


Recibo de Telegrama	Data	Hora	MQ003452733BR	1524
	Nome Legível do Recebedor			
Use dos Correios	Rubrica do Carteiro	Matrícula	Tipo/Serviços Adicionais DHP 22/09/2025 13:52	



# TELEGRAMA

Para enviar telegrama ligue 3003 0100 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 7257282 (para demais localidades) ou acesse correios.com.br

**CONTEÚDO DA MENSAGEM**

**Prezada Sra. ALMERINDA DE SOUSA FROTA,**

**HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A, CNPJ N° 63.554.067/0001-98, registro ANS N° 36825-3, ao tomar conhecimento da denúncia formulada por Vossa Senhoria, perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a qual ensejou a abertura da demanda N° 13606136, viemos, com o devido respeito, através deste instrumento, prestar esclarecimentos.**

**Inicialmente, insta esclarecer que Vossa Senhoria figurou, desde 21/07/2006, como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, do tipo individual, sob o produto NOSSO PLANO VII - 700382990.**

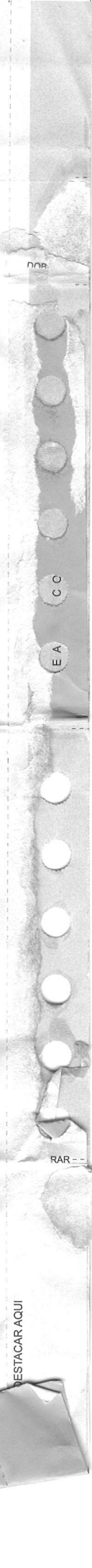
**Cumpre informar que, devido à inadimplência nas faturas referentes aos meses de junho e julho/2025, realizamos a notificação no dia 11/08/2025 através de e-mail de notificação, para o e-mail almerinda25@yahoo.com.br, acerca da inadimplência e o prazo de 10 (dez) dias para regularização do débito, conforme dispõe a RN 593/23, vejamos:**

**§ 1º Será considerada válida a notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência se for garantido, pela operadora, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.**

**Sendo assim, o plano de assistência médica do referido beneficiário fora cancelado no dia 30/08/2025, e mesmo após a notificação, o plano de assistência médica do beneficiário supracitado permaneceu inadimplente quanto às referidas mensalidades, razão pela qual o plano de assistência médica em comento fora cancelado, nos termos da Lei 9.656/98 c/c a RN nº 593/2023 da ANS.**

**Dessa forma, o cancelamento está de acordo com as normas que regulam a saúde suplementar.**

REMETENTE	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA AVENIDA HERACLITO GRAÇA, 500, CENTRO - FORTALEZA/CE CEP: 60.140-060	<b>USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS</b> <input type="checkbox"/> 1 Mudou-se <input type="checkbox"/> 6 Recusado <input type="checkbox"/> 2 Ausente <input type="checkbox"/> 7 Falecido <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido <input type="checkbox"/> 8 Não existe o número indicado <input type="checkbox"/> 4 Endereço insuficiente. Faltou: ..... <input type="checkbox"/> 5 Outros (Especificar) .....
	DISTINATÁRIO	NÚMERO DO TELEGRAMA
	ALMERINDA DE SOUSA FROTA RUA 8A, 46, INDUSTRIAL - MARACANAÚ/CE CEP: 61.925-160	MQ003452733BR



959b Tot 0080

08109  
JOYH T S99, FURIA  
PUSLISLILU

Telegrama

313.64

30108/1 COM 20108/1



Telegrama

TENTATIVAS DE ENTREGA		CÓD	RUBRICA
DATA	HORA		
22/08/20	16:15	02	AB
DATA	HORA		
/ /	h		
DATA	HORA		
/ /	h		

Anotações complementares

Telegrama



**ALMERINDA DE SOUSA FROTA**  
R 8 A 46 QD F  
CEP: 61900-000 CONJ INDUSTRIAL; MARACANAU CE

**AR - AVISO DE RECEBIMENTO**  
VENCIMENTO: 25/07/2025

H.FI.BI.4496057\_V25.07.TXT 15718



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE  
25/07/2025 a 24/08/2025

**PAGAR ESTA FATURA**  
**ATÉ 25/07/2025**

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. S<sup>a</sup>, poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

Prezado(a) cliente

Comunicamos-lhe que a(s) mensalidade(s) detalhada(s) no quadro PARCELAS PENDENTES, encontram-se em aberto em nossos registros. Solicitamos, por gentileza, enviar-nos, via postal ou através do nosso FAX (085) 3255-9099, uma cópia da(s) referida(s) mensalidade(s) quitada(s). No caso do pagamento não ter sido efetuado até 60 dias de atraso, a mesma poderá ser paga nas agências do banco. CASO V.S.A. TENHA EFETUADO O PAGAMENTO DA MESMA, FAVOR DESCONSIDERAR ESTE AVISO.

