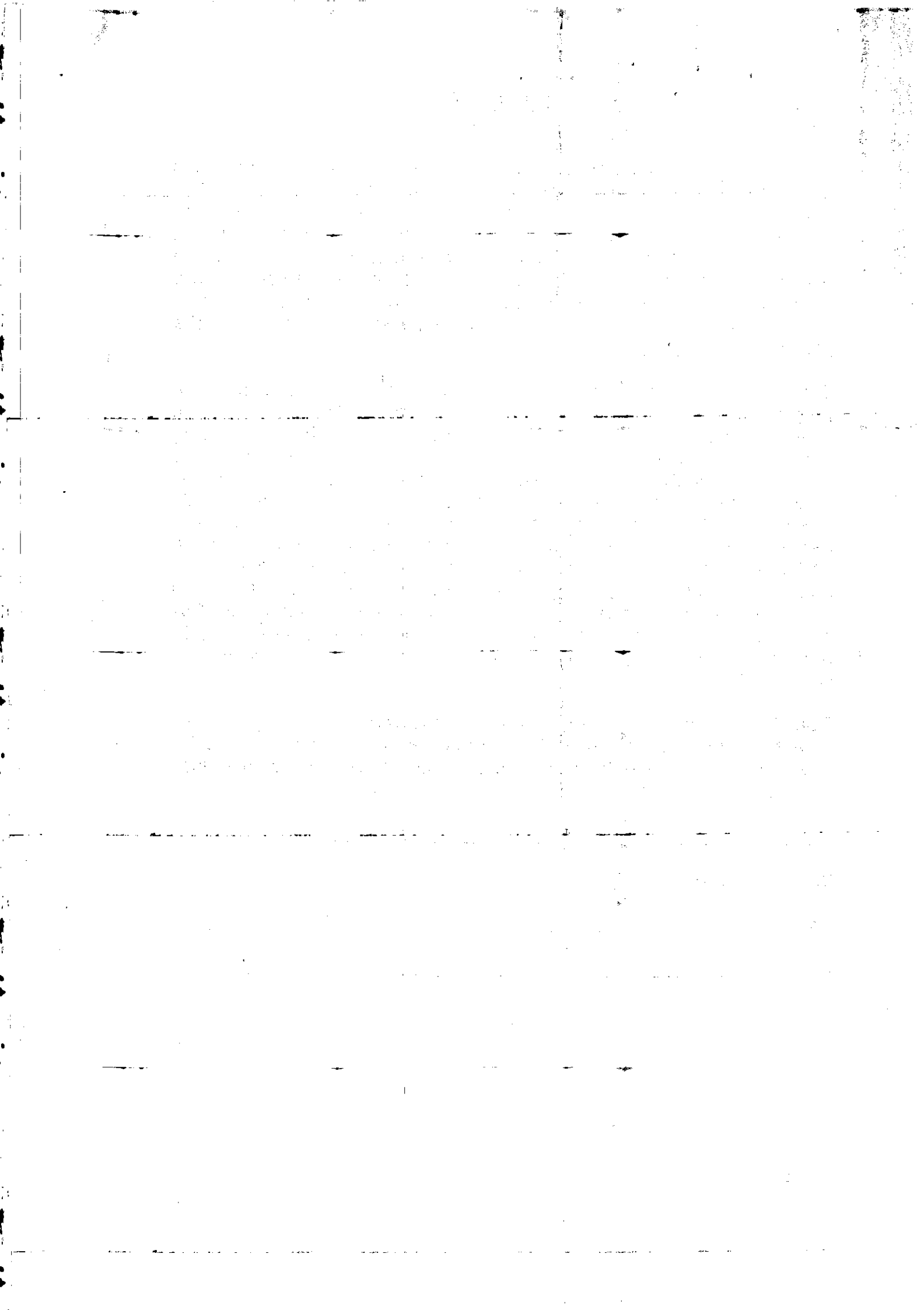
Saliento que este cancelamento se dá sob minha solicitação, para garantir a imediata contratação do meu plano, sem necessidade de aguardar perícia pré-admissional, com o intuito de garantir o acesso mais rápido ao plano.

MARILDA, 25 de JANEIRO de 2012.

