

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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**Representação numérica do código de barras:** 03399.82167 96710.105436 72933.001017 8 11030000121786**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:** 05/06/2025**Data de Efetivação / Agendamento:** 05/06/2025**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**Data/hora da operação:** 05/06/2025 13:20:29**Código da operação:** 47805793817**Chave de segurança:** HVJS7ENYCTH876ES**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

**HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA.**

Matriz: Rua Heraclito Graca, 406, CENTRO
CEP.: 60.140-061 - Fortaleza - Ceara Fone:
(085) 3255.9090 - FAX: (085) 3255.9045

Acessando o site da Hapvida (<http://www.hapvida.com.br>) ou buscando contato junto ao serviço de atendimento ao consumidor SAC (0800-280-9130), V. Sa. pode obter informacoes sobre as substituicoes ocorridas na rede assistencial do seu produto (plano de saude).

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA					
Mensalidade Plano Saúde	(+) Valor de Odontologia	(+) Tarifa de Cobrança	(+) Valor Fator Moderador	(+) Outros	(-) Total da Fatura
1,217.86	.00	.00	.00	.00	1,217.86

CORTE AQUI

DEPENDENTES	CÓDIGO

Este comprovante
de pagamento não
substitui a carteira
HAPVIDA

VALIDADE
05/07/2025



NOME **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARC**
CÓDIGO **0BD0Q.000000**
VENCIMENTO **05/06/2025**
MENSALIDADE REFERENTE AO PERÍODO **01/06/2025 A 30/06/2025**

Num Documento: **0BD0Q.000000 06/2025** Data Doc.: **15/05/2025**
Agn/Cod.Ben: **2136 /8216967** N.Num.: **1010543729330**

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CORTE AQUI



033-7

Beneficiário: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA CNPJ: 63.554.067/0001-98

	Vencimento: 05/06/2025
	Nosso Número: 1010543729330
	Número do Documento: 0BD0Q.000000 06/2025
	Valor do Documento 1,217.86

FICHA DO CAIXA



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

Número da
NFS-e
72469217

Data e Hora da Emissão	15/05/2025 00:40:51	Competência	05/2025	Código de Verificação	814883332
Número do RPS	124821830	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 N0BD0Q FIRMADO COM A EMPRESA, REFERENTE A COMPETENCIA 062025 ,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

