ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem estar

PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRA

CONTRATO DE GESTÃO 003/2018

ABRIL 2023

CUBATÃO PS

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 11013-153
Telefone: (13)3394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site:www.alphainstituto.com.br

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

DESPESAS DO PERÍODO

ORDEM CRONOLÓGICA

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 11013-153
Telefone: (13)3394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site:www.alphainstituto.com.br

Santander

00001

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
CASSIA NERY DA SILVA

CPF
306.490.508-27

Conta Informada
0033-3553-000010799480

Conta Salário
0033-3553-000713246096

Conta Creditada
0341-8060-000000335281

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002631

Nro Compromisso Cliente
290

Data do Crédito
03/04/2023

Valor R$
8.782,16

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Liquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E08591B7E01B9FCE35

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)

03/04

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social / Nome			
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE 00002			
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			
13484750773	CASSIA NERY DA SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA OITO, 141			PARQUE CONTINENTAL	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
São Vicente	SP	11348-440	00014203/00237 - SP	30649050827
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
24/05/1982	IONE MARIA NERY DA SILVA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
3.362,24	10/02/2020	25/02/2023	26/03/2023	SJ2

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 26 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	2.896,40	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	225,68	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras 005:12 horas a 100%	193,09	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	17,55
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	600,40	64.1 13º Salário-Exerc. - /12	0,00	65 Férias Proporc 2/12 avos	600,40
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 10/02/2022 a 09/02/2023	3.706,98	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.395,77
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
95.1 Aviso excedente aos 30 dias trabalhados 9 Dias	1.002,60				
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**10.638,87**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00	106 Vale-Transporte	0,00
107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	250,64	112.2 Prev Social - 13º Salário	45,03
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 DSR Falta	480,32
115.2 Faltas em Dias	960,64	115.3 Faltas Férias Proporcionais	120,08		
				TOTAL DEDUÇÕES	**1.856,71**
				VALOR LÍQUIDO	**8.782,16**

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

00003

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 13484750773	11 Nome CASSIA NERY DA SILVA			
17 CTPS (nº,série,UF) 00014203/00237 - SP	18 CPF 30649050827	19 Data Nascimento 24/05/1982	20 Nome da Mãe IONE MARIA NERY DA SILVA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR				
24 Data de Admissão 10/02/2020	25 Data do Aviso Prévio 25/02/2023	26 Data de Afastamento 26/03/2023	27 Cód. Afast SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalhado 01				
31 Código Sindical . . . -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Labora 47.436.373/0001-73 - SEESP CUB (ENFERMEIROS)			

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 8.782,16, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155 abaixo.

_____/_____ de _____ de _____.

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1006

COMPETÊNCIA
04/2023

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas:

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).

00004

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Titulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002647

No. compromisso cliente

Data do Crédito
03/04/2023

Valor
1.829,10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
03/04/2023

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
LORES COMERCIAL LTDA - EPP

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
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.01985.14800.000078.22637.301015.2.93100000182910

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.829,10	0,00	0,00	1.829,10

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 133397 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37ACC65464E9BA12D6

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 07/03/2023 11:20 am

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

Disponível para agendamento após 2 dias úteis.

SANTANDER | **033-7** | **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$ 4.21
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 133397Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	04/04/2023
Nosso Número	000000722637-3
Número do Documento	133397
Agência/Código Beneficiário	3650/0198148
(=) Valor do Documento	1.829,10

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

SANTANDER | **033-7** | **03399.01985 14800.000078 22637.301015 2 93100000182910**

Local de Pagamento: PAGAR EM QUALQUER BANCO ATÉ A DATA DO VENCIMENTO

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

Vencimento: 04/04/2023
Agência/Código Beneficiário: 3650/0198148

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/03/2023	133397	DM	N	07/03/2023	000000722637-3

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANÇA SIMPLES - RCR	REAL			1.829,10

Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente)

Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 4 21
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 133397Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

6.410

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

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

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 07/03/23
ASS
Coordenadora Administrativa
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

RECEBEMOS DE LORES COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

VALOR DA NOTA R$ 1.829,10

DATA DE RECEBIMENTO / / | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

NF-e
Nº: 000.133.397
SÉRIE: 1

LORES COMERCIAL LTDA.