CONTRATANTE:

Nome completo: _____

Assinatura: Antonio Jacinto Pereira Alves



Termo de Contratação

Individual/ Familiar

Nº DA PROPOSTA

062358

Titular	ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES			Responsável com Direito	X	SIM	NÃO
Nome da mãe	CEZARINA PEREIRA DE SOUZA						
Data de Nascimento	23/10/76	CPF	10461795391	RG	98002282438		
Endereço	RUA JAIME PAULINO API 204 Nº 451 Bloco V						
Bairro	ALTO DA MANGUEIRA	Cidade	MARACANAIS	UF	CE		
E-mail							
Produtos	X	Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$	12,25	
		Premium Mais - 2741		463011104			

Dependente 1	JESSICA NAYANE FREITAS MARTINS						
Nome da mãe	LUCIA FREITAS DE ASSIS						
Data de Nascimento	14/7/91	CPF	041762893-50	RG			
Produtos	X	Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$	12,25	
		Premium Mais - 2741		463011104			

Dependente 2							
Nome da mãe							
Data de Nascimento		CPF		RG			
Produtos		Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$		
		Premium Mais - 2741		463011104			

Dependente 3							
Nome da mãe							
Data de Nascimento		CPF		RG			
Produtos		Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$		
		Premium Mais - 2741		463011104			

Dependente 4							
Nome da mãe							
Data de Nascimento		CPF		RG			
Produtos		Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$		
		Premium Mais - 2741		463011104			

Dependente 5							
Nome da mãe							
Data de Nascimento		CPF		RG			
Produtos		Executivo Mais - 2721	ANS nº	463009102	Valor R\$		
		Premium Mais - 2741		463011104			

Valor Total R\$	24,51	Data de Vencimento da Fatura	05	10	15	20	25	30	Data de Início do Contrato	25/1/12
Cobrança conjunta com plano de saúde através da Proposta nº 2038006										

Observações:

Em decorrência de acordo contratual, o HAPVIDA disponibiliza para atendimento toda a rede credenciada MaisOdonto.com

www.maisodonto.com



Recebemos do proponente titular acima a importância de R\$ 24,51, relativo ao valor da 1ª mensalidade deste termo de contratação. As demais mensalidades serão pagas conforme meio de pagamento acima citado.

Declaro, para os devidos fins de direito e prova, que li e estou de posse dos contratos registrados na Agência Nacional de Saúde, sob códigos acima citados dos produtos odontológicos, e que concordo com as condições contratuais aqui pactuadas.

MARACANAIS 25 de JAN. de 12
 Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Contratada: Hapvida Assistência Médica LTDA.
 Assinatura do Representante Autorizado.

Vendedor: ALVARO AZEVEDO Código: 280148

Representante: SL 91 Código: 307

1ª Via - Hapvida / 2ª Via - Representante / 3ª Via - Cliente

708200 2/8



TABELA DE VENDAS - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL
FORTALEZA - CE
Vigência: 01.12.2011

SEGMENTAÇÃO	NOSSE PLANO				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA				REFERENCIA
	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA		
ACOMODACAO	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	
ASSISTENCIA									
REGISTRO ANS									
COD INTERNO	R\$ 48,65	R\$ 50,67	R\$ 60,09	R\$ 62,58	R\$ 79,46	R\$ 82,77	R\$ 64,99	R\$ 67,59	R\$ 89,52
	R\$ 84,36	R\$ 87,04	R\$ 78,48	R\$ 82,79	R\$ 105,12	R\$ 109,50	R\$ 85,64	R\$ 89,41	R\$ 118,43
	R\$ 73,49	R\$ 76,55	R\$ 90,76	R\$ 94,54	R\$ 120,04	R\$ 125,04	R\$ 98,03	R\$ 102,11	R\$ 135,23
	R\$ 92,07	R\$ 95,46	R\$ 101,37	R\$ 105,59	R\$ 134,07	R\$ 138,65	R\$ 108,47	R\$ 114,03	R\$ 151,04
	R\$ 86,45	R\$ 90,05	R\$ 106,79	R\$ 111,23	R\$ 141,26	R\$ 147,13	R\$ 115,33	R\$ 120,13	R\$ 159,12
	R\$ 97,18	R\$ 101,20	R\$ 120,03	R\$ 125,03	R\$ 158,75	R\$ 165,36	R\$ 129,62	R\$ 135,02	R\$ 170,84
	R\$ 119,55	R\$ 124,53	R\$ 147,70	R\$ 153,85	R\$ 195,33	R\$ 203,46	R\$ 159,49	R\$ 166,13	R\$ 220,09
	R\$ 291,71	R\$ 303,86	R\$ 360,36	R\$ 375,39	R\$ 476,91	R\$ 496,46	R\$ 389,16	R\$ 405,37	R\$ 515,48
	R\$ 281,71	R\$ 303,86	R\$ 360,36	R\$ 375,39	R\$ 476,91	R\$ 496,46	R\$ 389,16	R\$ 405,37	R\$ 515,46
	R\$ 281,71	R\$ 303,86	R\$ 360,36	R\$ 375,39	R\$ 476,91	R\$ 496,46	R\$ 389,16	R\$ 405,37	R\$ 515,46

