

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº 201900000264182

Emitida em: **10/05/2019** às 10:37:00

Competência: **06/05/2019**

Código de Verificação: **5c8a9af9**



UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

CPF/CNPJ: 16.513.178/0001-76

Inscrição Municipal: 0306.127/001-0

RUA DOS INCONFIDENTES, 44, FUNCIONARIOS - Cep: 30140-120

BELO HORIZONTE

MG

Telefone: (31) 4002-3030

Email: Não informado

Centro Pop

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 00.794.227/0001-56

Inscrição Municipal: Não informado

INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO

R DOS TAMOIOS 462, CENTRO - Cep: 30120-050

BELO HORIZONTE

MG

Telefone: Não informado

Email: Não informado

Termo de Colaboração: 002/2019
Nº do Processo: P.A. 034/2018
Chamamento Público nº003/2018

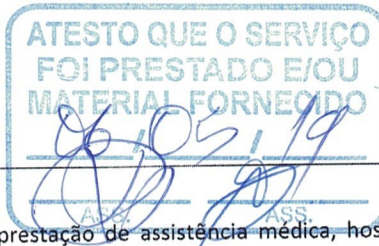
Discriminação do(s) Serviço(s)

CONTRATO: 00250549 - Mensalidade: 06/2019 - Assistência Médica R\$ 2.770,97 - Assistência Odontológica R\$ 112,26 - Aeromédico R\$ 42,15

Título: 4562163E01 - Vencimento: 15/06/2019

Obs.: Detalhamento do Serviço disponível no Relatório Dados da Fatura

Valor Aproximado dos Tributos Lei 12.741/12 ISS R\$ 26,33 PIS/COFINS R\$ 31,30



Código de Tributação do Município (CTISS)

0422-0/01-88 / Planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres.

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 /Descrição:

4.22 / Planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres.

Cod/Município da Incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte/MG

Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: Cooperativa

Valor dos Serviços:	R\$	2.925,38	Valor dos Serviços:	R\$	2.925,38
(-) Descontos:	R\$	0,00	(-) Deduções:	R\$	2.047,76
(-) Retenções Federais:	R\$	0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$	0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$	0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$	877,62
Valor Líquido:	R\$	2.925,38	(x) Alíquota:		3,00 %
			(=) Valor do ISS:	R\$	26,33

Retenções Federais:

Outras Informações:

PLANO COLET C/ PATROCÍNIO: ÍNDICE RN309. APLICADO 10% CONF. RN309/12 PROX REAJ.01/06/2020 A COMUNICAR ANS (RN 171/08). PL: UNIMED REG. ANS: 468238126 PLANO COLET ODONTO: COLET C/ PATROCÍNIO: ÍNDICE IGPM. APLICADO 8,64% ACUM. (05/2018 a 04/2019) A COMUNICAR ANS (RN 172/08). PL: ODONTOLOGICO REG. ANS: 477379169

Base de cálculo do ISSQN conf. Art. 10 e E7 Art.14 Lei 8725/03 R\$ 877,62

Base de cálculo para retenção na fonte do PIS/COFINS/CSLL nos termos da Lei 10.833/03 e Retenção de IR nos termos do Art.647 do Regulamento do IR (RIR/1999) R\$ 0,00

A autenticidade desta NFS-e deve ser confirmada no site <https://bhissdigital.pbh.gov.br/nfse/>



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Finanças

Rua Espírito Santo, 605 - 2º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG

Tel.: 156 / e-mail: atendimentofinancas@pbh.gov.br





Centro Pop

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO
Conta origem:	0620 / 003 / 00000842-2
Conta destino:	0620 / 003 / 00000701-9

Nome destinatário:	INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO
Valor:	R\$ 346,34
Identificação da operação:	AA ALBERGUE

Data de débito:	17/06/2019
Data/hora da operação:	17/06/2019 17:50:34

Código da operação:	00293195
Chave de segurança:	GZF7Z4V7PNH737YU

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DESMEMBRAMENTO UNIMED
MÊS JUNHO - 19

1	UNI PASSAG. POP. RUA	1.417,47
2	CASA DOS BEBÊS	101,05
3	HOTEL SOCIAL	418,69
4	REVIVER	641,83
	FÁBIO ALVES	
5	CENTRO POP	346,34
	TOTAL	2.925,38

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01415.610003 02944.723176 1 79210000292538

