

Operadora/Prestador de Serviço

Operadora: Hapvida Assistencia Medica Ltda.
CNPJ: 63.554.067/0001-98

Fonte Pagadora

Nome: Joice Alves Rodrigues De Freitas
CPF: 614.718.363-04

Resumo de Pagamentos

Beneficiário	CPF	Relação	Valor total (R\$)
Joice Alves Rodrigues De Freitas	614.718.363-04	Titular	5.140,28
Maria Julia Rodrigues De Freitas	null	Dependente	1.966,21
Total de Pagamentos (R\$)			7.106,49

Atenção: Em caso de juros e multas, os valores são adicionados ao valor total do titular.

Detalhamento de Pagamentos por Beneficiário

Joice Alves Rodrigues De Freitas

Documento	Data Venc.	Data Pgto.	Valor Nominal	Juros/Desc.	Valor Pago
1988843018	10/01/2025	06/01/2025	417,84	0,00	417,84
2012332636	10/02/2025	10/02/2025	417,84	0,00	417,84
3010144490	10/03/2025	10/03/2025	417,84	0,00	417,84
3033522881	10/04/2025	07/04/2025	417,84	0,00	417,84
3054877654	10/05/2025	08/05/2025	417,84	0,00	417,84
3077713763	10/06/2025	06/06/2025	417,84	0,00	417,84
3099648883	10/07/2025	04/07/2025	417,84	0,00	417,84
3123254459	10/08/2025	11/08/2025	443,08	0,00	443,08
3144567405	10/09/2025	10/09/2025	443,08	0,00	443,08
3167261167	10/10/2025	06/10/2025	443,08	0,00	443,08
3188920216	10/11/2025	05/11/2025	443,08	0,00	443,08
3211014618	10/12/2025	08/12/2025	443,08	0,00	443,08

Maria Julia Rodrigues De Freitas

Documento	Data Venc.	Data Pgto.	Valor Nominal	Juros/Desc.	Valor Pago
1988843018	10/01/2025	06/01/2025	159,84	0,00	159,84

Detalhamento de Pagamentos por Beneficiário

2012332636	10/02/2025	10/02/2025	159,84	0,00	159,84
3010144490	10/03/2025	10/03/2025	159,84	0,00	159,84
3033522881	10/04/2025	07/04/2025	159,84	0,00	159,84
3054877654	10/05/2025	08/05/2025	159,84	0,00	159,84
3077713763	10/06/2025	06/06/2025	159,84	0,00	159,84
3099648883	10/07/2025	04/07/2025	159,84	0,00	159,84
3123254459	10/08/2025	11/08/2025	169,46	0,00	169,46
3144567405	10/09/2025	10/09/2025	169,46	0,00	169,46
3167261167	10/10/2025	06/10/2025	169,46	0,00	169,46
3188920216	10/11/2025	05/11/2025	169,46	0,00	169,46
3211014618	10/12/2025	08/12/2025	169,46	0,00	169,46



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
10/10/2026 à 10/11/2026

PAGAR ESTA FATURA
ATÉ 10/10/2026

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA.
Matriz: Rua Heraclito Graca, 406, CENTRO
CEP.: 60.140-061 - Fortaleza - Ceara Fone:
(085) 3255.9090 - FAX: (085) 3255.9045

ANS - No. 36.825-3

REAJUSTE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Notícia importante: Caro cliente,informamos que neste vencimento o contrato 30100154223 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.

Acessando o site da Hapvida (<http://www.hapvida.com.br>) ou buscando contato junto ao serviço de atendimento ao consumidor SAC (0800-280-9130), V. Sa. pode obter informacoes sobre as substituiçoes ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saude).

NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETO, 07/09/2026, SEU CONTRATO POSSUI 0 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 0800 280 9130 E SAIBA COMO PAGAR AS FATURAS EM ATRASO. NÃO DEIXE SEU PLANO SER CANCELADO.

