

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

cartero NH - DD.
Rps 2 1150

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	08.583.491/0001-52
Nome:	INSTITUTO DE D. S. A. DA ALIANCA
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 ALIANCA
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 NOBD0Q 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 (INDIRETOS) HAPVIDA MAIO./25			
NOME	FUNÇÃO	QUANTIDADE	BOLETO
ANTONIO ALVES NETO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	1	R\$ 499,32
TOTAL		1	R\$ 499,32

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