



PRESTADOR DE SERVIÇOS
CPF/CNPJ 29.309.127/0147-14 Inscrição municipal: 2542460021
Nome/Razão AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA
Endereço AV AV DO CONTORNO 6594 ANDAR 7 16 E 17
Bairro: LOURDES Município: BELO HORIZONTE UF MG CEP 30110-044

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 12/01/2021 A 11/02/2021

Atesto que o serviço foi
prestado e/ou material
fornecido: 28/12/2020
105257500/0
Compe: Janeiro/2021

Vencido: 12/01/2021

105257500/0

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.293,00

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	1.293,00	3,00	38,79	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e substitui o RPS No 1058879 Série PJI3HS emitido em 28/12/2020
Data de vencimento do ISS desta NFS-e 10/01/2021

Autenticação Mecânica

RECIBO DO PAGADOR



341-7 34191.09198 12296.262939 83495.580009 1 84980000129300

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 12/01/2021
Beneficiário AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL SA					Agência / Código Beneficiário 2938/34955 8
Data Documento 28/12/2020	Número Documento 105257500	Espécie Documento RECIBO	Aceite N	Data Processamento 28/12/2020	Nosso Número 109 19122962-6
Uso Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento R\$ 1.293,00

Instruções Após o vencimento pagar preferencialmente no Banco Itaú Valor da Mora por dia de atraso R\$ 0,43 Após Vencimento R\$ 25,86 de multa	(-) Desconto
	(-) Outras Deduções
	(+) Mora / Multa
	(+) Outros Acréscimos
	(=) Valor Cobrado

Beneficiário AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL SA
Endereço AV AV DO CONTORNO 6594 ANDAR 7 16 E 17
CNPJ 29 309 127 0147 14

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 JANEIRO - 21

1	UNI PASSAG. POP. RUA	600,21
2	CASA DOS BEBÊS	
3	HOTEL SOCIAL	461,86
4	REVIVER	
5	FÁBIO ALVES	
6	SESC	65,98
7	CASA DE PASSAGEM	32,99
8	CENTRO POP	131,96
	TOTAL	1.293,00



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:	34191.09198 12296.262939 83495.580009 1 84980000129300
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A
Nome/Razão Social:	AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A
CPF/CNPJ:	29.309.127/0001-79
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A
CPF/CNPJ:	29.309.127/0001-79
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	AMIL ASSISTENCI MEDICA INT S A
CPF/CNPJ:	29.309.127/0001-79
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	INSTITUTO DE PROMOCAO SOCIAL E
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:	12/01/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	12/01/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.293,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.293,00
Valor Pago (R\$):	1.293,00

Data/hora da operação: 12/01/2021 13:50:56

Código da operação: 012500817
Chave de segurança: Q4WVN946HTLX79FH

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

Por Contrato / Empresa

Operadora: AMIL
Filial: MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais
Mensalidade: 01/2021

Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE
N. Fiscal 202000000356039
Emissão 28/12/2020
Vencimento 12/01/2021