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA						
Mensalidade Plano Saúde	(-) Descontos	(+) Valor de Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator Moderador	(+) Outros	(=) Total da Fatura
1,296.96	0.00	9.77	0.00	0.00	0.00	1,306.73

Corte aqui

Carteira	Tipo de Assistência	Beneficiários	Nome Plano / Serviço	Mês Aniversário	Valor	Reajuste Anual	Observação
00700.327592.00-9	Odontológica	Joice A R Freitas	MAIS ODONTO URGENTE - 46300610	AGO	R\$ 5.16		
30100.154223.00-2	Médica	Joice A R Freitas	NOSSO PLANO X	AGO	R\$ 1,123.54		
00700.327592.01-7	Odontológica	Maria J R Freitas	MAIS ODONTO URGENTE - 46300610	AGO	R\$ 4.61		
30100.154223.01-0	Médica	Maria J R Freitas	NOSSO PLANO IV	AGO	R\$ 173.42		

Nome: JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS Código: 30100.154223

N. Documento: 30100154223 10/2026 Dt Doc.: 07/09/2026

Agn/Cod.Ben: 2136 /8216967

N.Num.: 1010727321148

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

Corte aqui



033-7

03399.82167 96710.107275 32114.801015 4 15950000130673

Local de Pagamento					Vencimento	
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO					10/10/2026	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência / Código do Beneficiário	
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					2136 /8216967	
Data do documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso Número	
07/09/2026	30100154223 10/2026	REC	N	07/09/2026	1010727321148	
Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor		(=) Valor do Documento	
COBRANÇA SIMPLES RCR	REC				1,306.73	
Instruções de responsabilidade do beneficiário O ATRASO NO PAGAMENTO DA SUA MENSALIDADE PODE LEVAR A SUSPENSÃO E/OU CANCELAMENTO DO SEU PLANO. PAGAMENTOS EFETUADOS APOS O VENCIMENTO ESTARÃO SUJEITOS A JUROS DE R\$: 0.44 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	
					(+) Mora	
					(-) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ						
JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS - 614.718.363-04						
R TOCANTINS 565 - JARDIM BANDEIRANTE (PROX AO MERCANTIL DO MARCIO)						
61934060 - MARACANAU / CE						
Sacador / Avalista : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA - CNPJ: 63.554.067/ 0001-98						

FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA



Recomendamos a impressão desse Comprovante.
Para tanto, utilize a opção de impressão de seu browser.



Comprovante de Pagamento
Boleto de Cobrança
Data: 02/10/2026

Nome do Banco Destinatário: BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Número de Identificação: 03399.82167 96710.106921 26525.501016 5 15030000061254
Razão Social Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
Nome Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
CPF/CNPJ Beneficiário: 063.554.067/0001-98
Razão Social Beneficiário Final:
CNPJ/CPF Beneficiário Final:
Instituição Receptora: 237
Nome Pagador: JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
CPF/CNPJ Pagador: 614.718.363-04
Data de Vencimento: 10/07/2026
Valor: 612,54
Desconto: 0,00
Abatimento: 0,00
Bonificação: 0,00
Data do Pagamento: 07/07/2026
Descrição do Pagamento: HAPVIDA JOICE E JULINHA
Debitado da: Conta Fácil

Multa:	0,00
Juros:	0,00
Valor do Pagamento:	612,54
Hora:	20:10:02

A transação acima foi realizada através do(a) BRADESCO CELULAR, dentro das condições especificadas.

O lançamento consta no extrato do(a) cliente JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS, CPF 614.718.363-04 , Agência 2999 - Conta 23420-6 , da data de pagamento, sob o número de protocolo 0000611.

Banco Bradesco S.A.
<http://www.bradesco.com.br>

AUTENTICAÇÃO

A9XZUAu2 BiQK3dw5 pKcf8gSH miMvZoSu Q3mvgYDd qPUYakn* 5clczcyy lf6a36ZF
puElkxzX veVv?g4n SLZoYq@g g#Hf3oH7 cyCg4l6J #Bj83Qpi zT5SdNJJ va#BuNsZ
M9C@p?Yx vAKTqKZF gjtS*0qc uX@cJ5IW 9RvKezhc Uq2SKvpZ 17130206 06016030

Pagamento agendado - boleto de cobrança

06/09/2026 - 21h42

Valor: R\$ 643,66

Dados de quem vai receber

Razão social: **HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.**

Beneficiário: **HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.**

CPF/CNPJ: **63.554.067/0001-98**

Instituição: **BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.**

Beneficiário final:

CPF/CNPJ: **000.000.000-00**

Dados da transação

Código de barras: **03399 82167 96710 107150 79456 901010 2 15650000064366**

Data do débito: **08/09/2026**

Data do vencimento: **10/09/2026**

Valor inicial: **R\$ 643,66**

Desconto: **R\$ 0,00**

Abatimento: **R\$ 0,00**

Bonificação: **R\$ 0,00**

Multa: **R\$ 0,00**

Juros: **R\$ 0,00**

Descrição: **Hapvida Joice e Julia**

Protocolo: **0000616**

Dados do pagador registrados no boleto

Nome: **JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS**

CPF/CNPJ: **614.718.363-04**

Dados de quem fez a transação

Nome: **JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS**

Instituição: **237 - Banco Bradesco S.A**

Agência: **2999**

Conta: **23420-6**

Agendamentos podem ser alterados ou cancelados. O comprovante da transação vai estar disponível no dia do débito.

Paciente....: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 1 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:57)

Liberado (01/10/2026 13:30)

ÁCIDO ÚRICO

Valores de Referência

Resultado: 5.3 mg/dL

Mulheres: 2.4 a 5.7 mg/dL

Referência Bibliográfica

- Thefeld W, Hoffmeister H, Busch EW, et al. Normalwerte der Serumharnsäure in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht mit einem neuen enzymatischen Harnsäurefarbtest. Dtsch Med Wschr 197398:380-384.

Material Biológico: Soro

Método.....: Colorimétrico enzimático

Exame realizado pelo laboratório: HAPVIDA ASSISTENCIA. 830712

Hash laudo: E3EBFBDA61DFD368B864F47A287CE97E1BC7BCFCC524B4FF40A89B1B6D53BE



Assinado eletronicamente por: Louise Eliana F. Oliveira
Gomes - CRBM-9100-PE

Evolução do paciente

Data 29/12/2025 10:31
Resultado 6.2

Paciente....: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 2 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:57)

Liberado (01/10/2026 13:30)

CREATININA

Valores de Referência

Creatinina: 0.62 mg/dL

Homens.....: 0.70 a 1.20 mg/dL
Mulheres.....: 0.50 a 0.90 mg/dL

Crianças

Recém-nascidos (prematturos): 0.29 a 1.04 mg/dL
Recém-nascidos (de termo)..: 0.24 a 0.85 mg/dL
2 a 12 meses.....: 0.17 a 0.42 mg/dL
1 a <3 anos.....: 0.24 a 0.41 mg/dL
3 a <5 anos.....: 0.31 a 0.47 mg/dL
5 a <7 anos.....: 0.32 a 0.59 mg/dL
7 a <9 anos.....: 0.40 a 0.60 mg/dL
9 a <11 anos.....: 0.39 a 0.73 mg/dL
13 a <15 anos.....: 0.57 a 0.87 mg/dL
11 a <13 anos.....: 0.53 a 0.79 mg/dL

eGFR.....: 109.1 mL/min/1,73m²Superior a 90 mL/min/1,73m²

Nota:

-Mudança no cálculo da estimativa da Taxa de Filtração Glomerular a partir de 01/06/2026 (vide referência)
-Cálculo da estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (eGFR) pela fórmula CKD-EPI Versão 2021 que retirou do cálculo o critério de afrodescendência.
- Esta equação é válida para pacientes acima de 18 anos. Deve-se ter cautela na interpretação da eGFR em gestantes e em pacientes com alterações importantes da massa muscular ou da produção e secreção da creatinina.

Referência: Delgado, C et al. A Unifying Approach for GFR Estimation: Recommendations of the NKF-ASN Task Force on Reassessing the Inclusion of Race in Diagnosing Kidney Disease. AM J Kidney Dis. 2022 Feb;79(2):268-288.e1.

