

Casa Passagem



PREFEITURA DE BELO HORIZONTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Número da Nota: 202000000135335  
Data e Hora de Emissão: 27/05/2020 01:18:01  
Código de Verificação: b35168c5



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**  
CPF/CNPJ 29.309.127/0147-14 Inscrição municipal: 2542460021  
Nome/Razão AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA  
Endereço R PARAIBA 550 SALA 1800  
Bairro: SAVASSI Município: BELO HORIZONTE UF MG CEP 30130-141

**TOMADOR DE SERVIÇOS**  
Nome/Razão INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO  
CPF/CNPJ 00.794.227/0001-56 Inscrição municipal:  
Endereço R DOS TAMOIOS 462 SALA 506  
Bairro: CENTRO Município: BELO HORIZONTE UF: MG CEP: 30120-050  
E-mail: compras.albergue@gmail.com

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

COBERTURA DE CUSTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
REFERENTE AO PERÍODO DE: 12/06/2020 À 11/07/2020

Atesto que o serviço foi  
prestado e/ou material  
fornecido: 27/05  
1061443255  
Compe Junho/2020

R\$ 1.352,41

Vencido: 12/06/2020

105257500/0

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.352,41

Código do Serviço 4.23 - Outros planos de saúde que se cumpram através de serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do beneficiário.

Valor Total das Deduções	Desconto Incond.	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor ISS	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	0,00	1.352,41	3,00	40,57	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e substitui o RPS No.971655 Série PJBHS, emitido em 27/05/2020  
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e 10/06/2020

Neste mês é o aniversário do seu contrato, e conforme regras estamos reajustando seu contrato em 3,30%. \*De acordo com a Resolução Normativa 389/2015 da ANS

Autenticação Mecânica

RECIBO DO PAGADOR



341-7 34191.09164 07162.152933 83495.580009 6 82840000135241

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 12/06/2020
Beneficiário AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL SA					Agência / Código Beneficiário 2938/34955-8
Data Documento 27/05/2020	Número Documento 105257500	Espécie Documento RECIBO	Aceite N	Data Processamento 27/05/2020	Nosso Número 109-16071621-5
Uso Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento R\$ 1.352,41
Instruções Após o vencimento pagar preferencialmente no Banco Itaú. Valor da Mora por dia de atraso : R\$ 0,45 Após Vencimento : R\$ 27,04 de multa					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
Beneficiário: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL SA Endereço: R PARAIBA 550 SALA 1800 CNPJ: 29.309.127/0147-14					(=) Valor Cobrado

**Pagador** INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO  
R CONSELHEIRO ROCHA 351  
FLORESTA BELO HORIZONTE MG 30150-210  
CPF/CNPJ: 00.794.227/0001-56

Pagador Avalista:

Código de Baixa



Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

DESMEMBAMENTO AMIL  
MÊS JUNHO - 20

1	UNI PASSAG. POP. RUA	593,82
2	CASA DOS BEBÊS	
3	HOTEL SOCIAL	461,68
4	REVIVER	
5	FÁBIO ALVES	
6	SESC	197,94
7	CASA DE PASSAGEM	32,99
8	CENTRO POP	65,98
	<b>TOTAL</b>	<b>1.352,41</b>

---



## Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09164 07162.152933 83495.580009 6 82840000135241
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>29.309.127/0001-79</b>
<b>Sacador Avalista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A
<b>CPF/CNPJ:</b>	29.309.127/0001-79
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A
<b>CPF/CNPJ:</b>	29.309.127/0001-79
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INSTITUTO DE PROMOCÃO SOCIAL E
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.794.227/0001-56
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.794.227/0001-56

<b>Data do Vencimento:</b>	12/06/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	12/06/2020
<b>Valor Nominal do Bolet:</b>	1.352,41
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.352,41
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.352,41

<b>Data/hora da operação:</b>	12/06/2020 13:40:56
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	064534523
<b>Chave de segurança:</b>	R96G8JKUWKNQ8EZ X

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



Operadora : AMIL  
Filial : MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais

