

# NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

**Nº: 202000000468327**

Emitida em:  
**12/09/2020 às 00:19:00**

Competência:  
**11/09/2020**

Código de Verificação:  
**e35e11ea**



**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

**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

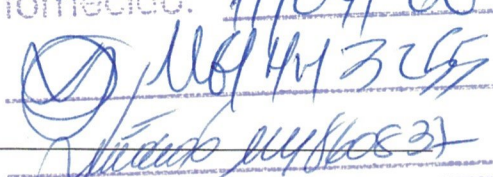
**Discriminação do(s) Serviço(s)**

CONTRATO: 00250549 - Mensalidade: 10/2020 - Assistência Médica R\$ 3.222,82 - Assistência Odontológica R\$ 139,72 - Aeromédico R\$ 36,24

Título: 5445590E01 - Vencimento: 15/10/2020

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

Valor Aproximado dos Tributos Lei 12.741/12 ISS R\$ 30,59 PIS/COFINS R\$ 36,37

Atesto que o serviço foi  
 prestado e/ou material  
 fonecido: 11/09/20  


**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\$        | 3.398,78        | Valor dos Serviços:          | R\$        | 3.398,78        |
|--------------------------|------------|-----------------|------------------------------|------------|-----------------|
| (-) Descontos:           | R\$        | 0,00            | (-) Deduções:                | R\$        | 2.379,14        |
| (-) Retenções Federais:  | R\$        | 0,00            | (-) Desconto Incondicionado: | R\$        | 0,00            |
| (-) ISS Retido na Fonte: | R\$        | 0,00            | <b>(=) Base de Cálculo:</b>  | <b>R\$</b> | <b>1.019,64</b> |
| <b>Valor Líquido:</b>    | <b>R\$</b> | <b>3.398,78</b> | (x) Alíquota:                |            | 3,00 %          |
|                          |            |                 | <b>(=) Valor do ISS:</b>     | <b>R\$</b> | <b>30,59</b>    |

**Retenções Federais:**

**Outras Informações:**

Base de cálculo do ISSQN conf. Art. 10 e E7 Art.14 Lei 8725/03 R\$ 1.019,64

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.714 do Decreto 9.580/2018 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



ALB

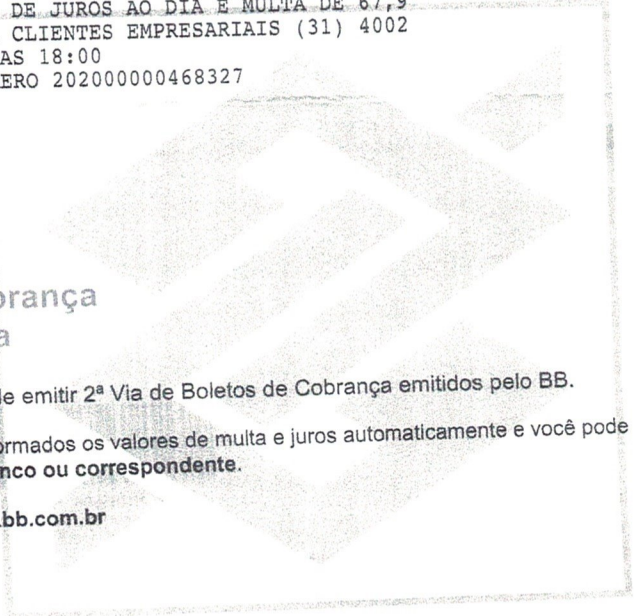
**BANCO DO BRASIL** | 001-9 | 00190.00009 01415.610003 03592.687176 5 84090000339878

|  |                             |                                  |                                |                |
|--|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço<br>INSTITUTO DE PROMOCÃO SOCIAL E HUMANA DA 00250549 - CNPJ 00.794.227/0001-56<br>R CONSELHEIRO ROCHA 351 CASA FLORESTA<br>30150-210 BELO HORIZONTE MG |                             |                                  |                                |                |
| Beneficiário Final   |                             |                                  |                                |                |
| Nosso-Número<br>14156100003592687  | Nr. Documento<br>5445590E01 | Data de Vencimento<br>15/10/2020 | Valor do Documento<br>3.398,78 | (=) Valor Pago |
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço<br>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<br>3308-1 / 305224-9  |                             |                                  |                                |                |
| Data do documento<br>11/09/2020  | Espécie DOC<br>DM           | Aceite<br>N                      | Data proces.<br>14/09/2020     |                |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17-078          | Espécie<br>R\$                   | Quantidade                     | x Valor        |

APOS 23/10/2020 SUJEITO ENVIO SERASA. NAO RECEBER APOS 08/01/2021. APOS 15/10/2020 6,80 DE JUROS AO DIA E MULTA DE 67,98. 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 202000000468327

