



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
01/04/2024 à 30/04/2024

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
Av. Heracito Graca, N.º 406, Centro
CEP: 60140060 Fortaleza - Ceara
www.hapvida.com.br - 0800 280 9130

OBS: Fatura gerada via Internet
INFORMAMOS QUE EM :DT_ADESAO: O REAJUSTE ANUAL DE SEU CONTRATO FOI DE :PC_REAJUSTE:%,
ÍNDICE ESTABELECIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) POR MEIO DO OFÍCIO
GEAR N.º 233/2023/GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS, SENDO O PRÓXIMO REAJUSTE ANUAL EM :DT_PROXIMO:.
NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETO, 13/03/2024, 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.

Mensalidade Plano Saúde	(-) Desconto	(+) Valor de Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator Moderador	(+) Outros	(=) Total da Fatura
260,90	.00	0,00	2,50	.00	.00	263,40

Código	Tipo de Assistência	Beneficiários	Nome Plano	Mês Aniversário	Valor Mens.	Reajuste Anual	Observação
05585.702571.00-0	MÉDICO/ODONTOLÓGICA	ALISSON P M ALBUQUERQUE	NOSSO PLANO LXXIII - 461603101	MAI	R\$ 129,15		
05585.702571.01-8	MÉDICO/ODONTOLÓGICA	LARISSA I S ALBUQUERQUE	NOSSO PLANO LXXIII - 461603101	MAI	R\$ 131,75		

HOME: ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE - CODIGO:05585.702571
Núm. Documento: 05585.702571 04/2024 - Data Doc.: 19/03/2024
Ag./Cod. Beneficiário: 2136/8216967 - N.Núm.: 1010386954979

	033-7	Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
Pagador		Vencimento 15/04/2024
		Nosso Número 1010386954979
		Numero do Documento 05585.702571 04/2024
		Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
		(=) Valor do Documento 263,40
		Autenticação Mecânica
Sacador / Avalista		

	033-7	03999.82167 96710.103860 95497.901017 9 96870000026340
Local de Pagamento	PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	
Beneficiário	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	
Vencimento	15/04/2024	
Data do Documento	Nr do Documento	Espécie Documento
19/03/2024	05585.702571 04/2024	REC
ACEITE	Data Processamento	Agência / Código do Beneficiário
N	13/03/2024	2136 / 8216967
Quantidade	Valor	Nosso Número
	X	1010386954979
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente)		(=) Valor do Documento
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\$: 0,31 MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO		263,40
		(-) Desconto
		(-) Abatimento
		(+) Mora
		(-) Outros Acréscimos
		(=) Valor Cobrado
Pagador ALISSON PAULO MORAES 642.370.103-25		
R.VICENTE FERREIRA GOES 148 - ALTO DA MANGUEIRA - BL J APT 204 - 61.905-090 MARACANAU / CE		
Sacador Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98		Código de Baixa:



Autenticação mecânica Ficha de Compensação

COMPROVANTE PAGAMENTO TÍTULOS

ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Agência e Conta: 0932 / 01018074-7

Código de Barras:
Data de Vencimento:
Instituição Financeira Favorecida:

03399 82167 96710 103860 95497 901017 9 96870000026340
15/04/2024
033 - BANCO SANTANDER

Nosso Número:

1010386954979

Dados do Beneficiário Original
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

63.554.067/0001-98
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

Dados do Beneficiário Final
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

63.554.067/0001-98
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Dados do Pagador Original
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

642.370.103-25
ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQU

Dados do Pagador Final
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

642.370.103-25
ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Valores
Valores Nominal:
Valores Encargos:
Valores Descontos:
Valor Total Recebido:

R\$ 263,40
R\$ 0,00
R\$ 0,00
R\$ 263,40

Data/hora da transação:

19/03/2024 - 12:42:07

Autenticação:

44195060813DE16161E9B125

Canal:

Internet Banking



Transação exclusiva para pagamento de Ficha de Compensação. Pagamento válido somente se informados corretamente os dados do título. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os títulos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo divergências entre o valor indicado/agendado pelo pagador e o valor informado pelo favorecido, o BANCO rejeitará o pagamento, podendo, no entanto, efetuar o pagamento pelo valor autorizado pelo pagador desde que o referido valor esteja dentro da margem aprovada e registrada pelo beneficiário do título/boleto.

