



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 15/03/2024 | |
| Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA | | | | Agência / Código Beneficiário 2136/8216967 | |
| Data do Documento 01/03/2024 | Número do Documento 1626253620 | Espécie Documento REC | ACEITE N | Data do Processamento 21/02/2024 | Nosso Número 1010378856769 |
| Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR | Espécie REAL | Quantidade | Valor x | (=) Valor do Documento 137,20 | |
| 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. JOAQUIM CAMARGOS 362 - CENTRO - - 32.041-440 CONTAGEM / MG Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98 | | | | NF: Cód. Transação: CVT774-5 | |

| | | | | | |
|--|--|-------|--|---|--|
|  | | 033-7 | | Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA | |
| Atesto que o Serviço foi prestado e o material fornecido. <i>Ana Carolina S. Gonçalves</i> ASS: 124.635.706-28 <i>31/03/2024</i> ASS: <i>Ulane Ap. C. P. de Oliveira</i> <i>04.978.936-50</i> <i>31/03/2024</i> | | | | Vencimento 15/03/2024 | |
| | | | | Nosso Número 1010378856769 | |
| | | | | Número do Documento 1626253620 | |
| | | | | Agência / Código Beneficiário 2136/8216967 | |
| | | | | (=) Valor do Documento 137,20 | |
| Pagador | | | | Autenticação Mecânica | |

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|-------------|--|-------------------------------|
|  | | 033-7 | | 03399.82167 96710.103787 85676.901011 6 96560000013720 | |
| Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | Vencimento 15/03/2024 | |
| Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA | | | | Agência / Código Beneficiário 2136/8216967 | |
| Data do Documento 01/03/2024 | Número do Documento 1626253620 | Espécie Documento REC | ACEITE N | Data do Processamento 21/02/2024 | Nosso Número 1010378856769 |
| Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR | Espécie REAL | Quantidade | Valor x | (=) Valor do Documento 137,20 | |
| 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. JOAQUIM CAMARGOS 362 - CENTRO - - 32.041-440 CONTAGEM / MG Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98 | | | | NF: Cód. Transação: CVT774-5 | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



OBRTG-LAR MARIA CLARA

1010378856769 15/03/2024 137,20

OBRTG000039-ANDSAN PATRICIA LIMA

| Cod.Usuario | Matricula | Cpf | Nome | |
|----------------|------------|----------------------------------|----------------------|-------|
| OBRTG000039004 | | 92336086620 | ANDSAN PATRICIA LIMA | |
| N55821027 | 01/02/2024 | 00010014-CONSULTA EM CONSULTORIO | NOTRE DAME | 41,16 |
| N61576681 | 17/02/2024 | 00010014-CONSULTA EM CONSULTORIO | NOTRE DAME | 41,16 |
| Total: | | | | 82,32 |

OBRTG000051-MONICA BARBOZA GOMES

| Cod.Usuario | Matricula | Cpf | Nome | |
|----------------|------------|---|----------------------|-------|
| OBRTG000051004 | | 83484680644 | MONICA BARBOZA GOMES | |
| N55222896 | 31/01/2024 | 10101012-CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECID | AWOR SAUDE | 13,72 |
| N62197600 | 19/02/2024 | 00010014-CONSULTA EM CONSULTORIO | NOTRE DAME | 41,16 |
| Total: | | | | 54,88 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-eNúmero da
NFS-e
57314561

| | | | | | |
|------------------------|---------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/03/2024 14:29:48 | Competência | 03/2024 | Código de Verificação | 905179451 |
| Número do RPS | 77273278 | 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@larmariaclara.org.br |

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

ESTE PAGAMENTO REFERE-SE AO CONTRATO N0BRTG FIRMADO COM A EMPRESA, REFERENTE A COMPETENCIA 032024 ,FICANDO MENCIONADO PAGAMENTO VINCULADO A VIGENCIA DO CITADO CONTRATO COLETIVO.COPARTICIPACAO

CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE

4.22 / 655020001 - PLANOS DE SAUDE

DETALHAMENTO ESPECÍFICO 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\$ | 137,20 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R\$ | 137,20 |
| (-) 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 | 137,20 |
| 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\$ | 137,20 | 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 96710.103787 85676.901011 6 96560000013720 |
| 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: | 15/03/2024 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 04/03/2024 |
| Valor Nominal do Boleto: | 137,20 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

| | |
|------------------------------------|---------|
| Valor Calculado (R\$): | 137,20 |
| Valor Pago (R\$): | 137,20 |
| Identificação do Pagamento: | HAPVIDA |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 04/03/2024 17:18:44 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|-----------|
| Código da operação: | 064433598 |
|----------------------------|-----------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Chave de segurança: | HKT2FKV990CFKJ2H |
|----------------------------|------------------|

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

Aiô CAIXA: 0800 104 0104