

COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE 30/11/2018 à 30/12/2018

PAGAR ESTA **FATURA** ATÉ 30/11/2018

ANS - No. 36.825-3

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA Av. Heráclito Graça, 406 - Centro CEP: 60140-061 - Fortaleza - Ceará www.hapvida.com.br SAC: 0800.280.9130

OBS: Fatura gerada via internet NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETO, 31/10/2018, 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

+) Valor de (+) Valor Fator Moderador (+) Outros Mensalidade Plano Saúde (-) Desconto (+) Tarifa de Cobrança (=) Total da Fatura Odontologia 157.24 13.66

Tipo de neficiário: Mês ns. Reaiuste Assistência Aniversário Anual 472185143 ODONTO 0700C.849916.01-2 ODONTOLÓGICA ARTHUR YVES TOMAZ OLIVEIRA PREMIUM NACIO AGO R\$ 13,66 ARTHUR YVES TOMAZ OLIVEIRA NOSSO PLANO DII - 469346139 3010I.502381.01-0 MÉDICA R\$ 157,24

NOME: FRANCISCO JOSE OLIVEIRA DE SOUSA - CÓDIGO:3010I.502381 Núm. Documento: 3010I.502381 11/2018 - Data Doc.: 19/11/2018 Ag./Cod. Beneficiário: 2136/8216967 - N.Num.: 1010010343302

ॐ Santander	033-7	Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA	MEDICA		
				Vencimento	
					30/11/2018
				Nosso Número	
					1010010343302
				Numero do Documento	
				3010I	.502381 11/2018
			Agência / Código Beneficiário		
					2136/8216967
				(=) Valor do Do	cumento
					170.90
Pagador			Autenticação Mecânica		

Sacador / Avalista **ॐ** Santander ⁰³³⁻⁷ 03399.82167 96710.100106 34330.201012 2 77240000017090 Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER 30/11/2018 Agência / Código do Beneficiário Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA 2136 / 8216967 Data do Documento Nr do Documento Espécie Documento Data Processamento Nosso Número ACEITE 19/11/2018 30101.502381 11/2018 1010010343302 3171072018 REC Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR Espécie Quantidade Valor (=) Valor do Documento 170.90 Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) (-) Desconto ATE 90 DIAS APOS O VENCIMENTO, PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DO BANCO SANTANDER. DEPOIS DESSE PRAZO ENTRE EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130. BANCO: PARA CADA DIA DE ATRASO JUROS DE (-) Abatimento R\$,06 BANCO: APÓS VENCIMENTO 2% DE MULTA RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO (+)Mora (-) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado Pagador FRANCISCO JOSE OLIVE 622.438.613-72 R.DA INGAZEIRA 192 - SALINAS - -FORTALEZA / CE Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98 Código de Baixa:

Ficha de Compensação Autenticação mecânica



2 de 2