Material Biológico: Soro

Método.....: Colorimétrico cinético + Cálculo (CKD-EPI)

Exame realizado pelo laboratório: HAPVIDA ASSISTENCIA. 830712

Hash laudo: 6A369929E39616CB7B17F2B6B03CF17EE6996B2111198BF42CAAB55457FDB708



Assinado eletronicamente por: Louise Eliana F. Oliveira
Gomes - CRBM-9100-PE

Evolução do paciente

Data 29/12/2025 10:31

Resultado 0.59

Paciente....: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 3 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:57)

FATOR REUMATÓIDE

Liberado (01/10/2026 13:31)

Valor de Referência

Resultado: 7.8 UI/mL

Inferior a 14 UI/mL

Material Biológico: Soro

Método.....: Imunoturbidimetria

Atenção para alteração de metodologia e valor de referência a partir de 08/11/2020.

Exame realizado pelo laboratório: HAPVIDA ASSISTENCIA. 830712

Hash laudo: 6124F3C3B105AAF8670E014BD2BE818B58DE62783583637B5F9549AF70A934



Assinado eletronicamente por: Louise Eliana F. Oliveira
Gomes - CRBM-9100-PE

Coletado em (30/09/2026 09:57)

URÉIA

Liberado (01/10/2026 13:30)

Valores de Referência

Resultado: 25.6 mg/dL

Adultos: 16.6 a 48.5 mg/dL

Referência Bibliográfica

- Löhr B, El-Samalouti V, Junge W, et al. Reference Range Study for Various Parameters on Roche Clinical Chemistry Analyzers.
Clin Lab 200955:465-471.

Material Biológico: Soro/Plasma

Método.....: Cinético enzimático

Exame realizado pelo laboratório: HAPVIDA ASSISTENCIA. 830712

Hash laudo: 336DF7BEB4B4FC3BAF2CB7EA326A76152563DFAF47B5AC7596CC3B92F8D755



Assinado eletronicamente por: Louise Eliana F. Oliveira
Gomes - CRBM-9100-PE

Paciente...: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 4 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:55)

Liberado (30/09/2026 16:38)

HEMOGRAMA COMPLETO**ERITROGRAMA**

(Serie vermelha)

Eritrócitos...: 5 10^3 /L
Hemoglobina...: 13.6 g/dL
Hematócrito...: 40.1 %
VCM.....: 87.7 fL
HCM.....: 29.8 pg
CHCM.....: 33.9 g/dL
RDW.....: 13.7 %

Valor de Referência

4 - 5 10^3 /L
12 - 15 g/dL
36 - 46 %
83 - 101 fL
27 - 31 pg
31.5 - 34.5 g/dL
11.6 - 14 %

LEUCOGRAMA

(Serie branca)

Leucócitos.....: 8350 /mm³
Células Imaturas: % /mm³
Promielócitos...: 0 % 0.00 /mm³
Mielócitos.....: 0 % 0.00 /mm³
Metamielócitos...: 0 % 0.00 /mm³
Bastonetes.....: 0 % 0.00 /mm³
Segmentados.....: 60 % 5010.00 /mm³
Eosinófilos.....: 2 % 167.00 /mm³
Basófilos.....: 1 % 83.50 /mm³
Linf. Típicos...: 30 % 2505.00 /mm³
Linf. Atípicos...: 0 % 0.00 /mm³
Monócitos.....: 7 % 584.50 /mm³
Plasmócitos.....: 0 % /mm³
Total.....: 100 %

Valor de Referência

4000 - 10000 /mm³
0%
0%
0 à 1% 0 à 95/mm³
0 à 10% 0 à 1000/mm³
48 à 73% 1800 à 7000/mm³
1 à 6% 50 à 600/mm³
0 à 2% 0 à 200/mm³
27 à 42% 1000 à 4000/mm³
0 à 1% 0 à 95/mm³
2 à 12% 80 à 1200/mm³
0%

Caracteres Morfológicos:

Plaquetas.....: 251000 /mm³150000 - 400000 /mm³

Observação.....:

Nota:

-Os valores de referência do Eritrograma, Leucócitos e Plaquetas são correlacionados à idade e/ou sexo do paciente.

Referências Bibliográficas:

- Dacie and Lewis - Practical Haematology. 12th Edition, 2017.

- Palmer L, Briggs C, McFadden S, Zini G, Burthem J, Rozenberg G, Proytcheva M, Machin SJ. Int J Lab Hematol. 2015 Jun;37(3):287-303.

