Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002554		14/03/2023	4.629,52

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
COPYMAR COM IMP E EXP DE MAQ SU

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
71.830.624/0001-84

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.41510.29100.000008.00346.001019.2.92890000462952

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
4.629,52	0,00	0,00	4.629,52

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA MES 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A7A3439E05182715

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Santander 033-7

00329

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 14/03/2023
Beneficiário COPYMAR COM IMP E EXP DE MAQ SUPRIMENTOS - 71.830.624/0001-84 R JOAQUIM TAVORA, 288 - VILA MATIAS - CEP: 11075-300 - SANTOS - SP	Agência / Cod. Beneficiário 4194 / 004151291

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
07/03/2023	SN	OUT	Não	07/03/2023	0000000003460
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		4.629,52

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 14/03/2023 R$ 92,59
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 3,08

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - 14.512.229/0001-10
AVENIDA NOVE DE ABRIL 2800
CUBATAO / SP - 11510-001

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

Santander 033-7

03399.41510.29100.000008.00346.001019.2.92890000462952

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 14/03/2023
Beneficiário COPYMAR COM IMP E EXP DE MAQ SUPRIMENTOS - 71.830.624/0001-84 R JOAQUIM TAVORA, 288 - VILA MATIAS - CEP: 11075-300 - SANTOS - SP	Agência / Cod. Beneficiário 4194 / 004151291

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
07/03/2023	SN	OUT	Não	07/03/2023	0000000003460
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		4.629,52

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 14/03/2023 R$ 92,59
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 3,08

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

CENTRO DE CUSTO
105
CÓDIGO GERENCIAL
1113
COMPETÊNCIA
02/2023

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - 14.512.229/0001-10
AVENIDA NOVE DE ABRIL 2800
CUBATAO / SP - 11510-001

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

GRUPO copymar 25

ALPHA INSTITUTO

Cliente:	**Instituto Alpha de Medicina Para Saúde**	**CUBATÃO/São Paulo**
Endereço:	**Avenida 9 de Abril, n°2.800 - Centro**	**MARÇO**

Locação de copiadora(s) no periodo de : 06/02/2023 à 05/03/2023

Detalhamento de período e tiragem de cópias por modelo de equipamento instalado para locação.

Tipo de Impressora	Modelo	N° de Série	Descrição	Contador Inicial	Contador Final	Total de Cópias
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001997	Páginas	67524	67974	450
			Digitalização	1322	1323	1
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001915	Páginas	172413	178925	6512
			Digitalização	30400	31626	1226
Multifuncional	WF-M5799	X3BK01909	Páginas	16934	17595	661
			Digitalização	3445	3564	119
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001911	Páginas	83742	85790	2048
			Digitalização	733	780	47
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001966	Páginas	184834	192226	7392
			Digitalização	7079	8298	1219
Multifuncional	WF-M5799	X3BK002018	Páginas	31831	32600	769
			Digitalização	7543	7832	289
Multifuncional	WF-M5799	X3BK002024	Páginas	141236	141241	5
			Digitalização	1273	1273	0
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001983	Páginas	225490	228331	2841
			Digitalização	2445	3098	653
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001213	Páginas	135394	145041	9647
			Digitalização	130997	139233	8236

Total de Páginas PB	42.115

Franquia de Trabalho PB	36.000	**R$ 4.053,55**

Valor excedentes PB	R$	0,09419	6.115	**R$ 575,97**

Total a ser Pago	**R$4.629,52**

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES 00331
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002552		14/03/2023	1.902,60

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
LORES COMERCIAL LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
00.480.407/0001-63

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S A

Código de Barras
23792.00104.90000.071945.19003.573201.1.92890000190260

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.902,60	0,00	0,00	1.902,60

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 132592 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37E023DEF03E2A5609

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

PROXXIMA SISTEMAS - Proxxima 3G v2012 - www.proxximasistemas.com.br - F(13)3324-6303 14/02/2023 10:05 am

00332

LORES COMERCIAL LTDA
R Joaquim Tavora, 65
Vila Mathias, Santos-SP CEP 11075300
Fone (13) 3234-9813
www.lores.com.br - vendas@lores.com.br

BRADESCO | **237-2** | Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ
LORES COMERCIAL LTDA CNPJ(MF): 00.480.407/0001-63

