



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
31/10/2018 à 30/11/2018

PAGAR ESTA
FATURA
ATÉ 30/11/18

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, 01/10/2018, 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

Mensalidade Plano Saúde 157.24	(-) Desconto .00	(+) Valor de Odontologia 13.66	(+) Tarifa de Cobrança .00	(+) Valor Fator Moderador .00	(+) Outros .00	(=) Total da Fatura 170.90
--	----------------------------	---	--------------------------------------	---	--------------------------	--------------------------------------

Código	Tipo de Assistência	Beneficiários	Nome Plano	Mês Aniversário	Valor Mens. Reajuste Anual	Observação
0700C.849916.01-2	ODONTOLÓGICA	ARTHUR YVES TOMAZ OLIVEIRA	472185143 ODONTO PREMIUM NACIO	AGO	R\$ 13,66	
3010I.502381.01-0	MÉDICA	ARTHUR YVES TOMAZ OLIVEIRA	NOSSO PLANO DII - 469346139	AGO	R\$ 157,24	

NOME: FRANCISCO JOSE OLIVEIRA DE SOUSA - CÓDIGO:3010I.502381
Núm. Documento: 3010I.502381 10/2018 - Data Doc.: 29/11/2018
Ag./Cod. Beneficiário: 3434/8000654 - N.Num.: 28141000003060574

BANCO DO BRASIL 001-9

00190.00009 02814.100000 03060.574179 7 76930000017090

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL					Data de Vencimento 30/10/2018
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código do Beneficiário 3434 / 8000654
Data do Documento 29/11/2018	Nº do Documento 3010I.502381 10/2018	Espécie DOC REC	ACEITE N	Data Processamento 01/10/2018	Nosso-Número 28141000003060574
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie REAL	Quantidade	Valor x	(=) Valor do Documento 170,90
Informações de responsabilidade do beneficiário ATE 90 DIAS APOS O VENCIMENTO, PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DO BANCO DO BRASIL S.A.. DEPOIS DESSE PRAZO ENTRE EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130. BANCO: PARA CADA DIA DE ATRASO JUROS DE R\$,06 BANCO: APÓS VENCIMENTO 2% DE MULTA RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador FRANCISCO JOSE OLIVEIRA 622.438.613-72 R.DA INGAZEIRA 192 - SALINAS - - 60.820-400 FORTALEZA / CE					
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98 Código de Baixa:					

Autenticação mecânica

Ficha de Compensação