RESUMO AUMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"

1. No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.
 2. O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2" do respectivo produto.
 3. Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.
 4. Atende! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 434.06201-1).
- Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância no campo abaixo indicado:
- () Cliente dos termos da Promoção "Saúde Integral", manifesto interesse em iniciar adesão.

25 de JAN de 2012
FORTALEZA - CE
Assinatura do Contratante ou Representante Legal
Assinatura do Representante Comercial Autorizado

SEGMENTAÇÃO	MIT X				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA			
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA	
ACOMODACAO	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *
REGISTRO ANS								
COD INTERNO	R\$ 115,93	R\$ 120,78	R\$ 154,87	R\$ 161,32	R\$ 125,00	R\$ 130,83	R\$ 167,82	R\$ 174,81
COD EXTERNO	R\$ 155,82	R\$ 162,31	R\$ 206,17	R\$ 216,34	R\$ 168,64	R\$ 175,87	R\$ 198,77	R\$ 204,98
COD INTERNO	R\$ 180,75	R\$ 186,28	R\$ 241,77	R\$ 251,53	R\$ 185,85	R\$ 193,01	R\$ 219,69	R\$ 227,59
COD EXTERNO	R\$ 185,44	R\$ 193,16	R\$ 247,75	R\$ 258,07	R\$ 200,94	R\$ 209,31	R\$ 238,48	R\$ 248,90
COD INTERNO	R\$ 220,59	R\$ 228,78	R\$ 284,60	R\$ 300,98	R\$ 239,00	R\$ 248,95	R\$ 319,35	R\$ 332,65
COD EXTERNO	R\$ 268,78	R\$ 298,70	R\$ 383,09	R\$ 399,05	R\$ 310,70	R\$ 323,64	R\$ 415,15	R\$ 432,44
COD INTERNO	R\$ 695,37	R\$ 724,34	R\$ 929,00	R\$ 967,70	R\$ 753,45	R\$ 784,84	R\$ 1,006,75	R\$ 1,048,89
COD EXTERNO	R\$ 695,37	R\$ 724,34	R\$ 929,00	R\$ 967,70	R\$ 753,45	R\$ 784,84	R\$ 1,006,75	R\$ 1,048,89

SEGMENTAÇÃO	PLENO				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA			
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA	
ACOMODACAO	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *	Medica *
REGISTRO ANS								
COD INTERNO	R\$ 124,05	R\$ 129,21	R\$ 161,39	R\$ 174,39	R\$ 134,82	R\$ 140,43	R\$ 161,93	R\$ 169,51
COD EXTERNO	R\$ 152,01	R\$ 158,34	R\$ 205,13	R\$ 215,97	R\$ 165,21	R\$ 172,09	R\$ 222,94	R\$ 232,22
COD INTERNO	R\$ 174,35	R\$ 181,61	R\$ 235,28	R\$ 245,08	R\$ 189,48	R\$ 197,37	R\$ 255,70	R\$ 265,35
COD EXTERNO	R\$ 188,92	R\$ 205,12	R\$ 272,63	R\$ 278,90	R\$ 214,00	R\$ 222,91	R\$ 280,60	R\$ 300,35
COD INTERNO	R\$ 202,03	R\$ 210,44	R\$ 272,63	R\$ 283,98	R\$ 219,55	R\$ 228,69	R\$ 298,30	R\$ 308,54
COD EXTERNO	R\$ 233,33	R\$ 243,05	R\$ 314,87	R\$ 327,88	R\$ 232,56	R\$ 241,12	R\$ 342,22	R\$ 356,47
COD INTERNO	R\$ 305,89	R\$ 318,39	R\$ 412,47	R\$ 429,65	R\$ 335,15	R\$ 345,98	R\$ 446,30	R\$ 466,97
COD EXTERNO	R\$ 743,97	R\$ 774,98	R\$ 1,003,94	R\$ 1,045,77	R\$ 808,44	R\$ 842,12	R\$ 1,091,15	R\$ 1,136,81
COD INTERNO	R\$ 743,97	R\$ 774,98	R\$ 1,003,94	R\$ 1,045,77	R\$ 808,44	R\$ 842,12	R\$ 1,091,15	R\$ 1,136,81