Recibo do Pagador

Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 4.38
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 132592

Vencimento	14/03/2023
Nosso Número	09/00000719419-9
Número do Documento	132592
Agência/Código Beneficiário	2001/0035732-4
(=) Valor do Documento	1.902,60

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ 14.512.229/0001-10
RUA AMADOR BUENO, 333 - 1816
11013151 - CENTRO - SANTOS - SP
Beneficario final: **LORES COMERCIAL LTDA**

BRADESCO | **237-2** | **23792.00104 90000.071945 19003.573201 1 92890000190260**

Local de Pagamento: Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso

Beneficiário/CPF/CNPJ
LORES COMERCIAL LTDA
R Joaquim Tavora, 65 Vila Mathias, Santos-SP CEP 11075300
CNPJ(MF): 00.480.407/0001-63

Vencimento: 14/03/2023
Agência/Código Beneficiário: 2001/0035732-4

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
14/02/2023	132592	DM	N	14/02/2023	09/00000719419-9

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
09	REAL			1.902,60

Instruções: (Texto de responsabilidade do Cedente)

Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 4.38
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 132592

(-) Desconto
(-) Abatimento
(+) Mora
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 14/02/23
ASS
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

6410

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ 14.512.229/0001-10
RUA AMADOR BUENO, 333 - 1816
11013151 - CENTRO - SANTOS - SP
Beneficario final: **LORES COMERCIAL LTDA**

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

RECEBEMOS DE LORES COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			VALOR NOTA R$ 1.902,60	NF-e Nº: 000.132.592 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		

LORES COMERCIAL LTDA

R Joaquim Tavora, 65
Vila Mathias
Santos
SP
CEP: 11075300
TELEFONE: 01332349813

LORES
SUPRIMENTOS PARA ESCRITÓRIO

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº 000.132.592
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0200 4804 0700 0163 5500 1000 1325 9211 3259 2100

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida e ou recebida de 3os.	135230236517850 - 14/02/2023 10:04:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
633341345117		00.480.407/0001-63

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	14/02/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
RUA AMADOR BUENO, 333 1816	CENTRO		11013-151	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
Santos	(13) 3394-5103	SP		

FATURA

Número	Data Veto	Valor
001	14/03/2023	1.902.60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.902,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.902,60

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	0 - Rem.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
0	GRANEL	DIVERSAS	0	0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1132	PAPEL SULFITE A4 REPORT 210X297 PT500 BR REPORT	48025610	0 60	5405	UN	70,0000	27,18	1.902,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 14/02/23
ASS

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1211
COMPETÊNCIA 02/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor aproximado dos tributos: R$ 212,33(11,160%) - Fonte: IBPT ; Contrato de Gestao N 003 18 e Termo Aditivo N 02 2022 firmados entre o Inst Alpha e a Prefeitura de Cubatao - SP Entrega: Av. 9 de abril, 8000 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00;CONF. CLAUDIO 7 VOL E

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 14 fevereiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.023.4.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra do item relacionado abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Pronto Socorro Infantil.

70 unidades resma Papel sulfite A4.

Atenciosamente,

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00335

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002553		14/03/2023	11.562,99

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
COPYMAR COM IMP E EXP DE MAQ SU

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
71.830.624/0001-84

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.41510.29100.000008.00346.101017.3.92890001156299

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
11.562,99	0,00	0,00	11.562,99

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA MES 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E370A8EC7B0C2D6E6A5

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Santander 033-7

RECIBO DO PAGADOR

00336

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 14/03/2023
Beneficiário COPYMAR COM IMP E EXP DE MAQ SUPRIMENTOS - 71.830.624/0001-84 R JOAQUIM TAVORA, 288 - VILA MATIAS - CEP: 11075-300 - SANTOS - SP					Agência / Cod. Beneficiário 4194 / 004151291
Data do Documento 07/03/2023	No. do Documento SN	Espécie doc. OUT	Aceite Não	Data Processamento 07/03/2023	Nosso Número 0000000003461
Uso do Banco	Carteira Rápida com Registro	Espécie Moeda REAL	Quantidade 1	(x) Valor	(=) Valor do Documento 11.562,99
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) MULTA APOS 14/03/2023 R$ 231,25 COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 7,70					(-) Descontos/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - 14.512.229/0001-10
AVENIDA NOVE DE ABRIL 2800
CUBATAO / SP - 11510-001

