



Sociedade de São Vicente de Paulo
Lar Maria Clara
Conselho Central São Francisco
de Assis - Contagem - MG

Justificativa TC 001/2024

Contagem, 25 de Abril de 2025.

À Ex.º

Sr. Marius Fernando Cunha de Carvalho

Secretário Municipal de Desenvolvimento Social, Trabalho e Segurança Alimentar.

Prezado Secretário,

Venho por meio desta justificar que a Hapvida Assistência Médica S. prestadora de serviços emite as notas sem prévia comunicação com a instituição, todavia fizemos o contato para que a mesma faça a inclusão do termo de convênio, porém ainda não tivemos um retorno, mas continuaremos tentando para atender a solicitação desta secretaria.

Contamos com a sua compreensão e desde já agradecemos.

Atenciosamente,

MARIA AUXILIADORA
IZIDORIO:52035646634

Assinado de forma digital por
MARIA AUXILIADORA
IZIDORIO:52035646634
Dados: 2025.05.06 12:27:08
-03'00'

Maria Auxiliadora Izidorio
Presidente do Lar Maria Clara

 033-7					Recibo do Pagador	
Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 15/04/2024	
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA					Agência / Código Beneficiário 2136/8216967	
Data do Documento 15/04/2024	Número do Documento 1643111307	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 23/03/2024	Nosso Número 1010391007141	
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x		(-) Valor do Documento 1,247.45	
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) 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					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(-) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador LAR MARIA CLARA 19.693.662/0001-12 OBRTG R.JOAOQUIM CAMARGOS 362 - CENTRO - - 32.041-440 CONTAGEM / MG					NF: 58258166	
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98					Cód. Transação: CVT774-5	

 033-7		Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA			
Aviso que o Serviço foi prestado e o material fornecido. Liliane Ap. C. P. de Oliveira ASS: 044.978.936-50 30/04/24 Taynara E. Almeida ASS: 118.895.226-77 30/04/24				Vencimento 15/04/2024	
				Nosso Número 1010391007141	
				Número do Documento 1643111307	
				Agência / Código Beneficiário 2136/8216967	
				(=) Valor do Documento 1,247.45	
Pagador				Autenticação Mecânica	
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98					

 033-7		03399.82167 96710 108329 00714.101011 4 96870000124745			
Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER				Vencimento 15/04/2024	
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA				Agência / Código Beneficiário 2136/8216967	
Data do Documento 15/04/2024	Número do Documento 1643111307	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 23/03/2024	Nosso Número 1010391007141
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie REAL	Quantidade	Valor x		(=) Valor do Documento 1,247.45
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) 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					(-) Desconto
					(-) Abatimento
					(+) Mora
					(-) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador LAR MARIA CLARA 19.693.662/0001-12 OBRTG R.JOAOQUIM CAMARGOS 362 - CENTRO - - 32.041-440 CONTAGEM / MG					NF: 58258166
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98					Cód. Transação: CVT774-5

Autenticação mecânica Ficha de Compensação



		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 58258166					
Data e Hora da Emissão		01/04/2024 05:35:14		Competência		04/2024		Código de Verificação		557457668	
Número do RPS		78416650		No. NFS-e substituída				Local da Prestação		CONTAGEM - MG	
DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS											
		Razão Social/Nome		HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.							
		Nome Fantasia		HAPVIDA							
		CPF/CNPJ		63.554.067/0001-98		Insc Municipal		106.534-3		Município FORTALEZA - CE	
		Endereço e CEP		AV HERACLITO GRACA,406 - CENTRO CEP:60.140-060							
		Complemento		****		Telefone		(85)3255-9010		E-mail vanessacc@hapvida.com.br	
DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS											
		Razão Social/Nome		LAR MARIA CLARA							
		CPF/CNPJ		19.693.662/0001-12		Inscrição Municipal				Município CONTAGEM - MG	
		Endereço e CEP		RJOAQUIM CAMARGOS, 362 - CENTRO CEP: 32.041-440							
		Complemento		NI		Telefone		31984546982		E-mail financeiro@larmariacara.org.br	
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
ESTE PAGAMENTO REFERE-SE AO CONTRATO N0BRTG FIRMADO COM A EMPRESA, REFERENTE A COMPETENCIA 042024 ,FICANDO MENCIONADO PAGAMENTO VINCULADO A VIGENCIA DO CITADO CONTRATO COLETIVO.											
CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE											
4.22 / 655020001 - PLANOS DE SAUDE											
DETALHAMENTO ESPECIFICO DA CONSTRUÇÃO CIVIL											
		Código da Obra				Código ART					
TRIBUTOS FEDERAIS											
PIS		0,00		COFINS		0,00		IR(R\$)		0,00	
								INSS(R\$)		0,00	
								CSLL(R\$)		0,00	
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços						Cálculo do ISSQN devido no Município					
Valor dos Serviços R\$		1.247,45		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$				1.247,45	
(-) 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				1.247,45	
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\$		1.247,45		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 http://iss.fortaleza.ce.gov.br 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser validada no site http://iss.fortaleza.ce.gov.br/ , 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.									