Central de atendimento

Capitais e regiões Metropolitanas
4004 3535

Demais localidades
0800 702 3535

Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 723 5007

SAC

Todas as regiões
0800 762 7777

Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 771 0401

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito com a solução
0800 726 0322

Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 771 0301

Disponível das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira,
exceto feriados.



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
01/05/2024 à 31/05/2024

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
Av. Heraclito Graca, N.º 406, Centro
CEP: 60140060 Fortaleza - Ceara
www.hapvida.com.br - 0800 280 9130

OBS: Fatura gerada via internet

INFORMAMOS QUE EM :DT_ADESAO: O REAJUSTE ANUAL DE SEU CONTRATO FOI DE :PC_REAJUSTE:%,
ÍNDICE ESTABELECIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) POR MEIO DO OFÍCIO
GEAR Nº 233/2023/GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS, SENDO O PRÓXIMO REAJUSTE ANUAL EM :DT_PROXIMO:.

NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETO, 11/04/2024, 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	(-) Desconto	(+) Valor de Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator Moderador	(+) Outros	(=) Total da Fatura
361.78	.00	0.00	2.50	.00	.00	364.28

Código	Tipo de Assistência	Beneficiários	Nome Plano	Mês Aniversário	Valor Mens.	Reajuste Anual	Observação
05585.702571.00-0	MÉDICO/ODONTOLÓGICA	ALISSON P M ALBUQUERQUE	NOSSO PLANO LXXIII - 461603101	MAI	R\$ 179,59		
05585.702571.01-8	MÉDICO/ODONTOLÓGICA	ARISSA I S ALBUQUERQUE	NOSSO PLANO LXXIII - 461603101	MAI	R\$ 182,19		

NOME: ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE - CÓDIGO:05585.702571
Núm. Documento: 05585.702571 05/2024 - Data Doc.: 12/05/2024
Ag./Cod. Beneficiário: 2136/8216967 - N.Num.: 1010397804655

	033-7	Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
Pagador		Vencimento 15/05/2024
		Nosso Número 1010397804655
		Numero do Documento 05585.702571 05/2024
		Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
		(=) Valor do Documento 364.28
Sacador / Avalista		Autenticação Mecânica

		033-7		03399.82167 96710.103977 80465.501015 5 97170000036428	
Local de Pagamento				PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	
Beneficiário				HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	
Data do Documento		Nr do Documento		Especie Documento	
12/05/2024		05585.702571 05/2024		REC	
Aceite		Data Processamento		N	
COBRANÇA SIMPLES - RCR		11/04/2024		N	
Especie		Quantidade		Valor	
REAL				x	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente)				(-) Desconto	
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\$: 0,42 MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO				(-) Abatimento	
				(+) Mora	
				(-) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Pagador ALISSON PAULO MORAES 642.370.103-25					
R.VICENTE FERREIRA GOES 148 - ALTO DA MANGUEIRA - BL J APT 204 - 61.905-090 MARACANAU / CE					
Sacador			Avalista HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98		
			Código de Baixa:		

Autenticação mecânica Ficha de Compensação





COMPROVANTE PAGAMENTO TÍTULOS

ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Agência e Conta: 0932 / 01018074-7

Código de Barras:
Data de Vencimento:
Instituição Financeira Favorecida:

03399 82167 96710 103977 80465 501015 5 97170000036428

15/05/2024

033 - BANCO SANTANDER

Nosso Número:

1010397804655

Dados do Beneficiário Original
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

63.554.067/0001-98
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

Dados do Beneficiário Final
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

63.554.067/0001-98
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Dados do Pagador Original
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