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

Santander 033-7

03399.41510.29100.000008.00346.101017.3.92890001156299

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento 14/03/2023
Beneficiário COPYMAR COM IMP E EXP DE MAQ SUPRIMENTOS - 71.830.624/0001-84 R JOAQUIM TAVORA, 288 - VILA MATIAS - CEP: 11075-300 - SANTOS - SP					Agência / Cod. Beneficiário 4194 / 004151291
Data do Documento 07/03/2023	No. do Documento SN	Espécie doc. OUT	Aceite Não	Data Processamento 07/03/2023	Nosso Número 0000000003461
Uso do Banco	Carteira Rápida com Registro	Espécie Moeda REAL	Quantidade 1	(x) Valor	(=) Valor do Documento 11.562,99
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) MULTA APOS 14/03/2023 R$ 231,25 COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 7,70					(-) Descontos/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1142
COMPETÊNCIA
02/2023

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - 14.512.229/0001-10
AVENIDA NOVE DE ABRIL 2800
CUBATAO / SP - 11510-001

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

GRUPO copyma 25

ALPHA INSTITUTO

Cliente:	Instituto Alpha de Medicina Para Saúde	Cubatão/São Paulo
Endereço:	Avenida 9 de Abril, n°2.800 - Centro	MARÇO

Locação de copiadora(s) no periodo de : 06/02/2023 à 05/03/2023

Detalhamento de período e tiragem de cópias por modelo de equipamento instalado para locação.

Tipo de Impressora	Modelo	N° de Série	Descrição	Contador Inicial	Contador Final	Total de Cópias
Multifuncional	M2035dn	LZK4487521	Páginas	303112	306982	3870
			Digitalização	50466	50466	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4304763	Páginas	178525	179828	1303
			Digitalização	13324	13324	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4406594	Páginas	232149	235007	2858
			Digitalização	20847	20847	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4407822	Páginas	134125	142093	7968
			Digitalização	1541	1541	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4304765	Páginas	388698	388998	300
			Digitalização	52287	52287	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4406605	Páginas	55440	55456	16
			Digitalização	2704	2704	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4613502	Páginas	112559	112615	56
			Digitalização	12754	12754	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4304772	Páginas	327109	327110	1
			Digitalização	10861	10861	0
Impressora	FS-420DN	NU42X04436	Páginas	271039	283463	12424
Impressora	FS-420DN	NU43716097	Páginas	923346	923688	342
Impressora	FS-420DN	NU43918241	Páginas	309268	311458	2190
Impressora	FS-420DN	LPD4104626	Páginas	330084	333630	3546
Impressora	FS-420DN	NU43817592	Páginas	199279	200680	1401
Impressora	FS-420DN	NU43716125	Páginas	525688	526236	548
Impressora	FS-420DN	LPD4613509	Páginas	127232	130307	3075
Impressora	FS-420DN	LPD4613430	Páginas	122272	133359	11087
Impressora	FS-420DN	NU42X04439	Páginas	1501591	1505301	3710
Impressora	FS-420DN	NU42X04488	Páginas	166198	177989	11791

Impressora	FS-420DN	LPD4613439	Páginas	326024	335911	9887
Impressora	FS-420DN	NU42Y07792	Páginas	201092	201107	15

Multifuncional	WF-C5790	X3B7008987	Páginas PB	46957	49066	2109
			Páginas Colorida	30392	31510	1118
Multifuncional	WF-C5790	X3B7008998	Páginas PB	289113	299250	10137
			Páginas Colorida	12537	14603	2066
Multifuncional	WF-C5790	X3B7008995	Páginas PB	174960	181485	6525

Total de Páginas PB	88.634
Total de Páginas Color	**9.709**

Franquia de Trabalho PB			80.000	**R$ 6.823,20**
Valor excedentes PB	R$	0,0880	8.634	**R$ 759,79**
Franquia de Trabalho Color			**3.000**	**R$ 1.271,57**
Valor excedente Color	R$	0,4037	**6.709**	**R$ 2.708,42**