INSTITUTO P S E H D RIBEI

Contrato: 1052575000 - INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY

Período: 12/06/2020 a 11/07/2020

Código	Beneficiário	Plano	Tipo	Idade	Dependência	Dt Limite	Movimentação
078209266	JOYCE GOMES DOS SANTOS	DENTAL 200 NAC PJCE R DOC	T	21			Incluído em 08/05/2020
078209267	LEONARDO LUIS DOS SANTOS	DENTAL 200 NAC PJCE R DOC	A	43	Paí/Mãe		Incluído em 08/05/2020
<b>Totais por Contrato no Período</b>							
Inclusão:		Exclusão:		Reativação:		Troca Plano:	
Troca Titularidade:		Aposentado:		Demitido:		SEA:	
Ação Judicial:		Inclusão Transferência Contrato:		Inclusão Transferência Empresa:		Exclusão Transferência Empresa:	
Inclusão Transferência Contrato:		Exclusão Transferência Contrato:		Inclusão Transferência Empresa:		Exclusão Transferência Empresa:	
<b>Total Geral no Período</b>							
Inclusão:		Exclusão:		Reativação:		Troca Plano:	
Troca Titularidade:		Aposentado:		Demitido:		SEA:	
Ação Judicial:		Inclusão Transferência Contrato:		Inclusão Transferência Empresa:		Exclusão Transferência Empresa:	
Inclusão Transferência Contrato:		Exclusão Transferência Contrato:		Inclusão Transferência Empresa:		Exclusão Transferência Empresa:	

# Demonstrativo Analítico de Faturamento

## Por Contrato / Empresa

Operadora: AMIL  
Filial: MINAS GERAIS  
Unidade: Minas Gerais  
Mensalidade - 06/2020

Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE		Emissão: 27/05/2020		Vencimento: 12/06/2020				
Nº Beneficiário	Beneficiário	Matr Funcional	CPF	Plano	Tp. Id. Dependência Data Limite Dt Inclusão Rubrica	Valor	Valor Total	
604902905	ALCIONE MESQUITA		94138583653	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 48	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
076699631	ANTONIO GARCIA DA CRUZ		40124800653	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 59	16/08/2019 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
074314513	ARTHUR DA SILVA SIMPLICIO		13332869612	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 26	10/12/2018 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
074322908	KARINA KETHELIN MARTINS		12871683611	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 26	11/12/2018 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
072629760	CRISTIANE PALHARES MENDES		470947616	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 43	17/04/2018 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903154	GABRIEL MENEZES		12120525609	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 25	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903057	GLAUCIENE APARECIDA DOS SANTOS		9515977606	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 34	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	131,96
604903065	GUILHERME AUGUSTO DOS SANTOS		12494464650	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 23	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	
604903073	ALINE KELLEN DOS SANTOS PEREIRA		12494463688	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 14	12/06/2017 Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
604903090	EUNICE AUGUSTA TEIXEIRA DA SILVA		51033747653	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 55	12/06/2017 Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
604903081	NAYARA CRISTINA DOS SANTOS			DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 20	12/06/2017 Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
604903049	JENNY JESSICA DA SILVA		11938162625	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 29	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
078209266	JOYCE GOMES DOS SANTOS		13640318684	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 21	08/05/2020 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	
078209266	JOYCE GOMES DOS SANTOS		13640318684	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 21	08/05/2020 Desconto sobre a inclusão de movimento	- 3,30	
078209266	JOYCE GOMES DOS SANTOS		13640318684	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 21	08/05/2020 Cobrança Inclusão Retroativa - 04/2020	4,26	
078209266	JOYCE GOMES DOS SANTOS		13640318684	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 21	08/05/2020 Cobrança Inclusão Retroativa - 05/2020	31,94	131,78
078209267	LEONARDO LUIS DOS SANTOS		64615758634	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 43	08/05/2020 Desconto sobre a inclusão de movimento	- 3,30	
078209267	LEONARDO LUIS DOS SANTOS		64615758634	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 43	08/05/2020 Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
078209267	LEONARDO LUIS DOS SANTOS		64615758634	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 42	08/05/2020 Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	4,26	
078209267	LEONARDO LUIS DOS SANTOS		64615758634	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 42	08/05/2020 Cobrança Inclusão Retroativa - 04/2020	31,94	
077328408	KAMILA AGUILAR RODRIGUES CABRAL		9141608690	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 30	20/11/2019 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
077328409	EMERSON SIMOES DE CARVALHO		1535191694	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 34	20/11/2019 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
077647576	LEONARDO DE SOUZA RIBEIRO		8714468638	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 31	09/01/2020 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
605158819	LUCIANA LEITE DA SILVA		11156547644	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 28	06/10/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604902859	MARIA APARECIDA ALVES DELFINO		9944917605	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 46	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604902875	MARIA HELENA DOS SANTOS FONSECA		1370789602	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 59	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903197	MATHAUEUS FERNANDO FERREIRA		9535019651	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 27	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
073130137	ADRIANA DE FATIMA PINTO		90107683687	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A 47	03/07/2018 Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
071701370	MONICA MARES NOGUEIRA DE		172559618	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 48	20/11/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
071709642	SILVANO REIS CARDOSO		70708096620	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 51	22/11/2017 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604903200	ODETE BATISTA DOS SANTOS		41406648604	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 59	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903219	RENATO FLAVIANO MACHADO		3291094646	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T 43	12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	164,95
604903251	CONCEICAO ALVES MACHADO		973994260659	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 47	12/06/2017 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604903227	DAMARIS ROBERTA ALVES MACHADO		70039758664	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 18	12/06/2017 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604903235	IAN LUCAS ALVES MACHADO		2001957602	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 22	12/06/2017 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604903243	IGOR RENATO ALVES MACHADO			DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D 21	12/06/2017 Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	



