



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

Número da Nota:  
**20220000080616**  
 Data e Hora de Emissão:  
**28/03/2022 02:14:36**  
 Código de Verificação:  
**79bcfe54**



**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: 12/04/2022 À 11/05/2022

**Atesto que o serviço foi  
 prestado e/ou material  
 fornecido: 28/3/22**  
  
 Compe: Abril/2022

Vencido: 12/04/2022 105257500/0

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.180,00**

**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.

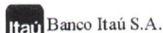
Valor Total das Deduções	Desconto Incond.	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor ISS	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	0,00	1.180,00	3,00	35,40	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e substitui o RPS No.1251739 Série PJBHS, emitido em 28/03/2022  
 - Data de vencimento do ISS desta NFS-e 10/04/2022

Autenticação Mecânica

**RECIBO DO PAGADOR**



**341-7 34191.09263 65520.012934 83495.580009 4 89530000118000**

<b>Local de Pagamento</b> PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					<b>Vencimento</b> 12/04/2022	
<b>Beneficiário</b> AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL SA					<b>Agência / Código Beneficiário</b> 2938/34955-8	
<b>Data Documento</b> 28/03/2022	<b>Número Documento</b> 105257500	<b>Espécie Documento</b> RECIBO	<b>Aceite</b> N	<b>Data Processamento</b> 28/03/2022	<b>Nosso Número</b> 109-26655200-1	
<b>Uso Banco</b>	<b>Carteira</b> 109	<b>Espécie</b> R\$	<b>Quantidade</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor do Documento</b> R\$ 1.180,00	
<b>Instruções</b>  Após o vencimento pagar preferencialmente no Banco Itaú. Valor da Mora por dia de atraso : R\$ 0,39 Após Vencimento : R\$ 23,60 de multa					(-) Desconto	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
Beneficiário: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL SA Endereço: AV AV DO CONTORNO 6594 ANDAR 7 16 E 17 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

### Albergue

Adriano César de Souza Oliveira	R\$ 35,00
Amanda Bauer Nogueira	R\$ 35,00
Cristiane Palhares Mendes	R\$ 35,00
Kamila Aguiar Rodrigues Cabral	R\$ 70,00
Maicon Rodrigues de Carvalho	R\$ 70,00
Odete Batista dos Santos	R\$ 35,00
Pedro Henrique Gomes de Carvalho	R\$ 35,00
Robson Blach Gomçalves	R\$ 35,00
Robson Gonçalves Pereira	R\$ 35,00
Tanea de Jesus Cruz	R\$ 70,00
Vanessa Aparecida Chaves Barros	R\$ 70,00
Walter Rosa	R\$ 35,00
Weuler Tiago Santos Santosa Vilaça	R\$ 35,00
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 595,00</b>

**TOTAL** R\$ 1.225,00  
**DEDUÇÃO** R\$ 45,00  
**R\$ 1.180,00**

### Hotel Social

Alcione Mesquita	R\$ 35,00
Arthur da Silva Simplicio	R\$ 70,00
Guilherme Augusto dos Santos	R\$ 140,00
Mônica Mares Nogueira de	R\$ 70,00
Sirlene Afonso das Graças	R\$ 70,00
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 385,00</b>

### Centro Pop

Ana Carla Aparecida Leite Lages	R\$ 35,00
Simone de Aquino Silva Martins	R\$ 35,00
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 70,00</b>

### Casa de Passagem

Gabriel Menezes	R\$ 35,00
Sérgio Lúcio Ferreira	R\$ 70,00
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 105,00</b>

### Sesc

Carolina Márcia da Rocha	R\$ 35,00
Rafael Menezes de Araújo	R\$ 35,00
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 70,00</b>

Operadora: AMIL  
Filial: MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais

