



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
28/02/2026 à 31/03/2026

PAGAR ESTA FATURA
ATÉ 28/02/2026

ANS - No. 36.825-3

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA.
Matriz: Rua Heraclito Graca, 406, CENTRO
CEP.: 60.140-061 - Fortaleza - Ceara Fone:
(085) 3255.9090 - FAX: (085) 3255.9045

Acessando o site da Hapvida (<http://www.hapvida.com.br>) ou buscando contato junto ao serviço de atendimento ao consumidor SAC (0800-280-9130), V. Sa. pode obter informacoes sobre as substituicoes ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saude).

NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETO, 26/01/2026, SEU CONTRATO POSSUI 298 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
124.30	0.00	2.77	0.00	117.59	0.00	244.66

corte aqui

Carteira 0700G.030642.01-9 3010J.414071.01-3	Tipo de Assistência Odontológica Médica	Beneficiários Kaique Mesquita De Jesus Kaique Mesquita De Jesus	Nome Plano / Serviço 471474141 +ODONTO PROTEÇÃO NOSSO PLANO A IN GM JN 083 - 48	Mes Aniversário	Valor	Reajuste Anual	Observação
				ABR	R\$ 2.77		
				ABR	R\$ 124.30		

Nome: **MAXLAINE HENRIQUE MESQUITA** Código: **3010J.414071**
N. Documento: **3010J414071 02/2026** Dt Doc.: **26/01/2026**
Agn/Cod.Ben: **2136 /8216967** N.Num.: **1010642557961**

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

corte aqui



033-7 | 03399.82167 96710.106426 55796.101016 4 13710000024466

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/02/2026	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código do Beneficiário 2136 /8216967	
Data do documento 26/01/2026	Nr do Documento 3010J414071 02/2026	Espécie DOC REC	Aceite N	Data Processamento 26/01/2026	Nosso Número 1010642557961	
Carteira COBRANÇA SIMPLES RCR	Espécie REC	Quantidade	x Valor		(=) Valor do Documento 244.66	
Instruções de responsabilidade do beneficiário APÓS O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS DO SITE www.hapvida.com.br/site/boletos OU ENTRAR EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130. PARA CADA DIA DE ATRASO: JUROS DE R\$ 0.08 MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(-) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ MAXLAINE HENRIQUE MESQUITA - 073.485.084-05 R DO TRIUNFO 3 - JACINTINHO () 57040180 - MACEIO / AL						
Sacador / Avalista : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA - CNPJ: 63.554.067/ 0001-98						

FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

