



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

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

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 11/2018 - Data Doc.: 08/11/2018  
Ag./Cod. Beneficiário: 2136/8216967 - N.Num.: 1010010343302

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 Documento 170.90	
Pagador	Autenticação Mecânica

Sacador / Avalista

033-7 03399.82167 96710.100106 34330.201012 2 77240000017090

Local de Pagamento <b>PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					Vencimento 30/11/2018
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código do Beneficiário <b>2136 / 8216967</b>
Data do Documento 08/11/2018	Nr do Documento 3010I.502381 11/2018	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data Processamento 31/10/2018	Nosso Número 1010010343302
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x	(=) Valor do Documento 170,90	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) <b>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 R\$ ,06 BANCO: APÓS VENCIMENTO 2% DE MULTA RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO</b>					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador FRANCISCO JOSE OLIVE 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