**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 pagamento em qualquer banco ou correspondente.  
Para atualizar o boleto, acesse [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br)



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 03592.687176 5 84090000339878

|  |                               |                   |             |                                  |   |
|--|-------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento<br><b>Pagável em qualquer banco.</b>  |                               |                   |             |                                  | Data de Vencimento<br>15/10/2020                      |
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF<br>UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO - CNPJ 16.513.178/0001-76   |                               |                   |             |                                  | Agência / Código do Beneficiário<br>3308-1 / 305224-9 |
| Data do Documento<br>11/09/2020  | Nr do Documento<br>5445590E01 | Espécie DOC<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>14/09/2020 | Nosso-Número<br>14156100003592687                     |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17-078            | Espécie<br>R\$    | Quantidade  | x Valor                          | (=) Valor do Documento<br>3.398,78                    |
| Informações de responsabilidade do beneficiário<br>APOS 23/10/2020 SUJEITO ENVIO SERASA. NAO RECEBER APOS 08/01/2021. APOS 15/10/2020 6,80 DE JUROS AO DIA E MULTA DE 67,98. TELEFONE DE CONTATO PARA CLIENTES EMPRESARIAIS (31) 4002-3030 DE SEG A SEX DE 08:00 AS 18:00<br>TITULO REFERE-SE A NFS-E NUMERO 202000000468327 |                               |                   |             |                                  | (-) Desconto / Abatimento                             |
|  |                               |                   |             |                                  | (+) Juros/Multa                                       |
|  |                               |                   |             |                                  | (=) Valor Cobrado                                     |
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ<br>INSTITUTO DE PROMOCÃO SOCIAL E HUMANA DA 00250549 - CNPJ 00.794.227/0001-56<br>R CONSELHEIRO ROCHA 351 CASA FLORESTA<br>30150-210 BELO HORIZONTE MG  |                               |                   |             |                                  |   |
| Beneficiário Final   |                               |                   |             |                                  |   |

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



DESMEMBRAMENTO UNIMED  
MÊS OUTUBRO / 20

|   |                           |                 |
|---|---------------------------|-----------------|
| 1 | UNI PASSAG. POP. RUA      | 1.226,43        |
| 2 | CASA DOS BEBÊS            | 376,78          |
| 3 | HOTEL SOCIAL              | 257,31          |
| 4 | REVIVER                   | 210,22          |
| 5 | FÁBIO ALVES               | 155,84          |
| 6 | SESC                      | 173,71          |
| 7 | CENTRO POP                | 691,76          |
| 8 | CASA DE PASSAGEM CONTAGEM | 306,73          |
|   | <b>TOTAL</b>              | <b>3.398,78</b> |



## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>Banco Receptor:</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> | 00190.00009 01415.610003 03592.687176 5<br>84090000339878 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO DO BRASIL S/A                                       |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 001   |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |   |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | <b>UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI</b> |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI</b> |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>16.513.178/0001-76</b>                                 |
| <b>Beneficiário Final</b>                          |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI        |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 16.513.178/0001-76  |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA                     |
| <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>               | 15/10/2020 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 14/10/2020 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 3.398,78   |
| <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>            | 3.398,78   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 3.398,78   |

**Data/hora da operação:** 14/10/2020 13:31:04

**Código da operação:** 088564284  
**Chave de segurança:** RCNCLKXCPGV19ME

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: 5445590 / E01 Competência: 01/10/2020 Cliente: INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO  
Nº Contrato Aux.: 0250549 Fechamento de cadastro atual: 01/09/2020 Último fechamento de cadastro: 01/08/2020 Data Cancelamento:  
Cliente Fatura: 25 Cliente Repassado: Vir. Tot. Pre Pagto: 3.398,78  
NFS-e: 202000000468327

| Acomodação                | Descrição                                      | Valor           |
|---------------------------|--|-----------------|
| Enfermaria                | Crédito Básico Enfermaria                      | (165,25)        |
|                           | Odonto Essencial Odontoprev Colem 477.379/16-9 | 139,72          |
|                           | Aeromedico - Unimed Aeromedica                 | 36,24           |
|                           | Básico Enfermaria                              | 3.968,65        |
|                           | Susp Reaj Faixa Ans (Nível Usuário)            | (120,28)        |
|                           | Susp Reaj Anual Ans (Nível Usuário)            | (460,30)        |
| <b>Total Nota Fiscal:</b> |  | <b>3.398,78</b> |
| <b>Total Relatório:</b>   |  | <b>3.398,78</b> |

