

MARIA DA PENHA MARTINS PONTE
R DESEMBARGADOR OLAVO FROTA, 544 SAO VICENTE CEP:63700-000 CRATEUS-CE



Fatura Fácil Unimed

Prezado (a) cliente,

VENCIMENTO	VALIDADE
10/12/2024	10/01/2025

Comunicamos o reajuste de 6,91% no valor de sua mensalidade, com base no Ofício de Autorização **GEAR nº: 84/2024/GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS** expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. O percentual abrange o período de maio de 2024 até abril de 2025.

Informamos que neste boleto poderá constar a cobrança de coparticipação, pagamento já previsto em contrato, com base na Lei Federal nº 9.656/98, art. 16, inciso VIII. Caso seu contrato seja sem coparticipação, por favor, desconsiderar essa mensagem.

Para mais informações: www.unimedceara.com.br ou ligue para a Central de Atendimento: (85) 3453 -7777. Email: atendimento@unimedceara.com.br.
Whatsapp: 0800 001 9797 e SAC 0800 2805358.

INTEGRANTES DO CONTRATO/PLANO UNIMED

MARIA DA PENHA MARTINS PONTE **CARTÃO:** 0979.002007145784-0

Nome do Beneficiário	Data Contratação	Nº Registro Plano/SCPA
MARIA PENHA MARTINS PONTE - (00)	10/01/2012	465.146/11-4

Você optou por receber a fatura por e-mail, caso não seja possível o envio dessa forma, por favor retirar através do site da Unimed Ceará.

ANS - Nº 32.195-8



237-2

23792.36702 20000.026730 58000.274207 7 99260000129637

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Bradesco.					Vencimento 10/12/2024
Beneficiário: UNIMED DO CEARA - CNPJ:10.395.358/0001-14 R PADRE LUIS FIGUEIRA 52, CENTRO, CEP: 60150015, FORTALEZA - CE					Agencia/Código Beneficiário 2367/27421
Data do Documento 28/11/2024	No. do Documento 9.921.351.487	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/11/2024	Nosso Número 02 / 00000267358-1
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	(=) Valor do Documento 1296,37
Instruções Pagar preferencialmente nas agencias do Banco BRADESCO. Após o vencimento cobrar multa de 2,00% Após o vencimento cobrar juros de 1,00% ao mes Sr. Caixa, não receber valor menor que o valor do documento. O Boleto só será considerado quitado com o pagamento integral da mensalidade. PAGTO ELETRONICO: ALTERAR O CAMPO PAGAMENTO PARA DATA ATUAL DO PAGTO.					(-) Desconto/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(- / +) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador:	MARIA DA PENHA MARTINS PONTE - 224.009.823-68 R DESEMBARGADOR OLAVO FROTA 544 SAO VICENTE	63700-000 CRATEUS-CE	Codigo de Baixa
----------	---	-------------------------	-----------------

FICHA DE COMPENSACAO
AUTENTICACAO MECÂNICA



Origem	Beneficiário	Referência	Status	Valor	Origem	Usuário	Referência	Status	Valor
MENSALIDADE SAUDE-133	MARIA PENHA MARTINS PONTE	12/2024	AB	1296,37					

AB = Aberto PG = Pago

Total EM ABERTO1296,37

DEMONSTRATIVO DE UTILIZAÇÃO

Prezado Cliente, caso deseje consultar seu demonstrativo de utilização, favor entrar em contato com a Unimed Ceará.