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DA 00250549 - CNPJ 00.794.227/0001-56 R CONSELHEIRO ROCHA 351 CASA FLORESTA 30150-210 BELO HORIZONTE MG Sacador/Avalista				
No. Documento 14156100002944723	Nr. Documento 4562163E01	Data de Vencimento 15/06/2019	Valor do Documento 2.925,38	(=) Valor Pago
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO - CNPJ 16.513.178/0001-76 - RUA DOS INCONFIDENTES UNIMED BH - 30140-120 BELO HORIZONTE MG				
Agência/Código do Beneficiário 3308-1/305 224-9				
Data do documento 06/05/2019	Espécie DOC DM	Aceite N	Data proces. 13/05/2019	
Uso do Banco	Carteira 17-078	Espécie R\$	Quantidade	x Valor

APOS 24/06/2019 SUJEITO ENVIO SERASA. NAO RECEBER APOS 08/09/2019. APOS 15/06/2019 5,85 DE JUROS AO DIA E MULTA DE 58,5
1. TELEFONE DE CONTATO PARA CLIENTES EMPRESARIAIS (31) 4002
-3030 DE SEG A SEX DE 08:00 AS 18:00
TITULO REFERE-SE A NFS-E NUMERO 201900000264182

2ª Via de Boleto de Cobrança Emita sem sair de casa

Para facilitar seu dia-a-dia você pode emitir 2ª Via de Boletos de Cobrança emitidos pelo BB.

Caso o boleto esteja vencido, são informados os valores de multa e juros automaticamente e você pode efetuar o pagamento em **qualquer banco ou correspondente**, desde que no mesmo dia da emissão.

Para atualizar o boleto, acesse www.bb.com.br

Caso você seja **cliente BB**, não precisa atualizar o boleto.
Acesse sua conta e efetue normalmente o pagamento, o **sistema atualiza** pra você.
Confira se o Banco do boleto é o mesmo ao efetuar o pagamento.

Autenticação mecânica — Recibo do Pagador

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco.
Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01415.610003 02944.723176 1 79210000292538

Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br.					Data de Vencimento 15/06/2019
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO - CNPJ 16.513.178/0001-76					Agência / Código do Beneficiário 3308-1/305 224-9
Data do Documento 06/05/2019	Nr do Documento 4562163E01	Espécie DOC DM	Aceite N	Data Processamento 13/05/2019	No. Número 14156100002944723
Uso do Banco	Carteira 17-078	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do Documento 2.925,38
Informações de responsabilidade do beneficiário APOS 24/06/2019 SUJEITO ENVIO SERASA. NAO RECEBER APOS 08/09/2019. APOS 15/06/2019 5,85 DE JUROS AO DIA E MULTA DE 58,5 1. TELEFONE DE CONTATO PARA CLIENTES EMPRESARIAIS (31) 4002 -3030 DE SEG A SEX DE 08:00 AS 18:00 TITULO REFERE-SE A NFS-E NUMERO 201900000264182					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Nome do Pagador/CPF/CNPJ INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DA 00250549 - CNPJ 00.794.227/0001-56 R CONSELHEIRO ROCHA 351 CASA FLORESTA 30150-210 - BELO HORIZONTE MG Sacador/Avalista					

Autenticação mecânica - Ficha de compensação





Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	00.794.227/0001-56
Nome:	INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO
Conta de débito:	0620 / 003 / 00000701-9

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 01415.610003 02944.723176 1 79210000292538
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI
Nome/Razão Social:	UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI
CPF/CNPJ:	16.513.178/0001-76
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI
CPF/CNPJ:	16.513.178/0001-76
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	INSTITUTO DE PROMOCAO SOCIAL E HUMANA
CPF/CNPJ:	00.794.227/0001-56
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO
CPF/CNPJ:	00.794.227/0001-56

Data do Vencimento:	15/06/2019
Data de Efetivação / Agendamento:	17/06/2019
Valor Nominal do Boleto:	2.925,38
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.925,38
Valor Pago (R\$):	2.925,38
Identificação do Pagamento:	UNIMED

Data/hora da operação:	17/06/2019 14:53:55
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	068709792
Chave de segurança:	80ASAPPNQNZ7M0YV

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
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Nota Fiscal: 4562163 / E01 Competência: 01/06/2019 Cliente: INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO
Nº Contrato Aux.: 0250549 Fechamento de cadastro atual: 01/05/2019 Último fechamento de cadastro: 01/04/2019 Data Cancelamento:
Cliente Fatura: 19 Cliente Repassado: Vir. Tot. Pre Pagto: 2,925.38
VFS-e: 201900000264182

Acomodação	Descrição	Valor
Enfermaria	Aeromedico - Unimed Aeromedica	42.15
	Basico Enfermaria	2,758.97
	Odontologia Odontoprev Coletivo Empresarial - 477.379/16-9	112.26
	Taxa De Segunda Via De Carteira (Nível Usuário)	12.00
Total Nota Fiscal:		2,925.38
Total Relatório:		2,925.38

IMPORTANTE: Esta fatura foi processada considerando o período de movimentação entre o último fechamento de cadastro e o fechamento de cadastro atual, conforme cabeçalho deste relatório. Não estão contempladas movimentações executadas fora desse período.

