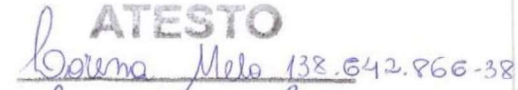
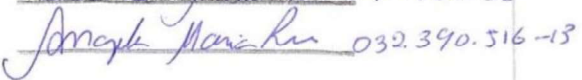
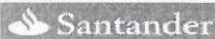
		<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>			Número da NFS-e 76981951				
Data e Hora da Emissão	02/09/2025 09:39:29	Competência	09/2025	Código de Verificação	178886762				
Número do RPS	130662204	No. NFS-e substituída		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 092025 ,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 ESPECIFICO 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\$	1.569,96	Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	1.569,96				
(-) 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	1.569,96				
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\$	1.569,96	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 site <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

Recibo do Pagador

Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 15/09/2025
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
Data do Documento 01/09/2025	Número do Documento 3156788355	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 21/08/2025	Nosso Número 1010582902200
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x	(=) Valor do Documento 1,569.96	
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:
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>   032.340.516-13					Vencimento 15/09/2025
					Nosso Número 1010582902200
					Numero do Documento 3156788355
					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
					(=) Valor do Documento 1,569.96
Pagador					Autenticação Mecânica

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98



033-7

03399.82167 96710.105824 90220.001011 1 12050000156996

Local de Pagamento: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 15/09/2025
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967
Data do Documento 01/09/2025	Número do Documento 3156788355	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 21/08/2025	Nosso Número 1010582902200
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x	(=) Valor do Documento 1,569.96	
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:
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					Cód. Transação: CVT774-5

Autenticação mecânica Ficha de Compensação

*Caracul*

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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>Histórico do Pagamento:</b>	HAPVIDA
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.82167 96710.105824 90220.001011 1 12050000156996
<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>	15/09/2025
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	11/09/2025
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	1.569,96
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (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>	1.569,96
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.569,96
<b>Identificação do Pagamento:</b>	HAPVIDA

*Recibo*



Empresa 0C2PS ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII  
 Unidade 1 ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO X

1,569.96 0.00 0.00 1,569.96

Empresa 0C2PS ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII  
 Plano AC  
 1929 3 PRATA AMBULATORIAL EMPRESARIAL 2020

Mensalidade 1,569.96  
 Adicional 0.00  
 Desconto 0.00  
 Multa 0.00  
 Cobrado 1,569.96

**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

*0.00*