

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 2136/8216967
Data do Documento 31/03/2025	Número do Documento 3037362234	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 13/03/2025	Nosso Número 1010521428010
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie 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 ITABORAÍ 111 - JARDIM INDUSTRIAL - - 32.215-260 CONTAGEM / MG Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					NF: 71071590 Cód. Transação: CVT774-5



033-7

Beneficiário:
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA

Vencimento 05/04/2025	
Nosso Número 1010521428010	
Numero 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 2136/8216967
Data do Documento 31/03/2025	Número do Documento 3037362234	Espécie Documento REC	ACEITE N	Data do Processamento 13/03/2025	Nosso Número 1010521428010
Carteira COBRANÇA SIMPLES - RCR	Espécie 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 ITABORAÍ 111 - JARDIM INDUSTRIAL - - 32.215-260 CONTAGEM / MG Sacador / Avalista: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - CNPJ: 63.554.067/0001-98					NF: 71071590 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 (DIRETOS) HAPVIDA ABRIL/25			
NOME	FUNÇÃO	QUANTIDADE	BOLETO
CLÁUDIA PARISI ALVES LOBO (TITULAR)	DIRETORA	1	R\$ 630,59
TOTAL		1	R\$ 630,59

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