**Por Contrato / Empresa**

Operadora: AMIL  
Filial: MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais  
Mensalidade - 06/2020

Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE		Emissão 27/05/2020		Vencimento 12/06/2020								
N. Fiscal 202000000135335												
Nº Beneficiário	Beneficiário	Matr Funcional	CPF	Plano	Tp. Id. Dependência	Data Limite Dt Inclusão	Rubrica	Valor	Valor Total			
074322921	RENATO MAURICIO COSTA		4587809608	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	T 41	11/12/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
604902883	ROBSON BLACH GONCALVES		37167111600	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	T 61	12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
077647577	SIRLENE AFONSO DAS GRACAS		7392564676	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	T 33	09/01/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98			
077647578	MATEUS MARCAL FERREIRA		9714337631	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	D 28 Conjuge	09/01/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
604902778	TANEA DE JESUS CRUZ		3167292644	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	T 49	12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
604903103	VANESSA APARECIDA CHAVES BARROS		4206656681	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	T 40	12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98			
604903111	WELLYSSON PIMENTA DA COSTA		3512009670	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	D 41 Conjuge	12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
073185744	WEMERSON OLIVEIRA SILVA		6174336662	DENTAL 200 NAC,PICE R DOC	T 30	12/06/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
072629762	WEULLER TIAGO SANTOS VILACA		7212963607	DENTAL 200 NAC PICE R DOC	T 36	17/04/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
<b>Total Contrato 39</b>								<b>Titulares: 25</b>	<b>Dependentes: 9</b>	<b>Agregados: 5</b>	<b>Patrocinadores: 0</b>	<b>Valor: 1.352,41</b>

**Total de Beneficiários por Plano**

Código	Plano	Beneficiários	Valor Unitário	Valor Adesão	Valor Total
79654	DENTAL 200 NAC	1	-3,30		-6,60
79654	DENTAL 200 NAC	25	32,99		1.286,61
<b>Total</b>					<b>1.280,01</b>

<b>SubTotal</b>		-6,60
Desconto sobre a inclusão de movimento		72,40
Cobrança Inclusão Retroativa		164,95
Mens. Agregado Faixa Etária Implant.		296,91
Mens. Depend. Faixa Etária Implant.		824,75
Mens. Titular Faixa Etária Implant.		1.352,41
Subtotal 1		0,00
(-) Desconto Concedido		
(+) Débitos		
(-) Créditos		
Subtotal 2		1.352,41
Total Geral		1.352,41

**Por Contrato / Empresa**

Operadora: AMIL  
Filial: MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais

Mensalidade - 06/2020

Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE

N. Fiscal 202000000135335

Emissão: 27/05/2020

Vencimento: 12/06/2020

Nº Beneficiário	Beneficiário	Matr Funcional	CPF	Plano	Tp. Id.	Dependência	Data Limite	Dt Inclusão	Rubrica	Valor	Valor Total
-----------------	--------------	----------------	-----	-------	---------	-------------	-------------	-------------	---------	-------	-------------

**CAIXA**

Case Passagem

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	INSTITUTO DE P SOC HUMANA DARCY
<b>Conta origem:</b>	0620 / 003 / 00000890-2
<b>Conta destino:</b>	0620 / 003 / 00000701-9

<b>Nome destinatário:</b>	INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO
<b>Valor:</b>	R\$ 32,99
<b>Identificação da operação:</b>	AA ALBERGUE

<b>Data de débito:</b>	12/06/2020
<b>Data/hora da operação:</b>	12/06/2020 15:18:06

<b>Código da operação:</b>	67256166
<b>Chave de segurança:</b>	ECA81SQGW9T6804G

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