

**HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA.**

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

MANTENHA EM DIA A SUA SAÚDE E A DA SUA FAMÍLIA**NÃO PERCA A CARÊNCIA QUE VOCÊ JÁ CONQUISTOU. NÃO DEIXE SEU PLANO SER CANCELADO.**

Seu boleto de pagamento ainda não chegou ?

* Imprima a 2. via do boleto nos seguintes locais:

- Site www.hapvida.com.br
- Terminal de Serviços de autoatendimento da unidade Hapvida mais perto de você

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 substituiçoes ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saude).

O Hapvida informa que, em função do agrupamento de Contratos Coletivos com até 30 vidas, previsto pela ANS através da Resolução Normativa nº 309, seu contrato foi reajustado em 9.9% no mês de aniversário, ocorrido em 05/2026. O comunicado deste reajuste será enviado à ANS em até 30 dias de sua aplicação.

Informamos também que seu contrato atualmente esta classificado como PATROCÍNIO PARCIAL/SEM CUSTEIO

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA					
Mensalidade Plano Saúde	(+) Valor de Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator Moderador	(+) Outros	(-) Total da Fatura
1,028.65	.00	.00	.00	.00	1,028.65

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.: **1010675908259**

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:	1010675908259
Número do Documento:	MJ05E.000000 05/2026
Valor do Documento	1,028.65

FICHA DO CAIXA

CORTE AQUI



033-7

03399.82167 96710.106756 90825.901011 4 14520000102865

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Data de Vencimento 20/05/2026
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA CNPJ: 63.554.067/0001-98					Agência / Código do Beneficiário 2136 /8216967
Data do Documento 15/06/2026	Nr do Documento MJ05E.000000 05/2026	Espécie DOC REC	Aceite N	Data Processamento 24/04/2026	Nosso Número 1010675908259
Carteira COBRANÇA SIMPLES RCR	Espécie REAL	Quantidade	x Valor	(=) Valor do Documento 1,028.65	
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\$ 1.20 MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(+) Outro Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Nome do Pagador/CPF/CNPJ CONTE - COMUNICACAO LTDA - 22.527.076/0001-02					MJ05E.000000
R RIO JAVARI 361 CXPST 182 NOSSA SENHORA DAS GRACAS					
69053110 MANAUS AM					
Sacador / Avalista : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA - CNPJ: 63.554.067/ 0001-98					Nota fiscal: 86272064

FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