Mensalidade - 04/2022

Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE		Emissão 28/03/2022		Vencimento 12/04/2022								
N.º	Fiscal	20220000080616										
Nº Beneficiário/Beneficiário	Matr Funcional	CPF	Plano	Tp.	Id.	Dependência	Data	Limite	Dt Inclusão	Rubrica	Valor	Valor Total
071701370		172559618	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	50				20/11/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
071709642		70708096620	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	53	Conjuge			22/11/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	
072629760		470947616	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	44				17/04/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
072629762		7212963607	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	38				17/04/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
074314513		13332869612	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	27				10/12/2018	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
074322908		12871683611	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	28	Conjuge			11/12/2018	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	
074322921		4587809608	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	43				11/12/2018	Devolução Exclusão Retroativa - 02/2022	10,00	45,00
077328408		4587809608	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	43				11/12/2018	Devolução Exclusão Retroativa - 03/2022	35,00	
077328409		4587809608	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	31				20/11/2019	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
077647577		1535191694	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	36	Conjuge			20/11/2019	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	
078615693		7392564676	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	35				09/01/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
078648264		9714337631	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	30	Conjuge			09/01/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	
078671455		10793672686	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	33				09/07/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
080926744		8668021699	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	33	Conjuge			15/07/2020	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	
080961949		128999683	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	54				17/07/2020	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
080961950		84694149687	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	45				29/01/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
081458595		79442935615	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	51				05/02/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
081778513		4074030608	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	41	Conjuge			05/02/2021	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	
081835659		13261742666	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	28				20/04/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
082059870		1654858684	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	33				27/05/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
082176131		1763142612	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	35				07/06/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
082282495		1343454603	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	39				08/07/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
082707765		2851905988	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	60				27/07/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
604902778		69573883600	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	51				12/08/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
081826196		6207927605	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	38				15/10/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
604902883		3167292644	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	51				12/06/2021	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
604902905		70395515602	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	18	Filho/Filha			04/06/2021	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
604903065		37167111600	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	63				12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
604903073		94138583653	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	50				12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
604903081		12494463688	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	25				12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	140,00
604903090		12494463688	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	A	16	Outros			12/06/2017	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	35,00	
604903103		51033747653	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	A	21	Outros			12/06/2017	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	35,00	
604903111		4206656681	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	A	57	Pai/Mãe			12/06/2017	Mens. Agregado Faixa Etária Implant.	35,00	70,00
604903154		3512009670	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	D	41				12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	
		12120525609	DENTAL 200 NAC PJOE R DOC	T	27				12/06/2017	Mens. Depend. Faixa Etária Implant.	35,00	35,00
									12/06/2017	Mens. Titular Faixa Etária Implant.	35,00	

**Demonstrativo Analítico de Faturamento**  
**Por Contrato / Empresa**

Operadora: AMIL  
Filial: MINAS GERAIS

Unidade: Minas Gerais  
Mensalidade - 04/2022

**Contrato 1052575000 - INSTITUTO DE**  
**N. Fiscal 202200000080816**

**Emissão 28/03/2022**

**Vencimento 12/04/2022**

Nº BeneficiárioBeneficiário Matr Funcional CPF Plano Dependentes: 8 Titulares: 26 Dependentes: 3 Agregados: 3 Patrocinadores: 0 Valor: 1.180,00

604903200 ODETE BATISTA DOS SANTOS 41406648604 DENTAL 200 NAC PJOE R.DOC T 61 12/06/2017 Mens. Titular Faixa Etária Implant. Valor: 35,00

**Total de Beneficiários por Plano**

Código	Plano	Titulares	Beneficiários	Valor Unitário	Valor Adesão	Valor Total
79654	DENTAL 200 NAC	24	35	35,00		1.225,00
79654	DENTAL 200 NAC	1	1	-10,00		-10,00
79654	DENTAL 200 NAC	1	1	-35,00		-35,00
<b>Total</b>						<b>1.180,00</b>

<b>SubTotal</b>		-45,00
Devolução Exclusão Retroativa		105,00
Mens. Agregado Faixa Etária Implant.		280,00
Mens. Depend. Faixa Etária Implant.		840,00
Mens. Titular Faixa Etária Implant.		1.180,00
Subtotal 1		0,00
(-) Desconto Concedido		
(+) Débitos		
(-) Créditos		
Subtotal 2		1.180,00
<b>Total Geral</b>		<b>1.180,00</b>

**Comprovante de Pagamento de Boletto**

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>	34191.09263 65520.012934 83495.580009 4 89530000118000
<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 PROMOCAO 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>	12/04/2022
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	11/04/2022
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	1.180,00
<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>	1.180,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.180,00

<b>Data/hora da operação:</b>	11/04/2022 11:27:30
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	001462512
<b>Chave de segurança:</b>	P2A16PY5Y3AXUPGL

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 0 104



## Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

**Dados do pagador:**

Nome: INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO

CNPJ: 00.794.227/0001-56

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**Dados do recebedor:**

Nome: INST PR SOC HUMANA DARCY RIBEIRO

CNPJ: 00.794.227/0001-56

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**Dados da transação:**

Situação: Efetivado

Valor: 70,00

Data/Hora: 11/04/2022 - 11:33

Descrição: Amil ref 0422

ID transação: E00360305202204111133f7cace89a20

Código da operação: 6882443051

Chave de Segurança: 5G4QWTETY5SUZ8ZU

Mensagem: Transacao passivel de cobranca de tarifa.

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página [www.caixa.gov.br/caixacomvoce/](http://www.caixa.gov.br/caixacomvoce/)