

 SANTA HELENA SAÚDE	Data Processamento <b>03/03/2026</b>	Número do Plano <b>04/00000896199-3</b>	Número do Contrato <b>000093581708</b>	Agência / Código Beneficiário <b>2372 - 38245-0</b>	Valor Documento <b>509,58</b>	Vencimento <b>20/03/2026</b>
	Inscrição <b>466909126 - PRATA II</b>			CPF <b>355097</b>	Número SEFA <b>466909126</b>	Tipo de Documento

Beneficiário: SANTA HELENA ASSISTENCIA MEDICA SA - 43.293.604/0001-86 - DR BERING 114 JARDIM DO MAR SAO BERNARDO DO CAMPO SP

Pagador	Período Cobertura	Valor Plano	Val. Aditivos	CG Fiat	Depos. Co. Part.	Desconto	Bônus	Total
VALDILENE DE ARAUJO VIEGAS	20/03/2026 a 19/04/2026	509,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	509,58

Prezado (a) cliente, VALDILENE DE ARAUJO VIEGAS

A Santa Helena Saúde está disponível através do nosso telefone para agendamento de consultas, ligue: (11) 3003-1330 ou acesse nosso site [santahelena.saude.com.br](http://santahelena.saude.com.br) para obter 2ª via dos bilhetos, atualizações da rede credenciada, renovação de cartãozinho e muito mais!

Cod.	Aditivo	Valor

Autenticação Mecânica



**237-2**      **23792.37205 40000.089611 99003.824507 4 13910000050958**

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco até 60 dias após o vencimento</b>				Vencimento <b>20/03/2026</b>	
Beneficiário <b>SANTA HELENA ASSISTENCIA MEDICA SA</b>				Agência / Código Beneficiário <b>2372 - 38245-0</b>	
Data Documento <b>02/03/2026</b>	Número Documento <b>000093581708</b>	Espécie Doc <b>RECIBO</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>03/03/2026</b>	Número Documento <b>04/00000896199-3</b>
Uso Banco	Carteira <b>04</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>509,58</b>
Instruções	Cod. CIP	Valor do Desconto	Aliq	Cofin. Permanência P/ Dia	(-) Desconto (-) Outras Deduções (+) Multa/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Após 20/03/2026 cobrar multa de R\$ 10,19 por atraso, mais juros de mora de R\$ 0,16 por dia de atraso. Não receber após 19/05/2026. Esta data não exime o cancelamento do contrato em caso de atrasos superiores a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses. O contrato estará extinto após 60 dias de atraso. O valor será cobrado e o devedor inscrito em cadastro negativo de crédito.

Beneficiário: SANTA HELENA ASSISTENCIA MEDICA SA  
 EXC.: DR BERING 114 JARDIM DO MAR SAO BERNARDO DO CAMPO SP 9750510  
 CNPJ: 43.293.604/0001-86

Pagador: VALDILENE DE ARAUJO VIEGAS  
 DOS MANACAS 37 CS1  
 ELDORADO DIADEMA SP  
 09973-120

CPF/CNPJ 0002010102122697001

Pagador Avalista:

Autenticação Mecânica FICHA DE COMPENSAÇÃO