Material Biológico: Sangue total

Método.....: Automatizado

Exame realizado pelo laboratório: HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. 2415631

Hash laudo: 57212C3E7DC5C23320FB1A78609C4A564FC630C1392594987665A9469FCD79F

A análise isolada deste(s) teste(s) não tem valor diagnóstico se não for(em) em conjunto com os dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais do paciente avaliado.

Paciente...: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS**Pedido.....: 67080398****Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H****Solicitante:** HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525**Origem.....:** LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA**Dt.Nasc.....:** 01/09/1977**CPF.....:** 61471836304**Sexo.....:** Feminino**Cadastro:** 30/09/2026**Emissão:** 02/10/2026 10:39

Pág. 5 de 8


Assinado eletronicamente por: Thais Ricciardi Branco de
Almeida - CRBM-CE-14350

Paciente....: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 6 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:57)

VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO

Liberado (01/10/2026 17:59)

Valores de Referência

Resultado: 32 mm/h

Crianças: Até 13 mm/h
Homens...: Até 15 mm/h
Mulheres: Até 19 mm/h

Material Biológico: Sangue Total (EDTA)

Método.....: Hemossedimentação/Westergren

Exame realizado pelo laboratório: HOSPITAL ANA LIMA. 2372207

Hash laudo: FBF1F757FD841B6F0EC1EB8D9FBB387A4E5F847EF3ADAD7B032A6CB801F068



Assinado eletronicamente por: JHONY MOURA LIMA - CRBM-
CE-8940

Coletado em (30/09/2026 09:57)

TIROXINA - T4

Liberado (01/10/2026 13:35)

Valor de Referência

Resultado: 6.22 ug/dL

5.1 - 14.1 ug/dL

Material Biológico: Soro

Método.....: Eletroquimioluminescência

Exame realizado pelo laboratório: HAPVIDA ASSISTENCIA. 830712

Hash laudo: 41CE9E6AF43E2FDB8289104FBE58903A08C80DDD523856B253BBBFF97C205D



Assinado eletronicamente por: Louise Eliana F. Oliveira
Gomes - CRBM-9100-PE

Paciente....: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF.....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 7 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:57)

HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)

Liberado (01/10/2026 13:33)

Valores de Referência

Resultado: 1.99 µIU/mL

0-6 dias.....: 0,70 a 15,2 µIU/mL
De 6 dias a 3 meses...: 0,72 a 11,0 µIU/mL
De 3 meses a 12 meses.: 0,73 a 8,35 µIU/mL
De 1 ano a 6 anos.....: 0,70 a 5,97 µIU/mL
De 6 a 11 anos.....: 0,60 a 4,84 µIU/mL
De 11 a 20 anos.....: 0,51 a 4,30 µIU/mL
Adultos.....: 0.27 a 4.20 µIU/mL

Material Biológico: Soro

Método.....: Eletroquimioluminescência

Exame realizado pelo laboratório: HAPVIDA ASSISTENCIA. 830712

Hash laudo: 59BDD70EACBEAEF8B044982D21F4F59C8EE3EB6F9410A13E125A458AF1A19273



Assinado eletronicamente por: Louise Eliana F. Oliveira
Gomes - CRBM-9100-PE

Evolução do paciente

Data 29/12/2025 10:31
Resultado 1.86

Paciente...: 131684884 - JOICE ALVES RODRIGUES DE FREITAS
Pedido.....: 67080398 Pedido Hapvida: 192056995-144849529-H
Solicitante: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S A CRO-CE-2525
Origem.....: LABORATORIO ELET HOSP ANA LIMA
Dt.Nasc.....: 01/09/1977 CPF....: 61471836304
Sexo.....: Feminino

Cadastro: 30/09/2026
Emissão: 02/10/2026 10:39



Pág. 8 de 8

Coletado em (30/09/2026 09:57)

Liberado (01/10/2026 17:21)

FAN - PESQUISA DE AUTOANTICORPOS ANTICÉLULA

Padrão: Não reagente (AC-0)

Valor de referência

Anticorpos Nucleares:	Não Reagente	Não reagente
Envelope Nuclear:	Não Reagente	Não reagente
Anticorpos Nucleolares:	Não Reagente	Não reagente
Anticorpos Citoplasmáticos:	Não Reagente	Não reagente
Aparelho Mitótico:	Não Reagente	Não reagente
Placa Metafásica Cromossômica:	Não Reagente	Não reagente

Triagem realizada com soro diluído 1/80.

