

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 96710.105212 42801.001019 3 10420000109224
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:	05/04/2025
Data de Efetivação / Agendamento:	04/04/2025
Valor Nominal do Boleto:	1.092,24
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.092,24
Valor Pago (R\$):	1.092,24

Data/hora da operação:	04/04/2025 11:31:09
------------------------	---------------------

Código da operação:	44807510241
Chave de segurança:	CEJFQZT40WZ3MA7F

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

Ana Lúcia de Souza Moreira
Aux. Administrativo



033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento
05/04/2025

Beneficiário

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Agência / Código Beneficiário
2136/8216967Data do Documento
31/03/2025Número do Documento
3037362234Espécie Documento
RECACEITE
NData do Processamento
13/03/2025Nosso Número
1010521428010Carteira
COBRANÇA SIMPLES - RCREspécie
REAL

Quantidade

Valor
x(=) Valor do Documento
1,092.24

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 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA 08.583.491/0001-52 0BD0Q

R.VISCONDE DE ITABORAI 111 - JARDIM INDUSTRIAL - -

NF: 71071590

32.215-260

CONTAGEM / MG

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98

Cód. Transação: CVT774-5



033-7

Beneficiário:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Vencimento

05/04/2025

Nosso Número

1010521428010

Número do Documento

3037362234

Agência / Código Beneficiário

2136/8216967

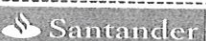
(=) Valor do Documento

1,092.24

Pagador

Autenticação Mecânica

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98



033-7

03399.82167 96710.105212 42801.001019 3 10420000109224

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento
05/04/2025

Beneficiário

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Agência / Código Beneficiário
2136/8216967Data do Documento
31/03/2025Número do Documento
3037362234Espécie Documento
RECACEITE
NData do Processamento
13/03/2025Nosso Número
1010521428010Carteira
COBRANÇA SIMPLES - RCREspécie
REAL

Quantidade

Valor
x(=) Valor do Documento
1,092.24

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 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA 08.583.491/0001-52 0BD0Q

R.VISCONDE DE ITABORAI 111 - JARDIM INDUSTRIAL - -

NF: 71071590

32.215-260

CONTAGEM / MG

Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98

Cód. Transação: CVT774-5

Autenticação mecânica Ficha de Compensação



Ana Lúcia de Souza Moreira
Aux. Administrativo

		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 71071590					
Data e Hora da Emissão		14/03/2025 11:02:02		Competência		03/2025		Código de Verificação		113977606	
Número do RPS		121099916		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 042025 ,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\$		1.092,24		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		1.092,24			
(-) 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		1.092,24			
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\$		1.092,24		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.									

Ana Lúcia de Souza Moreira
 Aux. Administrativo

PLANO DE SAÚDE			
RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS (INDIRETOS) HAPVIDA ABRIL./25			
NOME	FUNÇÃO	QUANTIDADE	BOLETO
ANTONIO ALVES NETO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	1	R\$ 461,65
TOTAL		1	R\$ 461,65

PAGAMENTO COM BOLETO	FUNCIONÁRIOS INDIRETOS VALOR	R\$ 461,65
PAGAMENTO COM BOLETO	FUNCIONÁRIOS DIRETOS VALOR	R\$ 630,59
VALOR TOTAL DO BOLETO	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	R\$ 1.092,24