PLANO	REGISTRO	COD INTERNO	VALOR PROMIO	VALOR
			R\$ 2,00	R\$ 12,00
			R\$ 12,00	R\$ 25,00

PLANO	NOSSO PLANO	MIX	PLENO
	R\$ 3,50	R\$ 15,00	R\$ 15,00
	R\$ 3,50	R\$ 4,50	R\$ 4,50

Notas:

Assistência Médica: Plano de assistência médica com desconto de 4% no valor da mensalidade, em caso de adesão de instrumento próprio, em tempo de adesão de instrumento próprio.

Assistência Médica: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Código Interno: Código que identifica a contratação do plano de assistência odontológica "Exclusivo Mito".

Código Externo: Código que identifica a contratação do plano de assistência odontológica "Exclusivo Mito".

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em tempo de adesão de instrumento próprio.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 5% (cinco por cento) no valor de sua mensalidade.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 03 (três) vidas, poderão sofrer desconto de até 10% (dez por cento) no valor de sua mensalidade.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 04 (quatro) vidas, poderão sofrer desconto de até 15% (quinze por cento) no valor de sua mensalidade.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 05 (cinco) vidas, poderão sofrer desconto de até 20% (vinte por cento) no valor de sua mensalidade.
- No caso de não adesão ao plano de assistência odontológica, o plano de assistência médica sofrerá reajuste de acordo com o índice de inflação de preços de consumo.

SEGMENTAÇÃO ACOMODADAÇÃO	NOSSO PLANO				REFERÊNCIA
	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
REGISTRO ANS	32,31%	32,30%	32,30%	32,31%	20,91%
REGISTRO ANS	14,20%	14,20%	14,21%	14,19%	13,82%
REGISTRO ANS	11,69%	11,69%	11,69%	11,69%	12,29%
REGISTRO ANS	5,35%	5,35%	5,35%	5,35%	5,50%
REGISTRO ANS	12,40%	12,40%	12,40%	12,40%	14,79%
REGISTRO ANS	23,05%	23,05%	23,05%	23,05%	32,00%
REGISTRO ANS	144,01%	144,00%	144,00%	144,01%	135,04%
REGISTRO ANS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
REGISTRO ANS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

SEGMENTAÇÃO ACOMODADAÇÃO	MIX				REFERÊNCIA
	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
REGISTRO ANS	17,25%	17,25%	17,25%	17,25%	17,25%
REGISTRO ANS	14,65%	14,65%	14,65%	14,65%	16,00%
REGISTRO ANS	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%
REGISTRO ANS	18,95%	18,95%	18,95%	18,95%	18,95%
REGISTRO ANS	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
REGISTRO ANS	142,50%	142,50%	142,50%	142,50%	142,50%
REGISTRO ANS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
REGISTRO ANS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

SEGMENTAÇÃO ACOMODADAÇÃO	PLENO				REFERÊNCIA
	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
REGISTRO ANS	22,54%	22,54%	22,54%	22,54%	22,54%
REGISTRO ANS	14,70%	14,69%	14,69%	14,69%	14,69%
REGISTRO ANS	12,85%	12,85%	12,85%	12,85%	12,85%
REGISTRO ANS	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%
REGISTRO ANS	15,50%	15,50%	15,50%	15,50%	15,50%
REGISTRO ANS	31,00%	31,00%	31,00%	31,00%	31,00%
REGISTRO ANS	143,40%	143,40%	143,40%	143,40%	143,40%
REGISTRO ANS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
REGISTRO ANS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Fortaleza, 25 de Jan de 2012

X. Antonio Junior
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

PESQUISA QUALITATIVA DE BENEFICIÁRIOS

Nº DA PROPOSTA DE ADESÃO _____

TITULAR: Antonio Inácio Pereira Mendes

Nº de pessoas na família: _____

Nº de pessoas com plano: _____ Que Plano possui: _____

Nº pessoas neste contrato: 2

Altura(m) 1,90 Peso(kg) 90

Já foi internado? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Por que? _____