R Joaquim Lavora, 65
Vila Mathias
Santos
SP
CEP: 11075-300
TELEFONE: (01) 33234-9813
E-MAIL:

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.133.397
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0300 4804 0700 0163 5500 1000 1333 9711 3339 7119

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida e ou recebida de 3os.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135230346414531 - 07/03/2023 11:20:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBSTITUTO TRIBUTÁRIA	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	07/03/2023

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 Vcto	Valor
001	04/04/2023	1.829,10

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	1.829,10

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	1.829,10

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 LÍQUIDO
0	GRANEL	DIVERSAS	0	0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITÁRIO	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	26,13	1.829,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO
DO
CÓDIGO GERENCIAL
L&M
COMPETÊNCIA
03/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 07/03/23
ASS
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor aproximado dos tributos: R$ 204,13(11,160%) - Fonte: IBPT ; Contrato de Gestao N 003 18 e Termo Aditivo N 02 2022 firmados entre o Inst Alpha e a Preleitura de Cubatao - SP Entrega: Av. 9 de abril, 2800 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00;SEP. MAURICIO- CONF. CLAU

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 07 de março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.030.2023 – 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 de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

70 unidades Resma de Papel Sulfite A4.

Atenciosamente,

Ana Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002649		03/04/2023	4.496,47

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
03/04/2023

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
BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
21.659.864/0001-90

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
03399.78041.58000.000032.89868.701015.1.93190000449647

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
4.496,47	0,00	0,00	4.496,47

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 1352006 VT 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E374C2BFAD4BB5D1F7F

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)

BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA

BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA S.A. - SPE
CNPJ: 21.659.864/0001-90
AV FRANCISCO MANOEL, 1050 - JABAQUARA SANTOS - SP
CEP:11.075-110

Recibo do Pagador

Beneficiário **BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90**	Agência Código Beneficiário **22713/780458-0**	Vencimento **13/04/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**	Número do Documento **1352006**	Nosso Número **000000389868-7**
Espécie **R$** / Quantidade / (x) Valor	(=) Valor do Documento **4.496,47**	(-) Desconto
Demonstrativo:	(-) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado

OS CRÉDITOS DO PEDIDO SERÃO LIBERADOS PARA A RECARGA APÓS 72H DO PAGAMENTO.

Taxa Adminstrativa:R$ 130,97

Autenticação Mecânica

Corte Aqui

Santander | 033-7 | 03399.78041 58000.000032 89868.701015 1 93190000449647

Local de Pagamento **Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação**					Vencimento **13/04/2023**
Beneficiário **BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90**					Agência Código Beneficiário **22713/780458-0**
Data Documento **03/04/2023**	Número do Documento **1352006**	Espécie Doc. **RC**	Aceite **N**	Data Processamento **03/04/2023**	Nosso Número **000000389868-7**
	Carteira **Cob. Simples COB**	Espécie **R$**	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento **4.496,47**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) SR CAIXA, NÃO RECEBER APÓS VENCIMENTO					(-) Desconto (-) Mora Multa (-) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE** **RUA AMADOR BUENO 333 SALA 1816 CENTRO SANTOS SP 11013-153** Sacador/Avalista					**CNPJ: 14.512.229/0001-10** **Ficha de Compensação**

Autenticação Mecânica

Corte Aqui

CENTRO DE CUSTO

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

APB PRODATA BRASIL

Número do pedido **1352006**
Valor do Pedido **R$ 4.365,50**
Total de registros **22**
Status do pedido **Novo**

