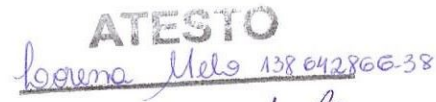



		<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>			Número da NFS-e 74533959				
Data e Hora da Emissão	01/07/2025 08:13:36	Competência	07/2025	Código de Verificação	967575447				
Número do RPS	126976371	No. NFS-e substituída		Local da Prestação	FORTALEZA - CE				
<b>DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>									
Razão Social/Nome		HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.							
Nome Fantasia		HAPVIDA							
CPF/CNPJ	63.554.067/0001-98	Insc Municipal	0106534-3	Município	FORTALEZA - CE				
Endereço e CEP		AV HERACLITO GRACA,406 - CENTRO CEP:60.140-060							
Complemento	****	Telefone	(85)3255-9010	E-mail	contab@hapvida.com.br				
<b>DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS</b>									
Razão Social/Nome		ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII							
CPF/CNPJ	16.518.821/0004-05	Inscrição Municipal		Município	CONTAGEM - MG				
Endereço e CEP		ROLIVEIRA, 179 - INDUSTRIAL ITAU CEP: 32.223-380							
Complemento	CASA	Telefone	31993195025	E-mail	escolairmaelvira@gmail.com				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>									
ESTE PAGAMENTO REFERE-SE AO CONTRATO N0C2PS FIRMADO COM A EMPRESA, REFERENTE A COMPETENCIA 072025 , FICANDO MENCIONADO PAGAMENTO VINCULADO A VIGENCIA DO CITADO CONTRATO COLETIVO.									
<b>ATESTO</b>  									
<b>CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE</b>									
4.22 / 655020001 - PLANOS DE SAUDE									
<b>DETALHAMENTO ESPECÍFICO DA CONSTRUÇÃO CIVIL</b>									
Código da Obra		Código ART							
<b>TRIBUTOS FEDERAIS</b>									
PIS	0,00	COFINS	0,00	IR(R\$)	0,00	INSS(R\$)	0,00	CSLL(R\$)	0,00
<b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>				<b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b>					
Valor dos Serviços R\$		1.712,56	Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		1.712,56		
(-) Desconto Incondicionado		0,00	1-Tributação no Município		(-) Deduções Permitidas em Lei				
(-) Desconto Condicionado		0,00	Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00		
(-) Retenções Federais		0,00	0-Nenhum		Base de Cálculo		1.712,56		
Outras Retenções		0,00	Opção Simples Nacional		(X) Alíquota %		2,00		
(-) ISS Retido		0,00	2 - Não		ISS a reter		( ) Sim (X) Não		
(=) Valor Líquido R\$		1.712,56	Incentivador Cultural		(=) Valor do ISS R\$		0,00		
			2 - Não						
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços, no sítio <a href="http://iss.fortaleza.ce.gov.br">http://iss.fortaleza.ce.gov.br</a> 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser validada no site <a href="http://iss.fortaleza.ce.gov.br/">http://iss.fortaleza.ce.gov.br/</a> , com a utilização do Código de Verificação. 3- A base de cálculo e o valor do imposto serão calculados conforme Art. 240, § 3º-A, da Lei Complementar nº 159/2013, com redação da Lei Complementar nº 367/2023.							



 033-7		<b>Recibo do Pagador</b>			
Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 15/07/2025
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
Data do Documento 04/07/2025	Número do Documento 3113110993	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 24/06/2025	Nosso Número 1010560048931
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor X	(-) Valor do Documento 1,712.56	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) <b>APOS O VENCIMENTO, EMITIR 2 VIA DO BOLETO ATRAVES 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\$: MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO</b>					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII 16.518.821/0004-05 0C2PS R.OLIVEIRA 179 - INDUSTRIAL ITAU - CASA - 32.223-380 CONTAGEM / MG					NF: 74533959
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					Cód. Transação: CVT774-5

 033-7		Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA			
<b>ATESTO</b> <i>Luizena Melo 138642866-38</i> <i>Angela Maria Lira 032390.516-13</i>					Vencimento 15/07/2025
					Nosso Número 1010560048931
					Numero do Documento 3113110993
					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
					(=) Valor do Documento 1,712.56
					Pagador

 033-7		03399.82167 96710.105600 04893.101016 4 11430000171256			
Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 15/07/2025
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
Data do Documento 04/07/2025	Número do Documento 3113110993	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 24/06/2025	Nosso Número 1010560048931
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor X	(-) Valor do Documento 1,712.56	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) <b>APOS O VENCIMENTO, EMITIR 2 VIA DO BOLETO ATRAVES 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\$: MULTA APÓS VENCIMENTO: 2% RECEBIMENTO SOMENTE PELO VALOR TOTAL DO DOCUMENTO</b>					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII 16.518.821/0004-05 0C2PS R.OLIVEIRA 179 - INDUSTRIAL ITAU - CASA - 32.223-380 CONTAGEM / MG					NF: 74533959
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					Cód. Transação: CVT774-5

Autenticação mecânica Ficha de Compensação



## Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	16.518.821/0004-05
<b>Nome:</b>	ORGANIZACAO EDUCACIONAL J. XXIII
<b>Conta de débito:</b>	01639   1292   000580146562-2

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.82167 96710.105600 04893.101016 4 11430000171256
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	33
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>63.554.067/0001-98</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII
<b>CPF/CNPJ:</b>	16.518.821/0004-05
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ORGANIZACAO EDUCACIONAL J. XXIII
<b>CPF/CNPJ:</b>	16.518.821/0004-05

<b>Data do Vencimento:</b>	15/07/2025
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	04/07/2025
<b>Valor Nominal do Bolet:</b>	1.712,56
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.712,56
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.712,56
<b>Identificação do Pagamento:</b>	HAPVIDA

**Data/hora da operação:** 04/07/2025 09:51:37

**Código da operação:** 49168229221  
**Chave de segurança:** MCC1PM9Y07WKVZC6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

AV HERACLITO GRACA 406  
Bairro: CENTRO CEP:60140-060 - FORTALEZA - CE  
Analítico Fatura Mensal

25/06/25 06:15

2

Empresa	0C2PS ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII							
Unidade	1 ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO X							
Plano	AC		Qtd	Mensalidade	Adicional	Desconto	Multa	Cobrado
1929	3 PRATA AMBULATORIAL EMPRESARIAL 2020		6	1,712.56		0.00	0.00	1,712.56
				1,712.56		0.00	0.00	1,712.56

Empresa	0C2PS ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII							
Plano	AC		Qtd	Mensalidade	Adicional	Desconto	Multa	Cobrado
1929	3 PRATA AMBULATORIAL EMPRESARIAL 2020		6	1,712.56	0.00	0.00	0.00	1,712.56
				1,712.56	0.00	0.00	0.00	1,712.56

Descontos e Acréscimos

Tipo Valor Observação

Taxa de Implatacao: 0.00

Relação Reajuste por Faixa Etaria

Usuário Empresa Idade Dt. Nascimento

Histórico de Beneficiários de Empresa com Vigência Retroativa

Beneficiário Valor Mensalidade Valor Cobrança Fatura com vencimento

Histórico de Multas por Faltas por Beneficiários

Beneficiário Data Falta Valor Multa por Falta

*Lucas*