642.370.103-25
ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Dados do Pagador Final
CPF / CNPJ:
Nome / Razão Social:

642.370.103-25
ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Valores
Valores Nominal:
Valores Encargos:
Valores Descontos:
Valor Total Recebido:

R\$ 364,28

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 364,28

Data/hora da transação:

12/05/2024 - 21:11:10

Autenticação:

94411806052F504A4F6EBA36

Canal:

Internet Banking



Transação exclusiva para pagamento de Ficha de Compensação. Pagamento válido somente se informados corretamente os dados do título. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os títulos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo divergências entre o valor indicado/agendado pelo pagador e o valor informado pelo favorecido, o BANCO rejeitará o pagamento, podendo, no entanto, efetuar o pagamento pelo valor autorizado pelo pagador desde que o referido valor esteja dentro da margem aprovada e registrada pelo beneficiário do título/boleto.

Central de atendimento

Capitais e regiões Metropolitanas
4004 3535

Demais localidades
0800 702 3535

Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 723 5007

SAC

Todas as regiões
0800 762 7777

Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 771 0401

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito com a solução
0800 726 0322

Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 771 0301

Disponível das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira,
exceto feriados.



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
01/04/2025 à 30/04/2025

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA
Av. Heraclito Graca, N.º 406, Centro
CEP: 60140060 Fortaleza - Ceara
www.hapvida.com.br - 0800 280 9130

OBS: Fatura gerada via internet

NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETO, 13/03/2025, SEU CONTRATO POSSUI O 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 361.78	(-) Desconto .00	(+) Valor de Odontologia 0.00	(+) Tarifa de Cobrança 2.50	(+) Valor Fator Moderador .00	(+) Outros .00	(=) Total da Fatura 364.28
-----------------------------------	---------------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------	-------------------------------

Código	Tipo de Assistência	Beneficiários	Nome Plano / Serviço	Mês Aniversário	Valor Mens.	Reajuste Anual	Observação
05585.702571.00-0	MÉDICO/ODONTOLÓGICA	ALISSON P M ALBUQUERQUE	NOSSO PLANO LXXIII - 4616	MAI	R\$ 179,59		
05585.702571.01-8	MÉDICO/ODONTOLÓGICA	LARISSA I S ALBUQUERQUE	NOSSO PLANO LXXIII - 4616	MAI	R\$ 182,19		

NOME: ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE - CÓDIGO:05585.702571
Núm. Documento: 05585.702571 04/2025 - Data Doc.: 07/04/2025
Ag./Cod. Beneficiário: 2136/8216967 - N.Num.: 1010521309282

Santander 033-7 03999.82167 96710.105212 30928.201018 1 10520000036428

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 15/04/2025
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA					Agência / Código do Beneficiário 2136 / 8216967
Data do Documento 07/04/2025	Nr do Documento 05585.702571 04/2025	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data Processamento 13/03/2025	Nosso Número 1010521309282
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor X	(=) Valor do Documento 364.28	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) O ATRASO NO PAGAMENTO DA SUA MENSALIDADE PODE LEVAR A SUSPENSÃO E/OU CANCELAMENTO DO SEU PLANO. PAGAMENTOS EFETUADOS APOS O VENCIMENTO ESTARÃO SUJEITOS A JUROS DE R\$: 0,42 POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO. EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ALISSON PAULO MORAES 642.370.103-25 R.VICENTE FERREIRA GOES 148 - ALTO DA MANGUEIRA - BL J APT 204 - 61.905-090 MARACANAU / CE					
Sacador Avalista HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98			Código de Baixa:		

Autenticação mecânica Ficha de Compensação



COMPROVANTE PAGAMENTO TÍTULOS

ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Agência e Conta: 0932 / 01018074-7