Já realizou cirurgia? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

DEPENDENTES:

NOME: Jessica Nayane Freitas Martins

Altura(m): 1,67 Peso(Kg): 66

Já foi internado? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Por que? _____

Já realizou cirurgia? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? SIM () NÃO (☒) Se "SIM" Qual (is)? _____

NOME: _____

Altura(m): _____ Peso(Kg): _____

Já foi internado? SIM () NÃO () Se "SIM" Por que? _____

Já realizou cirurgia? SIM () NÃO () Se "SIM" Qual (is)? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? SIM () NÃO () Se "SIM" Qual (is)? _____



ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES

R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V

CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE

AR - AVISO DE RECEBIMENTO

VENCIMENTO: 30/10/2025

H.FI.BI.CO.4664678_COP_V30.

8

10_ACOMP.TXT



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
30/10/2025 a 30/11/2025

PAGAR ESTA FATURA
ATE 30/10/2025

ANS - n.º 36825.3

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro

CEP: 60140-061 Fortaleza - CE

Fone (85) 3255-9090 - FAX (85) 3255-9099

Fatura para Pagamento

MENSAGENS IMPORTANTES

Acessando o site da HAPVIDA (<http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/webNewSubstituicaoRede.login>) ou buscando contato junto ao Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC (0800-280-9130), V. S^a, poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA
NOTÍCIA IMPORTANTE: CARO CLIENTE, INFORMAMOS QUE NO PROXIMO VENCIMENTO O CONTRATO 30100235538
SOFRERÁ REAJUSTE DE 144 %, EM RAZÃO DE SUA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.
ESTA MUDANÇA OCORRE NA COMPETÊNCIA SEGUINTE AO MÊS DO SEU ANIVERSÁRIO.
O REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA ESTÁ PREVISTO NA LEI 9656/98 E DEMAIS REGULAMENTOS DA ANS.

Discriminação da Fatura

Mensalidade Plano	(-) Descontos	(+) Valor Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator	(+) Outros	(=) Total da Fatura
694,37	0,00	58,72	0,00	0,00	0,00	753,09

CARTEIRA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MÊS ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL (%)	OBSERVAÇÃO
30100.235538 000	MÉDICA	ANTONIO INACIO PEREIRA	NOSSO PLANO IV - 700372992	JANEIRO	R\$ 389,88		
00700.405287 007	ODONTOLÓGICA	ANTONIO INACIO PEREIRA	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		
30100.235538 01/8	MÉDICA	JESSICA NAYANE FREITAS	NOSSO PLANO X - 458990084	JANEIRO	R\$ 304,49		
00700.405287 01/5	ODONTOLÓGICA	JESSICA NAYANE FREITAS	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		

Número do Documento	30100.235538 10/2025	Agência/Código Cedente	2136 / 8216967
Nosso Número	1010595116607	Data Documento	24/09/2025

Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado

Santander | 033-7 | 03399.82167 96710.105956 11660.701019 2 12500000075309

Local de Pagamento				Vencimento	
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER				30/10/2025	
Cedente				Agência/Código Cedente	
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA				2136 / 8216967	
Data do Documento		Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
24/09/2025		30100.235538 10/2025	REC	N	
Nome do Banco		Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANÇA SIMPLES RCR		REAL			
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(-) Desconto/Abatimento
PAGAR O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS DO SITE www.hapvida.com.br/site/boletos OU ENTRAR EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130.					(-) Outras Deduções
JEITOS A JUROS DE R\$: 0,25					(+) Mora/Multa
POR DIA DE ATRASO, ALÉM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO.					(+) Outros Acréscimos
EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR					(=) Valor Cobrado
Sacado			CPF: 707.617.953-91		30100.235538 10/2025
ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE			Quem tem o melhor plano de saúde tem mais		
Sacador/Avalista			HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - 63.554.067/0001-98		

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES

R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V

CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE

AR - AVISO DE RECEBIMENTO

VENCIMENTO: 30/11/2025

H.FI.BI.CO.4792428_COP_V30.

