

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

custo RH - DD.
R\$ 2.150

Banco Receptor: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Pagador Final / Efetivo

CPF/CNPJ: 08.583.491/0001-52

Nome: INSTITUTO DE D. S. A. DA ALIANÇA

Conta de débito: 00893 | 1292 | 000579897749-4

Histórico do Pagamento: HAPVIDA

Representação numérica do código de barras: 03399.82167 96710.105345 12838.901010 5 10720000121786

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO SANTANDER S.A.

Código do Banco: 33

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

Pagador Sacado

Nome/Razão Social: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA

CPF/CNPJ: 08.583.491/0001-52

Pagador Final - Correntista

Nome/Razão Social: INSTITUTO DE D. S. A. DA ALIANÇA

CPF/CNPJ: 08.583.491/0001-52

Data do Vencimento: 05/05/2025

Data de Efetivação / Agendamento: 29/04/2025

Valor Nominal do Boleto: 1.217,86

Juros (R\$): 0,00

IOF (R\$): 0,00

Multa (R\$): 0,00

Desconto (R\$): 0,00

Abatimento (R\$): 0,00

Valor Calculado (R\$): 1.217,86

Valor Pago (R\$): 1.217,86

Identificação do Pagamento: HAPVIDA

Data/hora da operação: 29/04/2025 17:07:00

Código da operação: 45970281919

Chave de segurança: MHEWY13ETVCH1454

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

		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 72152675					
Data e Hora da Emissão		15/04/2025 10:24:12		Competência		04/2025		Código de Verificação		954065476	
Número do RPS		122918310		No. NFS-e substituída				Local da Prestação		FORTALEZA - CE	
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		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	
DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS											
Razão Social/Nome		INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA DA A									
CPF/CNPJ		08.583.491/0001-52		Inscrição Municipal				Município		CONTAGEM - MG	
Endereço e CEP		RVISCONDE DE ITABORAI, 111 - JARDIM INDUSTRIAL CEP: 32.215-260									
Complemento		NI		Telefone		31336136690		E-mail		arca.allianca@hotmail.com	
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
ESTE PAGAMENTO REFERE-SE AO CONTRATO N0BDOQ FIRMADO COM A EMPRESA, REFERENTE A COMPETENCIA 052025 ,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\$		1.217,86		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		1.217,86			
(-) 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		1.217,86			
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\$		1.217,86		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.									

PLANO DE SAÚDE			
RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS (DIRETOS) HAPVIDA MAIO./25			
NOME	FUNÇÃO	QUANTIDADE	BOLETO
CLÁUDIA PARISI ALVES LOBO (TITULAR)	DIRETORA	1	R\$ 718,54
TOTAL		1	R\$ 718,54

PAGAMENTO COM BOLETO	FUNCIONÁRIOS DIRETOS VALOR	R\$ 718,54
PAGAMENTO COM BOLETO	FUNCIONÁRIOS INDIRETOS VALOR	R\$ 499,32
VALOR TOTAL DO BOLETO	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	R\$ 1.217,86