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**Pagador Final / Efetivo****CPF/CNPJ:** 19.693.662/0001-12**Nome:** LAR MARIA CLARA**Conta de débito:** 1529 | 003 | 00007241-2**Representação numérica do código de barras:** 03399.82167 96710.103910 00714.101011 4
96870000124745**Instituição Emissora - Nome do Banco:** BANCO SANTANDER S.A.**Código do Banco:** 033**Código do ISPB:** 90400888**Beneficiário original / Cedente****Nome Fantasia:** HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A**Nome/Razão Social:** HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A**CPF/CNPJ:** 63.554.067/0001-98**Sacador Avalista****Nome/Razão Social:** HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA**CPF/CNPJ:** 63.554.067/0001-98**Pagador Sacado****Nome/Razão Social:** LAR MARIA CLARA**CPF/CNPJ:** 19.693.662/0001-12**Pagador Final - Correntista****Nome/Razão Social:** LAR MARIA CLARA**CPF/CNPJ:** 19.693.662/0001-12**Data do Vencimento:** 15/04/2024**Data de Efetivação / Agendamento:** 15/04/2024**Valor Nominal do Boleto:** 1.247,45**Juros (R\$):** 0,00**IOF (R\$):** 0,00**Multa (R\$):** 0,00**Desconto (R\$):** 0,00**Abatimento (R\$):** 0,00

Valor Calculado (R\$): 1.247,45

Valor Pago (R\$): 1.247,45

Identificação do Pagamento: HAPVIDA

Data/hora da operação: 15/04/2024 17:12:47

Código da operação: 006566883

Chave de segurança: SQMGTVY6ATK8XNTL

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

Obrigaçao	1643111307	Controle	1010391007141	Vencimento	15/04/24	Nota Fiscal	Valor	1,247.45	Bruto	1,247.45					
Empresa	OBRTG	LAR MARIA CIARA													
Unidade	2	LAR MARIA CIARA													
Titular	ANDSAN PATRICIA LIMA														
Credencial	Matr.	CPF	Beneficiario	Paren.	Nome Mãe	Nasc	Idade	Inicio	Plano	Tx_Ad	AC Mensalidade Adicional	Desconto	Multa	Cobrado	
OBRTG.000039-00	4	923360866-20	ANDSAN PATRICIA LIMA	TITULAR MARIA DA CONCEICAO LIMA		08/09/74	49	15/11/20	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
OBRTG.000039-03	9	184704876-55	LUAN VICTOR LIMA FERNANDES	FILHO(A) ANDSAN PATRICIA LIMA		29/10/04	19	01/03/24	1957	5.77	3	112.88	0.00	0.00	231.53
												225.76	0.00	0.00	344.41
Titular	EDNA DA SILVA FERREIRA														
Credencial	Matr.	CPF	Beneficiario	Paren.	Nome Mãe	Nasc	Idade	Inicio	Plano	Tx_Ad	AC Mensalidade Adicional	Desconto	Multa	Cobrado	
OBRTG.000052-00	0	492016896-91	EDNA DA SILVA FERREIRA	TITULAR MARIA GOMES DA SILVA		21/03/66	58	15/05/22	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
												112.88	0.00	0.00	112.88
Titular	EZEQUIEL GOMES BARBOSA														
Credencial	Matr.	CPF	Beneficiario	Paren.	Nome Mãe	Nasc	Idade	Inicio	Plano	Tx_Ad	AC Mensalidade Adicional	Desconto	Multa	Cobrado	
OBRTG.000003-00	0	780293686-15	EZEQUIEL GOMES BARBOSA	TITULAR CELINA MOUTINHO GOMES		04/05/69	54	11/07/15	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
												112.88	0.00	0.00	112.88
Titular	MARIA APARECIDA SANTOS RIBEIRO														
Credencial	Matr.	CPF	Beneficiario	Paren.	Nome Mãe	Nasc	Idade	Inicio	Plano	Tx_Ad	AC Mensalidade Adicional	Desconto	Multa	Cobrado	
OBRTG.000044-00	8	256752038-42	MARIA APARECIDA SANTOS RIBEIRO	TITULAR MARIA JOSE SANTOS RIBEIRO		02/12/68	55	15/12/21	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
OBRTG.000044-01	6	858636185-23	TAYNA SANTOS DE AQUINO	AGREGADO MARIA APARECIDA SANTOS RIBEIRO		09/10/94	29	15/12/21	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
												225.76	0.00	0.00	225.76
Titular	MONICA BARBOZA GOMES														
Credencial	Matr.	CPF	Beneficiario	Paren.	Nome Mãe	Nasc	Idade	Inicio	Plano	Tx_Ad	AC Mensalidade Adicional	Desconto	Multa	Cobrado	
OBRTG.000031-00	4	834846806-44	MONICA BARBOZA GOMES	TITULAR LAURITA BARBOZA GOMES		15/01/73	51	15/05/22	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
												112.88	0.00	0.00	112.88
Titular	SILVANA APARECIDA SILVA ALVES														
Credencial	Matr.	CPF	Beneficiario	Paren.	Nome Mãe	Nasc	Idade	Inicio	Plano	Tx_Ad	AC Mensalidade Adicional	Desconto	Multa	Cobrado	
OBRTG.000043-00	1	633661006-30	SILVANA APARECIDA SILVA ALVES	TITULAR MARILHA SILVEIRA SILVA		27/09/63	60	15/12/21	1957	0.00	3	112.88	0.00	0.00	112.88
												112.88	0.00	0.00	112.88
Titular	SILVANIA SOUZA TIAGO DE OLIVEIRA														
Descontos e Acréscimos												112.88	0.00	0.00	112.88
												0.00	0.00	0.00	112.88

27/03/24 12:07

[illegible]