

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2º 1 NOME E SOBRENOME
ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES

1ª HABILITAÇÃO
04/09/2003

3 DATA LOCAL E UF DE NASCIMENTO
23/10/1976 MARACANAUI/CE

4a DATA EMISSÃO
27/06/2024

4b VALIDADE
20/06/2034

ACC
D

4c DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
98002282438 SSP CE

4d CPF
707.617.953-91

5 Nº REGISTRO
03009896965

9 CAT HAB
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
LUZIMAR MENDES MARTINS

CESARINA PEREIRA DE SOUSA

7 ASSINATURA DO EMISSOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2835563950

9	10	11	12	9	10	11	12
ACC				D			
A			20/06/2034	D1			
A1				BE			
B			20/06/2034	CE			
B1				C1E			
C				DE			
C1				D1E			

12 OBSERVAÇÕES
A:

LOCAL
FORTALEZA, CE

CEARÁ

ASSINATURA DO EMISSOR
25145766471
CE201847051

PROIBIDO PLASTIFICAR
2835563950

SIN TIRAR CONTINUA



ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES

R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V

CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE

AR - AVISO DE RECEBIMENTO

VENCIMENTO: 30/10/2025

H.FI.BI.CO.4664678_COP_V30.

8

10_ACOMP.TXT



COMPETÊNCIA DESTA MENSALIDADE
30/10/2025 a 30/11/2025

PAGAR ESTA FATURA
ATE 30/10/2025

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^a, poderá obter informações sobre substituições ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saúde).

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

NOTÍCIA IMPORTANTE: CARO CLIENTE, INFORMAMOS QUE NO PROXIMO VENCIMENTO O CONTRATO 30100235538

SOFRERÁ REAJUSTE DE 144 %, EM RAZÃO DE SUA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.

ESTA MUDANÇA OCORRE NA COMPETÊNCIA SEGUINTE AO MÊS DO SEU ANIVERSÁRIO.

O REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA ESTÁ PREVISTO NA LEI 9656/98 E DEMAIS REGULAMENTOS DA ANS.

Discriminação da Fatura

Mensalidade Plano	(-) Descontos	(+) Valor Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator	(+) Outros	(=) Total da Fatura
694,37	0,00	58,72	0,00	0,00	0,00	753,09

CARTEIRA	TIPO DE ASSIST.	BENEFICIÁRIOS	NOME PLANO	MÊS ANIVERSÁRIO	VALOR	REAJ. ANUAL (%)	OBSERVAÇÃO
30100.235538 00/0	MÉDICA	ANTONIO INACIO PEREIRA	NOSSO PLANO IV - 700372992	JANEIRO	R\$ 389,88		
00700.405287 00/7	ODONTOLÓGICA	ANTONIO INACIO PEREIRA	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		
30100.235538 01/8	MÉDICA	JESSICA NAYANE FREITAS	NOSSO PLANO X - 458990084	JANEIRO	R\$ 304,49		
00700.405287 01/5	ODONTOLÓGICA	JESSICA NAYANE FREITAS	EXECUTIVO MAIS - 463009102	JANEIRO	R\$ 29,36		

Número do Documento	30100.235538 10/2025	Agência/Código Cedente	2136 / 8216967
Nosso Número	1010595116607	Data Documento	24/09/2025

Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado

Santander | 033-7 | **03399.82167 96710.105956 11660.701019 2 12500000075309**

Local de Pagamento					Vencimento	
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					30/10/2025	
Cedente					Agência/Código Cedente	
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA					2136 / 8216967	
Data do Documento		Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
24/09/2025		30100.235538 10/2025	REC	N		1010595116607
Nome do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	COBRANÇA SIMPLES RCR	REAL			753,09	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)						(-) Desconto/Abatimento
PAGAR O VENCIMENTO, EMITIR 2º VIA DO BOLETO ATRAVÉS						(-) Outras Deduções
DO SITE www.hapvida.com.br/site/boletos OU ENTRAR EM CONTATO						(+) Mora/Multa
COM O HAPVIDA PELO TELEFONE 0800 280 9130.						(+) Outros Acréscimos
JEITOS A JUROS DE R\$: 0,25						(=) Valor Cobrado
POR DIA DE ATRASO, ALÉM DE UMA MULTA DE: 2% SOBRE O VALOR DEVIDO.						
EM CASO DE DUVIDAS, VISITE O NOSSO SITE: WWW.HAPVIDA.COM.BR						

Assinado	ANTONIO INACIO PEREIRA MENDES	CPF: 707.617.953-91	30100.235538 10/2025
	R JAIME PAULINO 451 AP 204 BL V		
	CEP: 61901-430 ALTO DA MANGUEIRA MARACANAU CE		
Assinado/Avalista	HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - 63.554.067/0001-98	Quem tem o melhor plano de saúde tem mais	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