**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: 5445590 / E01 Competência: 01/10/2020 Cliente: INSTITUTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E HUMANA DARCY RIBEIRO  
 Nº Contrato Aux.: 0250549 Fechamento de cadastro atual: 01/09/2020 Último fechamento de cadastro: 01/08/2020 Data Cancelamento:  
 Cliente Fatura: 25 Cliente Repassado: Vir. Tot. Pre Pagto: 3.398,78  
 NFS-e: 202000000468327

| Código Produto | Cliente Módulo      | Data Incl. | Data Exc. | Data Nasc. | Data Óbito | Valor | Desconto | Crédito | Débito | Alt. Faixa | Total |
|----------------|---------------------|------------|-----------|------------|------------|-------|----------|---------|--------|------------|-------|
| Código Taxa    | Descrição Tipo Taxa |            |           | Qtde       | Valor      |       |          |         |        |            |       |
| SUSREAJANE     | SUSP REAJ ANUAL ANS |            |           | 1          | (4,99)     |       |          |         |        |            |       |
| SUSREAJANE     | SUSP REAJ ANUAL ANS |            |           | 1          | (4,99)     |       |          |         |        |            |       |

**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 |
|-----|-------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------|-------------|-------------|
| 3   | 0 a 18      | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 9,06        |
| 1   | 24 a 28     | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 3,02        |
| 1   | 29 a 33     | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 3,02        |
| 1   | 34 a 38     | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 3,02        |
| 3   | 39 a 43     | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 9,06        |
| 1   | 44 a 48     | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 3,02        |
| 1   | 54 a 58     | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 3,02        |
| 1   | 59 a 999    | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Modulo        | Nao                   | 3,02        | 3,02        |
| 5   | 0 a 18      | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 72,90       | 364,50      |
| 3   | 24 a 28     | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 108,48      | 325,44      |
| 3   | 29 a 33     | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 134,51      | 403,53      |
| 5   | 34 a 38     | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 150,67      | 753,35      |
| 5   | 39 a 43     | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 156,69      | 783,45      |
| 5   | 44 a 48     | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 197,43      | 197,43      |
| 1   | 54 a 58     | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 267,83      | 267,83      |
| 2   | 59 a 999    | BASICO ENFERMARIA                 | Modulo        | Nao                   | 436,56      | 873,12      |
| 1   | 34 a 38     | BASICO ENFERMARIA                 | Credito       | Sim                   | 165,25      | 165,25      |
| 3   | 0 a 18      | ODONTO ESSENCIAL ODONTOPREV COLEM | Modulo        | Nao                   | 19,96       | 59,88       |
| 1   | 24 a 28     | ODONTO ESSENCIAL ODONTOPREV COLEM | Modulo        | Nao                   | 19,96       | 19,96       |
| 3   | 39 a 43     | ODONTO ESSENCIAL ODONTOPREV COLEM | Modulo        | Nao                   | 19,96       | 59,88       |

**CLIENTES EXCLUÍDOS**

| Código            | Nome                       | Dt. Exclusão | Valor crédito |
|-------------------|----------------------------|--------------|---------------|
| 00060503067689004 | DANIELA CLAUDIO E OLIVEIRA | 28/08/2020   | 165,25        |

**RESUMO DE TAXAS/ACERTOS**

| Qtde | Descrição           | Valor | Valor Total |
|------|---------------------|-------|-------------|
| 10   | SUSP REAJ ANUAL ANS | 10,73 | 107,30      |
| 1    | SUSP REAJ FAIXA ANS | 16,16 | 16,16       |
| 2    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 9,21  | 18,42       |
| 4    | SUSP REAJ FAIXA ANS | 26,03 | 104,12      |
| 4    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 29,89 | 119,56      |
| 8    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 7,43  | 59,44       |
| 2    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 13,52 | 27,04       |
| 6    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 4,99  | 29,94       |
| 2    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 18,34 | 36,68       |
| 6    | SUSP REAJ ANUAL ANS | 10,32 | 61,92       |

**RESUMO POR MÓDULO**

| Tipo Cobrança | Módulo                            | Cobrança Proporcional | Qtde | Valor    |
|---------------|-----------------------------------|-----------------------|------|----------|
| MODULO        | AEROMEDICO - UNIMED AEROMEDICA    | Nao                   | 12   | 36,24    |
| MODULO        | BASICO ENFERMARIA                 | Nao                   | 25   | 3.968,65 |
| CREDITO       | BASICO ENFERMARIA                 | Sim                   | 1    | 165,25   |
| MODULO        | ODONTO ESSENCIAL ODONTOPREV COLEM | Nao                   | 7    | 139,72   |

TOTAL DADOS DA FATURA:

3.398,78



**CAIXA**

Casa 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\$ 306,73                       |
| <b>Identificação da operação:</b> | AA ALBERGUE                      |
| <b>Data de débito:</b>            | 14/10/2020                       |
| <b>Data/hora da operação:</b>     | 14/10/2020 17:21:04              |
| <b>Código da operação:</b>        | 65136058                         |
| <b>Chave de segurança:</b>        | QVZA7WS01YRK0VNY                 |

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