Na data de emissão do boleto, 18/06/2025, seu contrato possui 00474 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 08002809130 e saiba como pagar as faturas em atraso. Não deixe seu plano ser cancelado.

**PARCELAS PENDENTES**

Data	Valor
25/05/2025	313,64

**Discriminação da Fatura**

Mensalidade Plano	(-) Descontos	(+) Valor Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator	(+) Outros	(=) Total da Fatura
313,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	313,64

CARTEIRA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MES ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL	OBSERVAÇÃO
00100.337818 007	MÉDICA+ODONTOLÓGICA	ALMERINDA DE SOUSA FROTA	NOS SO PLANO VII - 700382990	JULHO	R\$ 313,64		

Número do Documento	00100.337818 07/2025	Agência/Código Beneficiário	2136 / 8216967
Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado			
Nosso Número	1010558290801	Data Documento	18/06/2025

**Santander** | 033-7 | 03399.82167 96710.105584 29080.101016 1 11530000031364

Local de Pagamento					Vencimento	
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					25/07/2025	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF					Agência/Código Beneficiário	
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA					2136 / 8216967	
Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
18/06/2025	00100.337818 07/2025	REC	N		1010558290801	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	COBRANÇA SIMPLES RCR	REAL			313,64	
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(-) Desconto/Abatimento	
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. SUJEITOS A JUROS DE R\$: .10 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					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+)Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Sacado	ALMERINDA DE SOUSA FROTA R 8 A 46 QD F CEP: 61900-000 CONJ INDUSTRIAL; MARACANAU CE			CPF: 634.991.003-63	00100.337818 07/2025	
Sacador/Avalista	HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - 63.554.067/0001-98			Quem tem o melhor plano de saúde tem mais		

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Prezada ALMERINDA DE SOUSA FROTA,

Agradecemos o seu contato e a oportunidade de esclarecer sua solicitação. Para nós, da operadora, é fundamental ouvir suas opiniões, dúvidas, críticas e sugestões, e buscamos sempre oferecer um atendimento ágil e eficiente.

Em atenção à demanda registrada sob o protocolo 36825320250901767129.

Recebemos seu pedido de reativação do contrato 00100337818007 que foi submetido à análise de nosso time especializado.

Verificamos que o seu contrato foi cancelado no dia 30/08/2025, devido à inadimplência da fatura com vencimento em 25/06/2025 E 25/07/2025.

Cumprindo as exigências legais, foi enviada uma notificação formal via E-MAIL para(dhany\_sd@hotmail.com) recebido na data 11/08/2025 conforme previsto na legislação vigente.

Mesmo após a notificação, o plano permaneceu em situação de inadimplência, o que levou ao cancelamento do contrato, conforme disposto na Súmula nº 28 da ANS.

A Súmula Normativa nº 28, de 30 de novembro de 2015, estabelece os critérios de notificação ao beneficiário e as informações que devem constar na comunicação de inadimplência, em conformidade com o inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

Diante dessa análise, informamos que não será possível a reativação do contrato.

Caso tenha dúvidas adicionais ou precise de mais esclarecimentos, estamos à disposição por meio dos nossos canais de atendimento.

Agradecemos a sua compreensão.

Atenciosamente,  
Hapvida NotreDame Intermédica.



## Comprovante de Pagamento de Títulos

---

---

Valor pago  
R\$ 326,73

Identificação do pagamento  
MBBZ3811DCYYvbHC8jalWvH

Data do pagamento  
01/09/2025

CPF / CNPJ (Beneficiário Original)  
63.\*\*\*.\*/0001-9\*

Nome / Razão Social: (Beneficiário Original)  
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A

CPF / CNPJ (Beneficiário Final)  
0000000000000000

Nome / Razão Social: (Beneficiário Final)

CPF / CNPJ (Pagador Original)  
\*\*\*.991.003-\*\*

Nome / Razão Social (Pagador Original)  
ALMERINDA DE SOUSA FROTA

CPF / CNPJ (Pagador Final)  
\*\*\*.991.003-\*\*

Nome (Pagador Final)  
ALMERINDA DE SOUSA FROTA

Valor Nominal  
R\$ 313,64