Código de Barras:	03399 82167 96710 105212 30928 201018 1 10520000036428
Data de Vencimento:	15/04/2025
Instituição Financeira Favorecida:	033 - BANCO SANTANDER
Nosso Número:	1010521309282
Dados do Beneficiário Original	
CPF / CNPJ:	63.554.067/0001-98
Nome / Razão Social:	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A
Dados do Pagador Original	
CPF / CNPJ:	642.370.103-25
Nome / Razão Social:	ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQU
Dados do Pagador Final	
CPF / CNPJ:	642.370.103-25
Nome / Razão Social:	ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE
Valores	
Valores Nominal:	R\$ 364,28
Valores Encargos:	R\$ 0,00
Valores Descontos:	R\$ 0,00
Valor Total Recebido:	R\$ 364,28

Data/hora da transação:	07/04/2025 - 19:49:43
Autenticação:	805914614084C8913564D8E9
Canal:	Internet Banking



Transação exclusiva para pagamento de Ficha de Compensação. Pagamento válido somente se informados corretamente os dados do título. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os títulos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo divergências entre o valor indicado/agendado pelo pagador e o valor informado pelo favorecido, o BANCO rejeitará o pagamento, podendo, no entanto, efetuar o pagamento pelo valor autorizado pelo pagador desde que o referido valor esteja dentro da margem aprovada e registrada pelo beneficiário do título/boleto.

Central de atendimento

Capitais e regiões Metropolitanas
4004 3535Demais localidades
0800 702 3535Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 723 5007

SAC

Todas as regiões
0800 762 7777Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 771 0401

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito com a solução
0800 726 0322Pessoas com deficiência auditiva/fala
0800 771 0301Disponível das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira,
exceto feriados.



ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

R VICENTE FERREIRA GOES 148 BL J APT 204
CEP: 61905-090 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE

AR - AVISO DE RECEBIMENTO

VENCIMENTO: 15/06/2025

H.FI.BI.4311850_V15.06.TXT 240



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
01/06/2025 a 30/06/2025

PAGAR ESTA FATURA
ATÉ 15/06/2025

ANS - n.º 36825.3

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro
CEP: 60140-061 Fortaleza - CE
Fone (85) 3255-9090 - FAX (85) 3255-9099

Fatura para Pagamento

MENSAGENS IMPORTANTES

Acessando o site da HAPVIDA (<http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/webNewSubstituicaoRede.login>) ou buscando contato junto ao Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC (0800-280-9130), V. Sª, poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

Na data de emissão do boleto, 15/05/2025, seu contrato possui 00000dias de atraso cumulativo. Conforme Art. 13, Paragrafo 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 08002809130 e saiba como pagar as faturas em atraso. Não deixe seu plano ser cancelado.

Mensalidade Plano 449,07 (-) Descontos 0,00 (+) Valor Odontologia 0,00 (+) Tarifa de Cobrança 2,50 (+) Valor Fator 0,00 (+) Outros 0,00 (=) Total da Fatura 451,57

CARTERA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MES ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL	OBSERVAÇÃO
05585.702571.000	MÉDICA+ODONTOLÓGICA	ALISSON P M ALBUQUERQUE	NOSSE PLANO LXXIII - 461603101	MAIO	R\$ 223,23		
05585.702571.018	MÉDICA+ODONTOLÓGICA	LARISSA I S ALBUQUERQUE	NOSSE PLANO LXXIII - 461603101	MAIO	R\$ 228,83		

Número do Documento 05585.702571 06/2025 Agência/Código Beneficiário 2136 / 8216967
Nosso Número 1010544313405 Data Documento 15/05/2025

Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado

Santander | 033-7 | 03399.82167 96710.105444 31340.501019 3 11130000045157

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

Vencimento: 15/06/2025

Data do Documento: 15/05/2025 Número do Documento: 05585.702571 06/2025 Agência/Código Beneficiário: 2136 / 8216967

Uso do Banco: COBRANÇA SIMPLES RCR Espécie: REAL Aceite: N Data do Processamento: Nosso Número: 1010544313405

Instruções: (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

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.