Total a ser Pago	**R$11.562,99**

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002555		14/03/2023	18.170,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
SRD ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA EI

CNPJ/CPF
21.528.475/0001-25

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	3553
Conta	00000000000130024631

Número do Documento
900002555
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 94 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37721D70E1218DA66D

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

00340

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 94

Data e Hora da Emissão	13/03/2023 15:49:28	Competência	13/3/2023	Código de Verificação	MT8EWLJTH
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	93	Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	SRD ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	21.528.475/0001-25	Inscrição Municipal	2622321	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA DOUTOR ISIDORO JOSÉ RIBEIRO CAMPOS ,41 - PONTA DA PRAIA CEP: 11030-490				
Complemento:	0051	Telefone:	(13)3238-3143	e-mail:	sidneydinau@terra.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151				
Complemento:	cj 1816	Telefone:		e-mail:	financeiro_3@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSESSORIA:
Contrato de Gestão 003/2018 ¿ Aditivo 002/2021
Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde
PERÍODO DE 01/02/2023 A 28/02/2023
VALOR BRUTO: R$20.000,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1115
COMPETÊNCIA
02/2023

Código do Serviço / Atividade

17.01 / 702040001 - atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica - assessoria

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	130,00	COFINS	600,00	IR(R$)	300,00	INSS(R$)		CSLL(R$)	200,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	20.000,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	20.000,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	1.230,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	20.000,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	600,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	18.170,00	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	600,00

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

00341

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002556		14/03/2023	150.000,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
CAP SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ/CPF
14.016.550/0001-03

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0707/62232889	00001	00000000000007409488	150.000,00

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 10284 LOCACAO AMBULANCIA REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E3768C6F5EF42B24A1D

Central de Atendimento Santander Empresarial
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 10284, emitido em 01/03/2023

20230301u14016550000103

Número da Nota **00010284**

Data e Hora de Emissão **01/03/2023 11:48:58**

Código de Verificação **XGXX-P96I**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **14.016.550/0001-03** Inscrição Municipal: **4.383.969-0**

Nome/Razão Social: **C.A.P SERVICOS MEDICOS**

Endereço: **R CONEGO ANTONIO LESSA 297, LT 31 QD 60 - PARQUE DA MOOCA - CEP: 03122-060**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

CPF/CNPJ: **14.512.229/0001-10** Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **AL Itapecuru 645, CJ 1230 - Alphaville Centro Industrial e - CEP: 06454-080**

Município: **Barueri** UF: **SP** E-mail: **CONTATO@LDMASSESSORIA.COM**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADOS EM LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA CONFORME CONTRATO REFERENTE À FEVEREIRO DE 2023.

DADOS BANCÁRIOS
BRADESCO
AG.1362
C/C 0010889-8

ENDEREÇO CORRETO - RUA AMADOR BUENO, Nº 333 - CJ 1816
CENTRO DE SÃO PAULO - CEP. 11013-153

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1106
COMPETÊNCIA
02/2023

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 150.000,00

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço
05266 - Unidade de atendimento, assistência ou tratamento móvel e congêneres.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Credito (R$)
0,00	150.000,00	2,00%	3.000,00	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005, (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 10284, emitido em 01/03/2023; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/04/2023;

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
VICTORIA CHARLEAUX DE ALMEIDA FERREIRA

CPF
487.547.028-28

Conta Informada
0033-1546-000010288184

Conta Salário
0033-1546-000710141648

Conta Creditada
0033-1546-000010288184

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002627

Nro Compromisso Cliente
966

Data do Crédito
15/03/2023

Valor R$
1.973,26

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E05DFC81A48ECB4A84

Central de Atendimento Santander Empresarial
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

15.03.2023

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

00344

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social / Nome
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 Bairro
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705	CENTRO

05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
Santos	SP	11013151	8660700	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
15163399806	VICTORIA CHARLEAUX DE ALMEIDA FERREIRA

12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13 Bairro
RUA ALI HUSSEIN DAYCHOUM, 138 AP 22	VILA SONIA

14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Praia Grande	SP	11722-130	00090387/00454 - SP	48754702828

19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
01/11/1997	MARY DE ALMEIDA FERREIRA

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
4.121,83	12/07/2022	07/03/2023	07/03/2023	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00 %	0,00 %	01