Nº Beneficiário/Beneficiário	Matr Funcional	CPF	Plano	Tr. Id.	Dependência	Data Limite	DI	Inclusão	Rubrica	Valor	Valor Total
604902905	ALCIONE MESQUITA	941.385.836-53	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	49			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
074314513	ARTHUR DA SILVA SIMPLICIO	133.328.696-12	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	128.716.836-11	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	27	Conjuge		11/12/2018	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
072629760	CRISTIANE PALHARES MENDES	004.709.476-16	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	43			17/04/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903154	GABRIEL MENEZES	121.205.256-09	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	26			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903065	GUILHERME AUGUSTO DOS SANTOS	124.944.646-50	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	23			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	131,96
604903073	ALINE KELLEN DOS SANTOS PEREIRA	124.944.636-88	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A	15	Outros		12/06/2017	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
604903090	EUNICE AUGUSTA TEIXEIRA DA SILVA	510.337.476-53	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A	56	Pai/Mãe		12/06/2017	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
604903081	NAVYARA CRISTINA DOS SANTOS		DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A	20	Outros		12/06/2017	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
604903049	JENNY JESSICA DA SILVA	119.381.626-25	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	29			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
078841130	RYAN LUIZ CARDOSO SILVA	177.744.226-50	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	5	Filho/Filha		06/08/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
078209266	JOYCE GOMES DOS SANTOS	136.403.186-84	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	22			08/05/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
078209267	LEONARDO LUIS DOS SANTOS	646.157.586-34	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A	43	Pai/Mãe		08/05/2020	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
077328408	KAMILA AGUIAR RODRIGUES CABRAL	091.416.086-90	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	30			20/11/2019	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
077328409	EMERSON SIMOES DE CARVALHO	015.351.916-94	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	35	Conjuge		20/11/2019	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
605158819	LUCIANA LEITE DA SILVA	111.565.476-44	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	29			06/10/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
078615693	MAICON RODRIGUES DE CARVALHO	107.936.726-86	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	31			09/07/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
078648264	BRUNA CRISTINA DE SOUZA CALDAS	086.680.216-99	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	32	Conjuge		15/07/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604902859	MARIA APAECIDA ALVES DELFINO	035.864.306-71	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	24	Filho/Filha		09/10/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
079295062	DENIS ESTEVAO ALVES	035.876.744-00	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	44			17/11/2020	Devolução Exclusão Retroativa: 12/2020	26,60-	26,60-
079542116	MARIA CRISTINA DOS SANTOS	095.350.196-51	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	27			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
604903197	MATHAIEUS FERNANDO FERREIRA			A	47	Pai/Mãe		03/07/2018	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	32,99	
073130137	ADRIANA DE FATIMA PINTO	901.078.836-87	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	A	49			20/11/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
071701370	MONICA MARES NOGUEIRA DE	001.725.596-18	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	49			22/11/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
071709642	SILVANO REIS CARDOSO	707.080.966-20	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	52	Conjuge		12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903200	ODETE BATISTA DOS SANTOS	414.066.486-04	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	60			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	164,95
604903219	RENATO FLAVIANO MACHADO	032.910.946-46	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	44			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903251	CONCEICAO ALVES MACHADO	979.942.606-59	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	48	Conjuge		12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604903227	DAMARIS ROBERTA ALVES MACHADO	700.397.586-64	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	19	Filho/Filha		12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604903235	IAN LUCAS ALVES MACHADO	020.019.576-02	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	21	Filho/Filha		12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	
604903243	IGOR RENATO ALVES MACHADO	045.878.096-08	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	22	Filho/Filha		12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
074322921	RENATO MAURICIO COSTA	371.671.116-00	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	41			11/12/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
604902883	ROBSON BLACH GONCALVES	001.289.996-83	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	62			12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
078671455	SIMONE DE AQUINO SILVA MARTINS	073.925.646-76	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	T	53			17/07/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99
077647577	SIRLENE AFONSO DAS GRACAS			T	34			09/01/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98
077647578	MATEUS MARCAL FERREIRA	097.143.376-31	DENTAL 200 NAC P/CE R DOC	D	29	Conjuge		09/01/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	

Por Contrato / Empresa

Operadora: AMIL
Filial: MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais
Mensalidade: 01/2021

Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE
N. Fiscal 202000000356039

Emissão 28/12/2020

Vencimento 12/01/2021

Nº Beneficiário/Beneficiário	Matr Funcional	CPF	Plano	Ip. Id.	Dependência	Data Limite Dt Inclusão	Rubrica	Valor	Valor Total			
604902778	TANEA DE JESUS CRUZ	031 672 926-44	DENTAL 200 NAC PUCE R DOC	T	50	12/06/2017	Mens Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
604903103	VANESSA APARECIDA CHAVES BARROS	042 066 566-81	DENTAL 200 NAC PUCE R DOC	T	40	12/06/2017	Mens Titular Faixa Etária Implant.	32,99	65,98			
604903111	WELLYSSON PIMENTA DA COSTA	035 120 096-70	DENTAL 200 NAC PUCE R DOC	D	42	12/06/2017	Mens Depend. Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
073185744	WEMERSON OLIVEIRA SILVA	061 743 366-62	DENTAL 200 NAC PUCE R DOC	T	30	12/07/2018	Mens Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
072629762	WEULER TIAGO SANTOS VILACA	072 129 636-07	DENTAL 200 NAC PUCE R DOC	T	36	17/04/2018	Mens Titular Faixa Etária Implant.	32,99	32,99			
Total Contrato 41								Titulares: 24	Dependentes: 12	Agregados: 5	Patrocinadores: 0	Valor: 1.293,00

Total de Beneficiários por Plano

Código	Plano	Titulares	Beneficiários	Valor Unitário	Valor Adesão	Valor Total
79654	DENTAL 200 NAC	1	1	-26,60		-26,60
79654	DENTAL 200 NAC	23	40	32,99		1.319,60
Total						1.293,00

SubTotal	Devolução Excluído Retroativa	-26,60
	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	164,95
	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	395,88
	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	758,77
	Subtotal 1	1.293,00
	(-) Desconto Concedido	0,00
	(+) Débitos	
	(-) Créditos	1.293,00
	Subtotal 2	1.293,00
	Total Geral	1.293,00

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

Via Internet Banking CAIXA

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

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

Data de débito:	12/01/2021
Data/hora da operação:	12/01/2021 14:01:17

Código da operação:	50226996
Chave de segurança:	N2RS151TKN4E56LY

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