Nota Fiscal: 4562163 / E01 Competência: 01/06/2019

Cliente: INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO

Nº Contrato Aux.: 0250549 Fechamento de cadastro atual: 01/05/2019

Último fechamento de cadastro: 01/04/2019

Data Cancelamento:

Cliente Fatura: 19 Cliente Repassado:

Vir. Tot. Pre Pagto: 2,925.38

NFS-e: 201900000264182

Codigo Produto	Cliente Módulo	Data Incl.	Data Exc.	Data Nasc.	Data Óbito	ValorCrédito	Débito	Faixa Etária	
								Alt. Faixa	Total
00060502436550003	CAROLINA ALICE DE SOUZA OLIVEIRA			14/05/1980				39 a 43	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				145.96	0.00	0.00	S 148.77
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	S
00060502756962000	INGRID CRISTINA MENDES FREITAS			03/04/1992				24 a 28	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/02/2019				101.05	0.00	0.00	N 101.05
00060502436548009	JOSE ADILSON GOMES DA SILVA			26/07/1971				44 a 48	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				183.91	0.00	0.00	N 186.72
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
00060502436548106	PEDRO ARTHUR FERREIRA GOMES			23/05/2005				0 a 18	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				67.91	0.00	0.00	N 70.72
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
00060502436548017	SEIR FERREIRA DA SILVA			18/06/1976				39 a 43	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				145.96	0.00	0.00	N 148.77
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
00060502658917000	JULIANA GOMIDES QUINTELA			20/04/1991				24 a 28	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	11/07/2018				101.05	0.00	0.00	N 101.05
00060502436543007	MONICA MARES NOGUEIRA DE OLIVEIRA			24/10/1971				44 a 48	
UNIMED PLENO	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N 186.72
	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				183.91	0.00	0.00	N
00060502436547002	NILTON DE SOUZA OLIVEIRA			04/09/1958				59 a 999	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				406.67	0.00	0.00	N 409.48
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
00060502436547010	LUCIA HELENA DE ALMEIDA			25/08/1964				54 a 58	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				249.49	0.00	0.00	N 252.30
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
00060502436532005	RENAN SILVA VIEIRA			26/01/1992				24 a 28	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				101.05	0.00	0.00	N 134.57
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
	ODONTOLOGIA	21/10/2017				18.71	0.00	0.00	N
Codigo Taxa	Descrição Tipo Taxa			Qtde	Valor				
TAXA2VIA	TAXA DE SEGUNDA VIA DE CARTEIRA			1	0				
00060502436539000	ROBERT MICHEL AFONSO DE LIMA E SILVA			20/05/1980				39 a 43	
UNIMED PLENO	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	S 167.48
	ODONTOLOGIA	01/06/2017				18.71	0.00	0.00	S
	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				145.96	0.00	0.00	S
00060502436539301	JOANA DAPHINE RODRIGUES DE LIMA E			25/01/2011				0 a 18	
UNIMED PLENO	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N 89.43
	ODONTOLOGIA	01/06/2017				18.71	0.00	0.00	N
	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				67.91	0.00	0.00	N
00060502436544003	SIRLENE AFONSO DAS GRACAS			18/09/1986				29 a 33	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				125.30	0.00	0.00	N 128.11
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
00060502436544097	MATEUS MARCAL FERREIRA			19/06/1991				24 a 28	
UNIMED PLENO	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N 103.86
	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				101.05	0.00	0.00	N
00060502742120002	VALMIR LEANDRO DA SILVA			17/03/1983				34 a 38	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/01/2019				140.35	0.00	0.00	N 140.35
00060502436551000	VANESSA APARECIDA REZENDE FERNANDES			22/04/1977				39 a 43	
UNIMED PLENO	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N 167.48
	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				145.96	0.00	0.00	N
	ODONTOLOGIA	01/06/2017				18.71	0.00	0.00	N
00060502436551301	CLAUDIA REZENDE NORTE FERNANDES			19/11/2009				0 a 18	
UNIMED PLENO	ODONTOLOGIA	01/06/2017				18.71	0.00	0.00	N 89.43
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				67.91	0.00	0.00	N
00060502436551310	NATALIA REZENDE NORTE FERNANDES			03/09/2012				0 a 18	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	01/06/2017				67.91	0.00	0.00	N 89.43
	AEROMEDICO - UNIMED	01/06/2017				2.81	0.00	0.00	N
	ODONTOLOGIA	01/06/2017				18.71	0.00	0.00	N
00060502658918007	ZEILA ESTRELA DA LUZ ELIAS			05/04/1967				49 a 53	
UNIMED PLENO	BASICO ENFERMARIA	11/07/2018				209.66	0.00	0.00	N 209.66