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
. . . -	47.436.373/0001-73 - SEESP CUB (ENFERMEIROS)

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 7 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	779,80	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	60,76	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno 031:26 Horas a 35%	51,38
56.1 Horas Extras 005:50 horas a 100%	216,61	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	26,61
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	772,15	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 8/12 avos	2.996,47
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	998,82
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**5.902,60**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	3.342,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00
106 Vale-Transporte	0,00	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	49,11
112.2 Prev Social - 13º Salário	57,91	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
115.1 DSR Falta	120,08	115.2 Faltas em Dias	360,24		
				TOTAL DEDUÇÕES	**3.929,34**
				VALOR LÍQUIDO	**1.973,26**

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 15163399806	11 Nome VICTORIA CHARLEAUX DE ALMEIDA FERREIRA		
17 CTPS (nº,série,UF) 00090387/00454 - SP	18 CPF 48754702828	19 Data de Nascimento 01/11/1997	20 Nome da Mãe MARY DE ALMEIDA FERREIRA

CONTRATO				
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO				
24 Data de Admissão 12/07/2022	25 Data do Aviso Prévio 07/03/2023	26 Data de Afastamento 07/03/2023	27 Cód. Afast. SJ1	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalhador 01				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. nº 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/_____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 1.973,26, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/_____ de _____ de _____.

_____
150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

_____
151 Assinatura do Trabalhador

_____
152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1006
COMPETÊNCIA
03/2023

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002564		15/03/2023	255,30

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
15/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
52.202.744/0001-92

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.14327.85000.000159.29505.201011.1.92900000025530

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
255,30	0,00	0,00	255,30

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 882351 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D18569549E96C693

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Santander | 033-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.	Agência/Cód. Beneficiário 0289/1432850	Nro.Documento 000882351	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Vencimento 15/03/2023	Valor do Documento 255,30	
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Santander | 033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 15/03/2023

Beneficiário/CNPJ/Endereço
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92
AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515

Agência/Código Beneficiário: 0289/1432850

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
13/02/2023	000882351		DM	N	28/02/2023	15295052
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	RCR	R$				255,30

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%.SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS
SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R$ 0,08 POR DIA APOS O VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AMADOR BUENO 333 CONJUNTO 1816 - BOQUEIRAO
SANTOS - SP - 11013153
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.14327 85000.000159 29505.201011 1 92900000025530

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 15/03/2023

Beneficiário/CNPJ/Endereço
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92
AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515

Agência/Código do Beneficiário: 0289/1432850

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
13/02/2023	000882351		DM	N	28/02/2023	15295052
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	RCR	R$				255,30

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%.SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS
SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R$ 0,08 POR DIA APOS O VENCIMENTO

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AMADOR BUENO 333 CONJUNTO 1816 - BOQUEIRAO
SANTOS - SP - 11013153
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Ficha de Compensação

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Identificação do emitente

NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.
AV DOUTOR CELSO CHARURI, 7500
JARDIM MANOEL PENNA Cep:14098-515
RIBEIRAO PRETO/SP
Fone: 1639639090

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000882351
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

00348

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3523 0252 2027 4400 0192 5500 1000 8823 5118 5732 4235

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135230234065354 13/02/2023 21:40:39-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ/CPF
582156635119		52.202.744/0001-92

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	13/02/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AMADOR BUENO 333 CONJUNTO.1816, CONJUNTO 18/16	CENTRO	11013-153	13/02/2023

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
SANTOS	01332835090	SP		21:36:00

FATURA
001
15/03/2023
255,30

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
255,30	45,95	0,00	0,00	255,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	255,30

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN TRANSPORTES E SERVICOS	0-EMITENTE				12.270.745/0004-00

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO 41 SALA 1706	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
5	CX			4,240	4,240

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
0006580	PAPEL GRAU CIRURGICO TUB 15CMX100M H0008 - HOSPFLEX xEAN: 7513205013 87 Reg.Anvisa: ISENTO - Lote: 0422 - Dt. Fabric 30/04/2022 - Dt. Valid: 31/03/202 5 Marca. HOSPFLEX	48115129	000	5102	UN	1,00	68,9	68,90	68,90	12,40	0,00	18,00%	0,00%
00106 19	DESINFETANTE HIPOCLORITO DE SODIO 1% 5L CLORO VI xEAN: 7897877089 61 Reg.Anvisa: 326488030 - Lote: 85997 - Dt. Fabric: 30/10/2022 - Dt. Valid: 30/1 0/2023 Marca: VIC PHARMA	38089919	000	5102	GL	8,00	23,3	186,40	186,40	33,55	0,00	18,00%	0,00%

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 13/02/2023
ASS.