Método...: IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA**Material: SORO**Observação: Para mais informações ou relevância clínica, verificar as páginas www.hep-2.com.br ou www.anapatterns.org

O laudo do exame FAN encontra-se em adequação aos critérios do VII Consenso Brasileiro de FAN Hep-2.

Um FAN positivo, não é necessariamente diagnóstico de patologia, principalmente quando os títulos são baixos.

Algumas drogas podem estar associadas ao desenvolvimento de FAN positivo, como procainamida, hidralazina, fentiazinas, difenilhidantoína, quinidina, entre outros, com títulos detectáveis por meses e até anos após a interrupção de sua administração.

Exame realizado pelo laboratório: DB RECIFE. 9772723

Hash laudo: 8EC68533D925695274D5B81FBEC91FD98B69549A60461CA8ECEBB4974CE9389D

Assinado eletronicamente por: Thais Ricciardi Branco de
Almeida - CRBM-CE-14350

2609

36825320280929062000 (Mojave)

Sae sharpwings - feathers sharpwings

290926

Redwings for

02.10.26. Realizações da Felícia Sal
R\$ 1.306,73. R\$ 643,66

Realizações:

→ Alícia Almeida

Protocolo

3682582026 1002916801

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 podera 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 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)

Itens	Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras.	NAO	NAO			
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.	NAO	NAO			
03. Neurológicas: convulsões, enxaqueca, Parkinson, paralisia e outras.	NAO	NAO			
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varises e outras.	NAO	NAO			
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuf. cardíaca e outras.	NAO	NAO			
06. Endocrinológicas: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras.	NAO	NAO			
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.	NAO	NAO			
08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.	NAO	NAO			
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, amigdalas, audição e outras.	NAO	NAO			
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.	NAO	NAO			
11. Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.	NAO	NAO			
12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo.	NAO	NAO			
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.	NAO	NAO			
14. Preotológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.	NAO	NAO			
15. Congênitas: Cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades e outras.	NAO	NAO			
16. Infecto-contagiosas: Aids, hepatite, sífilis, erpís, hanseníase e outras.	NAO	NAO			
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depr	NAO	NAO			
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras.	NAO	NAO			
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fístulas, cicatrizes, partos e outras.	NAO	NAO			
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras.	NAO	NAO			
21. Outras doenças não citadas acima.	NAO	NAO			

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"

Nome do médico: _____

CRM nº: _____

Assinatura do médico: _____

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

Data: 02 / 08 / 11

Titular responsável: JOCELMA ACRES RODRIGUES DE FREITAS

Assinatura: [Assinatura]

Representante autorizado: DEIVY GRS

Vendedor: [Assinatura]

Cód.: 541836

Ass. do Vendedor: [Assinatura]

DADOS DO PROPONENTE: TITULAR () RESPONSÁVEL ()

CPF	014.318.363-04					Nome	LOCELINA ALVES RODRIGUES DE FREITAS				
Data De Nascimento	Sexo	Nº RG	Órgão	UF	Estado Civil						
01/09/77	() M (X) F	44002053797	SSP	CE	CASADA						
Nome Da Mãe											
MARIA DO SOCORRO ALVES RODRIGUES											
CEP	Rua/av.	Nº	Complemento								
	1000 São José	41									
Bairro	Cidade	Estado	Perímetro								
PARAÍRAMA	MANACANAU	CE									
Ponto de Referência	Fone 1	Fone 2	Cód. do Plano	Nº ANS							
VIÇOSA I	8820.4175		6803	458890084							
Acomodação	Abrangência	Segmentação	Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM (X) NÃO								
(X) Enf. () Apto.	1 de Estados	A + 0									

