



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. °

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.

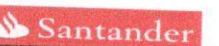
Atenciosamente,

MARIA AUXILIADORA
IZIDORIO:52035646634

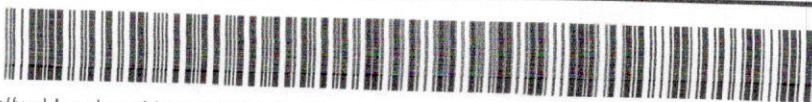
Assinado de forma digital por
MARIA AUXILIADORA
IZIDORIO:52035646634
Dados: 2025.05.06 12:27:08
-03'00'

Maria Auxiliadora Izidorio
Presidente do Lar Maria Clara

		033-7	
Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER			
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA			
Data do Documento 15/04/2024		Número do Documento 1640977052	
Especie Documento REC		ACEITE N	
Data do Processamento 20/03/2024		Nosso Número 1010389540199	
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR		Especie REAL	
Quantidade		Valor x	
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			
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			
Cód. Transação: CVT774-5			
NF: 58243269			

		033-7	
Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA			
Atesto que o Serviço foi prestado e o material fornecido.			
Liliane Ap. C. P. de Oliveira			
ASS: 044.978.936-50			
30/04/24			
Pagador			
ASS: 118.255.226-47			
Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A. - CNPJ: 63.554.067/0001-98			
Autenticação Mecânica			

		033-7	
03399.82167 96710.103894 54019.901013 9 96870000004802			
Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER			
Beneficiário HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA			
Data do Documento 15/04/2024		Número do Documento 1640977052	
Especie Documento REC		ACEITE N	
Data do Processamento 20/03/2024		Nosso Número 1010389540199	
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR		Especie REAL	
Quantidade		Valor x	
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			
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			
Cód. Transação: CVT774-5			
NF: 58243269			



Autenticação mecânica Ficha de Compensação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-eNúmero da
NFS-e
58243269

Data e Hora da Emissão	01/04/2024 04:14:07	Competência	04/2024	Código de Verificação	456500902
Número do RPS	78447639	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 NOBRTG FIRMADO COM A EMPRESA, REFERENTE A COMPETENCIA 04/2024, FICANDO MENCIONADO PAGAMENTO VINCULADO A VIGENCIA DO CITADO CONTRATO COLETIVO.COPARTICIPACAO

**Atesto que o Serviço
foi prestado e o
material fornecido.**

Liliane Ap. C. P. de Oliveira

ASS: 044.978.936-50
30/04/24ASS: Taynara E. Almeida
118.255.226-47
30/04/24**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\$	48,02	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$	48,02
(-) 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	48,02
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\$	48,02	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 <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 96710.103894 54019.901013 9
96870000004802**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:** 48,02**Juros (R\$):** 0,00**IOF (R\$):** 0,00**Multa (R\$):** 0,00**Desconto (R\$):** 0,00**Abatimento (R\$):** 0,00

Identificação do Pagamento: HAPVIDA

Data/hora da operação: 15/04/2024 17:12:27

Código da operação: 006566212

Chave de segurança: WN7Q8UYZ5XXEWF9Z

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

OBRTG-LAR MARIA CLARA

1010389540199 15/04/2024 48,02

OBRTG000039-ANDSAN PATRICIA LIMA

Cod. Usuario		Matricula	Cpf	Nome	
OBRTG000039004			92336086620	ANDSAN PATRICIA LIMA	
N67450129	01/03/2024	00010014 - CONSULTA EM CONSULTORIO			
N68840808	05/03/2024	40304590 - TEMPO DE PROTROMBINA		CENTRO MEDICO PROCLIN ELDORADO	13,72
N68840810	05/03/2024	40302040 - GLICOSE JEJUM		HERMES PARDINI	6,86
N68840812	05/03/2024	40301630 - CREATININA		HERMES PARDINI	6,86
N68840814	05/03/2024	40302580 - UREIA		HERMES PARDINI	6,86
N68840816	05/03/2024	40304361 - HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS		HERMES PARDINI	6,86
Total:					48,02