11_ACOMP.TXT

8



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE

30/11/2025 a 30/12/2025

PAGAR ESTA FATURA
ATÉ 30/11/2025

ANS - n.º 36825.3

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro

CEP: 60140-061 Fortaleza - CE

Fone (85) 3255-9090 - FAX (85) 3255-9099

Fatura para Pagamento

MENSAGENS IMPORTANTES

Acessando o site da HAPVIDA (<http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/webNewSubstituicaoRede.login>) ou buscando contato junto ao Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC (0800-280-9130), V. Sª, poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

NOTÍCIA IMPORTANTE: CARO CLIENTE, INFORMAMOS QUE NESTE VENCIMENTO O CONTRATO 30100235538 SOFREU REAJUSTE DE 144 %, EM RAZÃO DE SUA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ESTA MUDANÇA OCORRE NA COMPETÊNCIA CORRESPONDENTE AO MÊS SEGUINTE DO SEU ANIVERSÁRIO. O REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA ESTÁ PREVISTO NA LEI 9656/98 E DEMAIS REGULAMENTOS DA ANS.

Discriminação da Fatura

Mensalidade Plano	(-) Descontos	(+) Valor Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator	(+) Outros	(=) Total da Fatura
1.255,80	0,00	58,72	0,00	0,00	0,00	1.314,52

CARTEIRA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MÊS ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL (%)	OBSERVAÇÃO
30100.235538 00/0	MÉDICA	ANTONIO INACIO PEREIRA	NOSSO PLANO IV - 700372992	JANEIRO	R\$ 951,31		
00700.405287 00/7	ODONTOLÓGICA	ANTONIO INACIO PEREIRA	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		
30100.235538 01/8	MÉDICA	JESSICA NAYANE FREITAS	NOSSO PLANO X - 458990084	JANEIRO	R\$ 304,49		
00700.405287 01/5	ODONTOLÓGICA	JESSICA NAYANE FREITAS	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		

Número do Documento	30100.235538 11/2025	Agência/Código Cedente	2136 / 8216967
Nosso Número	1010606965257	Data Documento	27/10/2025

Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado

Santander | 033-7 | 03399.82167 96710.106061 96525.701015 4 12810000131452

Local de Pagamento					Vencimento	
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					30/11/2025	
Cedente					Agência/Código Cedente	
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA					2136 / 8216967	
Data do Documento		Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
27/10/2025		30100.235538 11/2025	REC	N		1010606965257
Isso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	COBRANÇA SIMPLES RCR	REAL			1.314,52	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)						(-) Desconto/Abatimento
APÓS O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS						(-) Outras Deduções
PELO SITE www.hapvida.com.br/site/boletos OU ENTRAR EM CONTATO						(+) Mora/Multa
COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130.						(+) Outros Acréscimos
SUJEITOS A JUROS DE R\$: ,44						(=) Valor Cobrado
POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO.						
EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR						
Sacado					CPF: 707.617.953-91	30100.235538 11/2025
ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES						
R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V						
CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE						
Sacador/Avalista					Quem tem o melhor plano de saúde tem mais	
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - 63.554.067/0001-98						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



MENSAGENS IMPORTANTES

Acessando o site da HAPVIDA (<http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/webNewSubstituicaoRede.login>) ou buscando contato junto ao Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC (0800-280-9130), V. Sª, poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

Na data de emissão do boleto, 24/11/2025, seu contrato possui 00017 dias de atraso cumulativo. Conforme Art. 13, Parágrafo Único, II, da Lei 9.656/98, seu contrato será cancelado se atingir 60 dias de atrasos, consecutivos ou não, cumulativamente nos últimos 12 meses. Ligue para o SAC 08002809130 e saiba como pagar as faturas em atraso. Não deixe seu plano ser cancelado.

Discriminação da Fatura

Mensalidade Plano	(-) Descontos	(+) Valor Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator	(+) Outros	(=) Total da Fatura
1.255,80	0,00	58,72	0,00	0,00	0,00	1.314,52

CARTEIRA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MÊS ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL	OBSERVAÇÃO
30100.235538 00/0	MÉDICA	ANTONIO INACIO PEREIRA ME	NOSSO PLANO IV - 700372992	JANEIRO	R\$ 951,31		
00700.405287 00/7	ODONTOLÓGICA	ANTONIO INACIO PEREIRA ME	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		
30100.235538 01/8	MÉDICA	JESSICA NAYANE FREITAS MA	NOSSO PLANO X - 458590084	JANEIRO	R\$ 304,49		
00700.405287 01/5	ODONTOLÓGICA	JESSICA NAYANE FREITAS MA	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		