Produto: UNIMED PLENO VINCULACAO COPART REGIONAL EMPRESARIAL
ENFERMARIA

RESUMO DE CLIENTES POR FAIXA ETÁRIA

Qtd	Faixa Cobr.	Módulo	Tipo Cobrança	Cobrança Proporcional	Valor Médio	Valor Total
		AEROMEDICO - UNIMED				

Nota Fiscal: 4562163 / E01 Competência: 01/06/2019 Cliente: INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO
Nº Contrato Aux.: 0250549 Fechamento de cadastro atual: 01/05/2019 Último fechamento de cadastro: 01/04/2019 Data Cancelamento:
Cliente Fatura: 19 Cliente Repassado: Vlr. Tot. Pre Pagto: 2,925.38
IFS-e: 201900000264182

Acomodação	Descrição	Valor
Enfermaria	Aeromedico - Unimed Aeromedica	42.15
	Basico Enfermaria	2,758.97
	Odontologia Odontoprev Coletivo Empresarial - 477.379/16-9	112.26
	Taxa De Segunda Via De Carteira (Nível Usuário)	12.00
Total Nota Fiscal:		2,925.38
Total Relatório:		2,925.38

IMPORTANTE: Esta fatura foi processada considerando o período de movimentação entre o último fechamento de cadastro e o fechamento de cadastro atual, conforme cabeçalho deste relatório. Não estão contempladas movimentações executadas fora desse período.

2	24 a 28	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Modulo	Nao	2.81	5.62
1	29 a 33	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Modulo	Nao	2.81	2.81
4	39 a 43	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Modulo	Nao	2.81	11.24

Nota Fiscal: 4562163 / E01 Competência: 01/06/2019 Cliente: INSTITUTO DE PROMOCAO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO
 Nº Contrato Aux.: 0250549 Fechamento de cadastro atual: 01/05/2019 Último fechamento de cadastro: 01/04/2019 Data Cancelamento:
 Cliente Fatura: 19 Cliente Repassado: Vlr. Tot. Pre Pagto: 2,925.38
 NFS-e: 201900000264182

RESUMO DE CLIENTES POR FAIXA ETÁRIA			Produto: UNIMED PLENO VINCULACAO COPART REGIONAL EMPRESARIAL ENFERMARIA			
Qtd	Faixa Cobr.	Módulo	Tipo Cobrança	Cobrança Proporcional	Valor Médio	Valor Total
2	44 a 48	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Modulo	Nao	2.81	5.62
1	54 a 58	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Modulo	Nao	2.81	2.81
1	59 a 999	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Modulo	Nao	2.81	2.81
4	0 a 18	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	67.91	271.64
4	24 a 28	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	101.05	404.20
1	29 a 33	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	125.30	125.30
1	34 a 38	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	140.35	140.35
4	39 a 43	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	145.96	583.84
2	44 a 48	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	183.91	367.82
1	49 a 53	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	209.66	209.66
1	54 a 58	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	249.49	249.49
1	59 a 999	BASICO ENFERMARIA	Modulo	Nao	406.67	406.67
3	0 a 18	ODONTOLOGIA ODONTOPREV COLETIVO	Modulo	Nao	18.71	56.13
1	24 a 28	ODONTOLOGIA ODONTOPREV COLETIVO	Modulo	Nao	18.71	18.71
2	39 a 43	ODONTOLOGIA ODONTOPREV COLETIVO	Modulo	Nao	18.71	37.42

RESUMO DE TAXAS/ACERTOS		Valor	Valor Total
Qtde	Descrição		
1	TAXA DE SEGUNDA VIA DE CARTEIRA	12.00	12.00

RESUMO POR MÓDULO				
Tipo Cobrança	Módulo	Cobrança Proporcional	Qtde	Valor
MODULO	AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA	Nao	15	42.15
MODULO	BASICO ENFERMARIA	Nao	19	2,758.97
MODULO	ODONTOLOGIA ODONTOPREV COLETIVO	Nao	6	112.26

TOTAL DADOS DA FATURA: 2,925.38