

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).

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA					
Mensalidade Plano Saúde	(+) Valor de Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator Moderador	(+) Outros	(-) Total da Fatura
.00	.00	.00	.00	.00	44.94

CORTE AQUI

DEPENDENTES	CÓDIGO

Este comprovante de pagamento não substitui a carteira HAPVIDA

VALIDADE  
**20/06/2026**



NOME **CONTE - COMUNICACAO LTDA - 22.527.076/000**  
CÓDIGO **MJ05E.000000**  
VENCIMENTO **20/05/2026**  
MENSALIDADE REFERENTE AO PERÍODO **01/05/2026 À 31/05/2026**

Num Documento: **MJ05E.000000 05/2026** Data Doc.: **15/06/2026**  
Agn/Cod.Ben: **2136 /8216967** N.Num.: **1010675213846**

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

RECIBO DO PAGADOR

CORTE AQUI



033-7

Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA CNPJ: 63.554.067/0001-98

	Vencimento: 20/05/2026
	Nosso Número: 1010675213846
	Número do Documento: MJ05E.000000 05/2026
	Valor do Documento 44.94

FICHA DO CAIXA

CORTE AQUI



033-7

03399.82167 96710.106756 21384.601015 8 14520000004494

Local de Pagamento <b>PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					Data de Vencimento <b>20/05/2026</b>	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF <b>HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA CNPJ: 63.554.067/0001-98</b>					Agência / Código do Beneficiário <b>2136 /8216967</b>	
Data do Documento <b>15/06/2026</b>	Nr do Documento <b>MJ05E.000000 05/2026</b>	Espécie DOC <b>REC</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>22/04/2026</b>	Nosso Número <b>1010675213846</b>	
Carteira <b>COBRANÇA SIMPLES RCR</b>	Espécie <b>REAL</b>	Quantidade	x Valor	( = ) Valor do Documento <b>44.94</b>		
Instruções de responsabilidade do beneficiário <b>APÓS O VENCIMENTO, EMITIR 2ª VIA DO BOLETO ATRAVÉS DO SITE <a href="http://www.hapvida.com.br/site/boletos">www.hapvida.com.br/site/boletos</a> OU ENTRAR EM CONTATO COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130. PARA CADA DIA DE ATRASO: JUROS DE R\$ 0.05 MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO</b>					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(+) Outro Acréscimos	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ <b>CONTE - COMUNICACAO LTDA - 22.527.076/0001-02</b> <b>R RIO JAVARI 361 CXPST 182 NOSSA SENHORA DAS GRACAS</b> <b>69053110 MANAUS AM</b>					<b>MJ05E.000000</b>	
Sacador / Avalista : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA - CNPJ: 63.554.067/ 0001-98					Nota fiscal: 86325415	

FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