Número do Documento	Agência/Código Beneficiário	Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado
30100.235538 12/2025	2136 / 8216967	
Nosso Número	Data Documento	
1010617983880	24/11/2025	



Santander

033-7

03399.82167 96710.106178 98388.001012 6 13110000131452

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER						Vencimento 30/12/2025
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA						Agência/Código Beneficiário 2136 / 8216967
Data do Documento 24/11/2025	Número do Documento 30100.235538 12/2025	Espécie Doc. REC	Aceite N	Data do Processamento	Nosso Número 1010617983880	
Uso do Banco Carteira	COBRANÇA SIMPLES RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.314,52	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)						(-) Desconto/Abatimento
APÓS O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS DO SITE www.hapvida.com.br/site/boletos OU ENTRAR EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130.						(-) Outras Deduções
SUJEITOS A JUROS DE R\$: ,44						(+) Mora/Multa
POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO.						(+) Outros Acréscimos
EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR						(=) Valor Cobrado
Sacado	ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE				CPF: 707.617.953-91	30100.235538 12/2025
Sacador/Avalista	HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - 63.554.067/0001-98					

Quem tem o melhor plano de saúde tem mais

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



MENSAGENS IMPORTANTES

Reajuste Assistência médica:

Informamos que em 01/2026 o reajuste anual de seu contrato foi de 6,06%, índice estabelecido pela agência nacional de saúde suplementar (ANS). Por meio do Ofício 215/2025/GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS. O próximo reajuste anual ocorrerá em 01/2027.

Acessando o site da HAPVIDA (<http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/webNewSubstituicaoRede.login>) ou buscando contato junto ao Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC (0800-280-9130), V. Sª poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

Na data de emissão do boleto, 19/12/2025, seu contrato possui 00017 dias de atraso cumulativo. Conforme Art. 13, Parágrafo Único, II, da Lei 9.656/98, seu contrato será cancelado se atingir 60 dias de atrasos, consecutivos ou não, cumulativamente nos últimos 12 meses. Ligue para o SAC 08002809130 e saiba como pagar as faturas em atraso. Não deixe seu plano ser cancelado.

Discriminação da Fatura

Mensalidade Plano	(-) Descontos	(+) Valor Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator	(+) Outros	(=) Total da Fatura
1.331,90	0,00	58,72	0,00	0,00	0,00	1.390,62

CARTEIRA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MÊS ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL	OBSERVAÇÃO
30100.235538 000	MÉDICA	ANTONIO INACIO PEREIRA ME	NOSSO PLANO IV - 700372992	JANEIRO	R\$ 1.006,96	6,06%	
00700.405287 007	ODONTOLÓGICA	ANTONIO INACIO PEREIRA ME	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		
30100.235538 01/8	MÉDICA	JESSICA NAYANE FREITAS MA	NOSSO PLANO X - 458990084	JANEIRO	R\$ 322,94	6,06%	
00700.405287 01/5	ODONTOLÓGICA	JESSICA NAYANE FREITAS MA	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		

Número do Documento	Agência/Código Beneficiário	Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado
30100.235538 01/2026	2136 / 8216967	
Nosso Número	Data Documento	
1010629414222	19/12/2025	



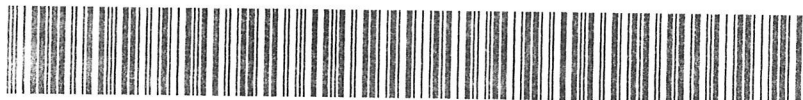
Santander

033-7

03399.82167 96710.106293 41422.201016 3 13420000139062

Local de Pagamento						Vencimento	
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER						30/01/2026	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF						Agência/Código Beneficiário	
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA						2136 / 8216967	
Data do Documento		Número do Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
19/12/2025		30100.235538 01/2026		REC	N		1010629414222
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento		
	COBRANÇA SIMPLES RCR	REAL			1.390,62		
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)							
APÓS O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS DO SITE www.hapvida.com.br/site/boletos OU ENTRAR EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130.							
SUJEITOS A JUROS DE R\$: ,46							
POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO.							
EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR							
(-) Desconto/Abatimento							
(-) Outras Deduções							
(+) Mora/Multa							
(+) Outros Acréscimos							
(-) Valor Cobrado							
Sacado		ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES			CPF: 707.617.953-91		
		R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V			30100.235538 01/2026		
		CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE					
Sacador/Avalista		HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - 63.554.067/0001-98			Quem tem o melhor plano de saúde tem mais		

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





Hapvida



Boa tarde! 15:13

Olá, sr(a) ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES, Tudo bem?