DADOS DO(S) PROPONENTE(S) DEPENDENTE(S) / AGREGADO(S):										
Nome do Proponente										
MARIA LUIZA RODRIGUES DE FREITAS										
Nome da Mãe										
LOCELINA ALVES RODRIGUES DE FREITAS										
Data De Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	CPF do Dependente	Cód. do Plano					
18/05/77	() M (X) F	SOLTEIRA	Mãe		6801					
Nº ANS	Acomodação	Abrangência	Segmentação	Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM (X) NÃO						
400372992	(X) Enf. () Apto.	1 de Estados	A + 11							
Nome do Proponente										
Nome da Mãe										
Data De Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	CPF do Dependente	Cód. do Plano					
	() M () F									
Nº ANS	Acomodação	Abrangência	Segmentação	Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO						
	() Enf. () Apto.									
Nome do Proponente										
Nome da Mãe										
Data De Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	CPF do Dependente	Cód. do Plano					
	() M () F									
Nº ANS	Acomodação	Abrangência	Segmentação	Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO						
	() Enf. () Apto.									
Nome do Proponente										
Nome da Mãe										
Data De Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	CPF do Dependente	Cód. do Plano					
	() M () F									
Nº ANS	Acomodação	Abrangência	Segmentação	Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO						
	() Enf. () Apto.									
Nome do Proponente										
Nome da Mãe										
Data De Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	CPF do Dependente	Cód. do Plano					
	() M () F									
Nº ANS	Acomodação	Abrangência	Segmentação	Serviços Agregados: Atendimento Médico Domiciliar - AMD () SIM () NÃO						
	() Enf. () Apto.									
Nome do Proponente										
Nome da Mãe										

OBSERVAÇÃO (VENDEDOR)

USO HAPVIDA

FLAVIO FRANCO
8504.9789 / 9902.1520

O PREENCHIMENTO DO CAMPO ABAIXO, SE NECESSÁRIO, SE DARÁ SOMENTE APÓS ANÁLISE DE RESPECTIVA "DS" PELO HAPVIDA, TENDO EM VISTA A CONDIÇÃO DE DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE DO PROPONENTE ACOMETIDO DE:

DECLARO QUE:

- () CONCORDO COM A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA DA REFERIDA PATOLOGIA PELO PERÍODO DE 24 MESES.
() CONCORDO COM O AGRAVO DE R\$ _____, POR MÊS, NO VALOR DA TAXA DE MANUTENÇÃO DO REFERIDO PROPONENTE.

LOCAL

DATA

PROponente TITULAR OU RESPONSÁVEL/MENOR

DECLARO QUE RECEBI UM EXEMPLAR IMPRESSO DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTENDO DE FORMA CLARA E PERFEITAMENTE LEGÍVEL TODAS AS CONDIÇÕES DO PLANO, POR MIM ESCOLHIDO E INDICADO NA PRESENTE PROPOSTA NOS MOLDES DE LEI 9656/98, CUJO TEOR É DO MEU CONHECIMENTO E CUJAS CONDIÇÕES ACEITO SEM RESSALVAS OU RESTRIÇÕES E AFIRMO QUE SOU RESPONSÁVEL PELO CUMPRIMENTO INTEGRAL DESTES CONTRATOS, TENHO CONHECIMENTO QUE EU, O TITULAR MENOS SOB MINHA RESPONSABILIDADE E MEU(S) DEPENDENTE(S) INDICADO(S) NA PRESENTE PROPOSTA, SÓ SEREMOS CONSIDERADOS INSCRITOS APÓS O RECEBIMENTO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO EMITIDO PELA HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

RECEBI A PRESENTE PROPOSTA DE ADMISSÃO PARA ENCAMINHAMENTO À HAPVIDA

DIA DE VENCIMENTO DA MENSALIDADE

10

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL POR MENOR DE 18 ANOS

RECEBEMOS DO PROPONENTE TITULAR ACIMA A IMPORTÂNCIA DE R\$ 150,25 + 10,00 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 Nº _____

NOME: CMS - QUALI

CÓD. 485

TEL. 3094.4865

LOCAL

CÓDIGO E ASSINATURA DO VENDEDOR

DATA

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO DA MENSALIDADE EM CONTA-CORRENTE

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

NOME DO BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA-CORRENTE: _____

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

1) ANÁLISE: _____ VISTO: _____	2) PÓS-VENDA: _____ VISTO: _____
3) DIGITAÇÃO: _____ VISTO: _____	4) CONF. DIGITAÇÃO: _____ VISTO: _____