SUJEITOS A JUROS DE R\$ 0,53 POR DIA DE ATRASO, ALEM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO. EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR

CPF: 642.370.103-25 05585.702571 06/2025

Quem tem o melhor plano de saúde tem mais

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





Pagamento em processamento

15/jun/2025 - 18:05:06

• O pagamento será confirmado até segunda, 16/06

Valor

R\$ 451,57

Banco liquidante

PicPay Bank

Para

**HAPVIDA ASSISTENCIA
MEDICA S.A**

63.554.067/0001-98

Código de autenticação

O código estará disponível
após a liquidação

De

**Alisson Paulo Moraes
Albuquerque**

•••.370.103-•••

Data de vencimento

15/jun/2025

Valor do boleto

R\$ 451,57

ID da transação

b8d1c142-94d6-436f-8f7a-
703e94563ea6

Valor total do boleto

R\$ 451,57

Código de barras

03399.82167 96710.105444
31340.501019 3
11130000045157



PicPay Instituição de Pagamento S.A

CNPJ nº 22.896.431/0001-10.

Ouvidoria:

0800 025 2000 (dias úteis de 09h às 18h)

SAC: 0800 025 8000

Canais de atendimento em libras:

pessoalize.callvideo.io/picpay



QUERQUE! Este diálogo está registrado sob o nº 3682532025061331903781. Em que posso ajudar?

Bem vindo(a) ao hapvida NDI. Por gentileza para iniciar nosso atendimento precisamos da confirmação de dados. Me forneça CPF do titular (SEM PONTOS E BARRAS), nome do paciente para atendimento, e-mail e telefone atualizado com o DDD. Ao final desse atendimento haverá uma pesquisa de satisfação, sua opinião é muito importante

ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE
Abri um protocolo hoje e recebi SMS para verificar a resposta por e-mail. Porém não recebi a resposta

642.370.103-25

Alisson Paulo Moraes Albuquerque

alissonpmaalbuquerque@gmail.com

85 98740-2782

YURI MARQUES 13/06/2025 18:10

Protocolo deste atendimento e nossa conversa será o 36825320250613193923

[Smiley icon] [text input field] [send icon]



YURI MARQUES

13/06/2025 18:10

Protocolo deste atendimento e nossa conversa será o 36825320250613193923

Prezado(a) ALISSON PAULO MORAES ALBUQUERQUE

Para o Hapvida, é muito importante ouvir o que você tem a nos dizer. Queremos atender de forma rápida as suas dúvidas, críticas e sugestões.

E foi com esse objetivo que tentamos contatos pelos telefones cadastrados, mas não obtivemos sucesso.

Em atendimento a solicitação registrada no protocolo 36825320250613017036 referente à PLANO esclarecemos que:

Por utilizar um plano de continuidade, vinculado a empresa GERARDOS DISTRIBUIDORA LTDA o seu reajuste tem a mesma data base dos funcionários ativos da empresa em que o(a) senhor(a) era vinculado(a), conforme verificado a data base de reajuste anual da empresa é no mês de maio de cada ano, foi aplicado um reajuste de 12,50% ao plano, conforme índice acordado entre empresa e operadora.





vemos sucesso.

Em atendimento a solicitação registrada no protocolo 36825320250613017036 referente à PLANO esclarecemos que:

Por utilizar um plano de continuidade, vinculado a empresa GERARDOS DISTRIBUIDORA LTDA o seu reajuste tem a mesma data base dos funcionários ativos da empresa em que o(a) senhor(a) era vinculado(a), conforme verificado a data base de reajuste anual da empresa é no mês de maio de cada ano, foi aplicado um reajuste de 12,50% ao plano, conforme índice acordado entre empresa e operadora.



ALISSON PATRÍCIO MORAES ALBUQUERQUE

Mas o reajuste que tive foi bem superior ao percentual informado, ou seja, tive um reajuste de 24%



E no ano passado tive reajuste de 38%



Portanto solicito reajuste, inclusive o retroativo do ano passado, pois tive reajuste abusivo



Oiiii???



Estou no aguardo