Para a HAPVIDA, é muito importante ouvir o que você tem a nos dizer. Queremos atender de forma rápida as suas dúvidas, críticas, reclamações e sugestões.

Estamos tentando contato para esclarecer sua solicitação registrada no protocolo: 368 25320251110994343, Registro: [1430512768](#)

15:14



07130567888

Spam • 12:47



08530333200

Spam • 09:58



Ontem



081996071924

Spam • Ter., 14:41



085997593508

Spam • Ter., 11:02



Mais antigas



Mariana(Mari) amiga da Valeria (2)

✓ Celular • Seg., 19:26



085991073623

Spam • Seg., 16:30



08534662700



Não sei se foi de algum desses numeros que ligaram pra mim. Meu Celular bloqueia essas constantes ligações todos os dias.



Mensagem





15:18 ✓✓

Informamos que o contrato **30100235538** sofreu reajuste de **144 %**, em razão de sua mudança de faixa etária. Esta mudança ocorre na competência seguinte ao mês do seu aniversário. O reajuste por mudança de faixa etária está previsto na Lei 9656/98 e demais regulamentos da ANS.

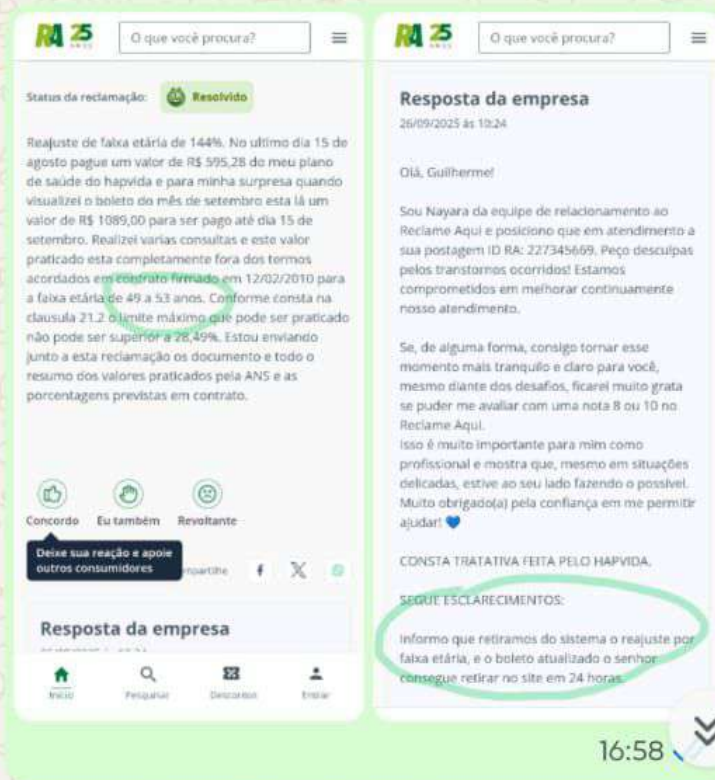
16:22

Em lugar nenhum do Mundo, um aumento abusivo como este, é legal. Onde já se viu isso, de 389,88 aumentar de um mês para o outro para 951,31?

16:56 ✓✓

E vi no Reclame Aqui, que vocês corrigiram de um cliente. Como funciona essa seletividade da empresa, que resolvi de alguns clientes e outros não? Segui os prints...

16:58 ✓✓



16:58 ✓✓

Mensagem





ANTONIO INACIO PEREIRA
MENDES.pdf

17 páginas · 1,1 MB · PDF

A cobrança é conforme
estabelecido em contrato, segue
em anexo.

17:58

No contrato, não há informação que o
Hapvida pode aplicar um aumento abusivo
de 144%.

18:21 ✓✓

Vou encerrar minha conversa por aqui. Já
vi que o Hapvida, digo Hapvida, porque
você representa a entidade, não irá tirar
esse aumento abusivo só tratando por
whatsapp. Levarei a justiça, afim de coibir
esse aumento abusivo do Hapvida.

18:26 ✓✓

Essa informação consta nas ultimas
paginas, onde mostra o reajuste por faixa
etária.

18:23

Mensagem

