

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 servico 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

RECIBO DO PAGADOR

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 ESPECÍFICO 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 site <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

