



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE  
10/05/2025 à 10/06/2025

PAGAR ESTA FATURA  
ATÉ 10/05/2025

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

Acessando o site da Hapvida (<http://www.hapvida.com.br>) ou buscando contato junto ao servico 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, 04/04/2025, 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
278.47	45.31	23.59	0.00	0.00	0.00	256.75

corte aqui

Carteira	Tipo de Assistência	Beneficiários	Nome Plano / Serviço	Mes Aniversário	Valor	Reajuste Anual	Observação
0700G.935576.01-8 3010X.127996.01-6	Odontológica Médica	Maite Santana De Lima Maite Santana De Lima	PREMIUM FREE IN NAC - 487836211 NP AHO IN GM ENF JN 087 - 484226	ABR ABR	R\$ 23.59 R\$ 278.47		VALOR COM 15% DE DESCONTO TEMPORÁRIO

Nome: **WANESSA NAPOLEAO DE SANTANA** Código: **3010X.127996**  
N. Documento: **3010X127996 05/2025** Dt Doc.: **04/04/2025**  
Agn/Cod.Ben: **2136 /8216967** N.Num.: **1010529530280**

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

corte aqui



033-7

03399.82167 96710.105295 53028.001013 4 10770000025675

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>10/05/2025</b>	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ <b>HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA</b>					Agência / Código do Beneficiário 2136 /8216967	
Data do documento <b>04/04/2025</b>	Nr do Documento <b>3010X127996 05/2025</b>	Espécie DOC <b>REC</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>04/04/2025</b>	Nosso Número 1010529530280	
Carteira <b>COBRANÇA SIMPLES RCR</b>	Espécie <b>REC</b>	Quantidade		x Valor	(=) Valor do Documento 256.75	
Instruções de responsabilidade do beneficiário APÓS O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS DO SITE <a href="http://www.hapvida.com.br/site/boletos">www.hapvida.com.br/site/boletos</a> OU ENTRAR EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130. PARA CADA DIA DE ATRASO: JUROS DE R\$ 0.09 MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(-) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ <b>WANESSA NAPOLEAO DE SANTANA - 112.748.544-07</b> <b>R AFGANISTAO 196CS 01 - PAU AMARELO ( )</b> <b>53433580 - PAULISTA / PE</b>						
Sacador / Avalista : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA - CNPJ: 63.554.067/ 0001-98						

FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