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido Interno: 185856
Protocolo 135230234065354
Pedido cliente - Local de entrega Avenida Nove de Abril 2600 - Centro - Cubatao - SP, 11510-000 - Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo 02/2022 entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP - Nro. Pedido Interno: 185856 - Forma de Pagamento: BOLETO

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
CONTABILIDADE
02/2023

powered by TOTVS

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 13 fevereiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.023.3.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra dos itens relacionados abaixo para uso do Pronto Socorro.

01 unidade Papel Grau cirúrgico tub 15cmx100m;
08 unidades Desinfetante hipoclorito de sódio 1% 5L.

Atenciosamente,

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00350

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002563		15/03/2023	264,94

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
15/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
52.202.744/0001-92

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.14327.85000.000159.29458.701017.2.92900000026494

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
264,94	0,00	0,00	264,94

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 17849 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E378D1805AA44932D44

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

00351

Santander | 033-7 | Comprovante de Entrega

Beneficiário NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.	Agência/Cód. Beneficiário 0289/1432850	Nro.Documento 000017849	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Vencimento 15/03/2023	Valor do Documento 264,94	
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Santander | 033-7 | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 15/03/2023

Beneficiário/CNPJ/Endereço
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0007-88
AL AFRICA (POLO EMPRESARIAL) - SANTANA DE PARNAIBA - SP 06543-306

Agência/Código do Beneficiário: 0289/1432850

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
13/02/2023	000017849	DM	N	13/02/2023	15294587
Uso do Banco	Carteira: RCR	Espécie: R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento: 264,94

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%.SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R$ 0,08 POR DIA APOS O VENCIMENTO

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AMADOR BUENO 333 CONJUNTO 1816 - BOQUEIRAO
SANTOS - SP - 11013153
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.14327 85000.000159 29458.701017 2 92900000026494

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 15/03/2023

Beneficiário/CNPJ/Endereço
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0007-88
AL AFRICA (POLO EMPRESARIAL) - SANTANA DE PARNAIBA - SP 06543-306

Agência/Código do Beneficiário: 0289/1432850

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
13/02/2023	000017849	DM	N	13/02/2023	15294587
Uso do Banco	Carteira: RCR	Espécie: R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento: 264,94

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%.SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R$ 0,08 POR DIA APOS O VENCIMENTO

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Rafael [illegible] Monteiro
Coord[illegible] Administrativo
[illegible] Medicina para Saúde
15/02/2023

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AMADOR BUENO 333 CONJUNTO 1816 - BOQUEIRAO
SANTOS - SP - 11013153
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA ___/___/___

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica — Ficha de Compensação

Identificação do emitente
NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.
AL AFRICA (POLO EMPRESARIAL), SN
Complemento: 337
TAMBORE Cep:06543-306
SANTANA DE PARNAIBA/SP
Fone:

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000017849
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3523 0252 2027 4400 0788 5500 1000 0178 4919 5793 2815

00352

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	135230233767287 13/02/2023 20:25:39-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ/CPF
623179926119		52.202.744/0007-88

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	13/02/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AMADOR BUENO 333 CONJUNTO.1816, CONJUNTO 18/16	CENTRO	11013-153	13/02/2023

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
SANTOS	01332835090	SP		20:15:00

FATURA

001 15/03/2023 264,94							

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
264,94	47,69	0,00	0,00	264,94

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	264,94

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN TRANSPORTES E SERVICOS	0-EMITENTE				12.270.745/0004-00

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO 41 SALA 1706	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	CX			0,990	0,990

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
0003281	COLETOR DE URINA 2L SACO C CORDAO AD C 100 105020 xEAN: 7898487862012 Reg.Anvisa: 0080163570046 - Lote: 59003 - Dt. Fabric: 30/04/2021 - Dt. Valid: 30/04/2025 Marca: MEDSONDA	00069110	000	5102	PT	2,00	48.4	96,80	96,80	17,42	0,00	18.00%	0.00%
0010633	DETERGENTE ENZIMATICO 5L PRATICZYME 8188 - VIC PHA xEAN: 17897877708487 Reg.Anvisa: 326488029 - Lote: S5955 - Dt. Fabric: 30/08/2022 - Dt. Valid: 30/08/2024 Marca: VIC PHARMA	35079049	000	5102	GL	2,00	84.07	168,14	168,14	30,27	0,00	18.00%	0.00%

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA ___/___/___
ASS

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido Interno: 019112
Protocolo: 135230233767287
Pedido cliente - Local de entrega Avenida Nove de Abril 2800 - Centro - Cubatao - SP, 11510-000 - Contrato de Gestao n 003/18 e Temo Aditivo 02/2022 entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP - Nro. Pedido Interno: 019112 - Forma de Pagamento: BOLETO

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
02/2023

powered by TOTVS

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 13 fevereiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.023.2.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra dos itens relacionados abaixo para uso do Pronto Socorro.

02 pcts Coletor de urina 2L saco c/ cordão c/ 100 unidades;

02 unidades Detergente Enzimático 5L.

Atenciosamente,

Ane Marotti
Analista Adm.III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00354

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002565		15/03/2023	341,40

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
15/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚD

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVE

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
17.232.837/0001-69

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02869.214003.00011.675170.1.92920000034140

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
341,40	0,00	0,00	341,40

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 16620 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E371D9FD18FD896C2C1

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

00355

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.675170 1 92920000034140

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(-) Valor Pago
2869214000001167	16620	17/03/2023	341,40	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69
RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17 / 27	R$		

Agência / Código do Beneficiário
01006-5 / 73122-6

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento
15/02/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
15/02/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 2 07 02

Autenticação Mecânica

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 acima pelo banco do pagador.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.675170 1 92920000034140

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Data de Vencimento
17/03/2023

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17 232.837/0001-69
RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090

Agência / Código do Beneficiário
01006-5 / 73122-6

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
15/02/2023	16620	NF	N	15/02/2023	28692140000011675

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento
	17 / 27	R$			341,40

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA ___/___/___
ASS _____

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado

BB Cobrança 2 07 02

Rafael de A. Mendonça
Assistente Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRACA TAQUARITINGA, 160

PQ FERN JORGE

Cubatao SP

CEP. 11500-060

Fone. (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA 1

No: 000016620

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0217 2328 3700 0169 5500 1000 0166 2016 4523 4135

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

Protocolo de Autorização de Uso 135230245827076
15/02/2023 15:27:21

35117232837000169000111500 44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
2830609951 4

INSC EST SUBST TRIBUTÁRIO

CNPJ
17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO
15/02/2023

ENDEREÇO
R AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAIDA
15/02/2023

MUNICIPIO
SANTOS

FONE / FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAIDA
15:26:52

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	17/03/2023	341,40									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC DO ICMS SUB	VALOR DO ICMS SUB	VALOR IPI	VALOR APROX TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	122,39	341,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG	DESCONTO	OUT DESP ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**341,40**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
9-SEM OCORRENCIA

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO (KG)

PESO LIQUIDO (KG)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	Desc (R$)	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1887484-1	COPO 180ML C/2500 BR COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	3	113,8000	341,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

ESTO O RECEBIMENTO
S CONSTANTES
NOTA FISCAL
DATA ___/___/___
ASS

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CONTA CONTABIL
1211
COMPETENCIA
02/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- "Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n 02/2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP / Endereco para entrega: Av 9 de abril, 2800 Centro Cubatao SP CEP 11510-00" Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 122,39 (35,85%) Fonte IBPT.

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 15 fevereiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.023.5.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra do item relacionado abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Pronto Socorro Infantil.

3 Caixas de copos descartáveis 180ml c/2500 cada

Atenciosamente,

Ane Maroti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00358

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002562		15/03/2023	397,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
15/03/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUD

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
04.192.876/0001-38

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02815.634007.00072.626179.1.92900000039750

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
397,50	0,00	0,00	397,50

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 287373 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37B31E537FB98D1E69

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)