Código	CPF	Nome	Cartão	Valor
329066	42919226800	AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA	71.04.00100878-1	R$ 219,10
327315	24867476803	CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS	71.04.08752124-3	R$ 235,20
476889	30591313847	DANIEL GREGORIO DE SOUZA	71.04.08889706-9	R$ 137,20
436969	22817467809	DANILO SILVEIRA DE MELO	71.04.08885837-3	R$ 252,00
397051	08051698819	ELIANE CAMPOS PEREIRA	71.04.08613771-7	R$ 154,00
213763	26409701861	ELISANGELA MARIA DA SILVA	71.04.00095302-2	R$ 154,00
202832	34024267817	ELMO VIEIRA DA SILVA	71.04.00362386-4	R$ 322,00
213942	47270174822	FABIANA PEREIRA DA SILVA	71.04.08900123-9	R$ 166,60
329070	38097832852	INGRID JANAINE RODRIGUES DA SILVA	71.04.00091444-2	R$ 149,80
366166	28491367861	JAMES DE FREITAS SOUZA	71.04.00094782-1	R$ 154,00
277200	46407827809	KARINA OLIVEIRA DA SILVA	71.04.08602887-1	R$ 154,00
389473	53797168810	LUANA SOARES DE OLIVEIRA ALVES	71.04.08793184-1	R$ 166,60
328296	44760196846	LUIZ AUGUSTO GALVAO DE SA FILHO	71.04.00151875-3	R$ 166,60
225403	24918802885	MARIA APARECIDA MARTINS FARIAS GALVAO	71.04.08599642-2	R$ 291,20
327919	34508925847	PRISCILA REGINA FERREIRA	71.04.00068669-5	R$ 322,00
411371	15919689846	RENATA FRANCISCA DE BARROS	71.04.08899382-3	R$ 154,00
327920	10825095824	RINIA BRAMMERLOO DOS SANTOS	71.04.08884710-1	R$ 137,20
462522	32938720858	ROBERTO GREGORIO CLARO	71.04.08902742-4	R$ 231,00
282152	08047882864	RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA	71.04.08975730-9	R$ 219,10
259088	12134208813	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	71.04.08594000-1	R$ 137,50
441581	46162197883	THAIS SOARES DA SILVA	71.04.00378535-1	R$ 288,40
455938	33403418855	VANESSA SILVA DOS SANTOS	71.04.08869221-1	R$ 154,00

00011

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRAS

No. compromisso banco
900002646
No. compromisso cliente

Dados do Convênio
Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA
CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922
Data da Solicitação
03/04/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO - FGTS RESCISORIO

Codigo de Barras:	85840000058-2 92380239202-0 30404081349-7 90845122292-2
Empresa:	FGTS GRRF ELETRONICA 239
Data de Validade:	04/04/2023
Identificador:	08134990845122292
Valor Recolhido:	R$ 5.892,38
Data de Pagamento:	03/04/2023
Data da Transacao:	03/04/2023
Hora da Transacao:	12:25:32
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E37AB7F6641CF0695F1
Convenio de Arrecadacao:	00336915000900000121

Documento pago dentro das condicoes definidas no oficio DIFUG/GEPAS 135/2003.

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Guarde este recibo junto com o documento original para eventual comprovacao do pagamento.

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
GRRF CASSIA NERY DA SILVA

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)

00012

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 22/03/2023 13:53:39

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

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

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705	13-33227379	11.013-151

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	SANTOS	SP	515	1	1

11- Identificador

08134990845122292

12- Total a Recolher

5.892,38

13- Data de Validade = 04/04/2023

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858400000582 923802392020 304040813497 908451222922

Autenticação mecânica

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1024
COMPETÊNCIA
04/2023

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 22/03/2023 13:53:39

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

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

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705	13-33227379	11.013-151

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	SANTOS	SP	515	1	1

11- Identificador

08134990845122292

12- Total a Recolher

5.892,38

13- Data de Validade = 04/04/2023

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858400000582 923802392020 304040813497 908451222922

Autenticação mecânica

Via Banco

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 08134990845122292

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

Dados do Empregador

Razão Social: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10

Endereço

Logradouro: R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTOS

UF: SP

CEP: 11.013-151

FPAS: 515

Simples: 1

CNAE: 8660700

CNPJ/CEI Tomador de serviço:

Dados do Trabalhador

Nome: CASSIA NERY DA SILVA

PIS/PASEP: 13484750773

Admissão: 10/02/2020

Categoria: 01

Data Nascimento: 24/05/1982

Data Opcão: 10/02/2020

CTPS: 0014203/00237

Movimentação: 26/03/2023 - I1

Aviso Prévio: 1

Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	3.494,76	0,00	14.032,00
Depósito	0,00	279,58	0,00	5.612,80
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Trabalhador: 5.892,38

Valor Devido pela Empresa: 5.892,38

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002655		04/04/2023	567,28

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
04/04/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
LILIANA MIRANDA DE ARAUJO

CNPJ/CPF
029.734.236-35

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0756/02038232	03177	00000000000000025828	567,28

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PENSAO ALIMENTICIA 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A4CDD20838981822

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)

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LEONARDO DIAS MENDONCA

Emissão: 13:56 03/04/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/03/2023 a 31/03/2023

Página: 001

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
001066	DANIEL GREGORIO DE SOUZA	30591313847	1.796,08	90:00		567,28
	Totais:		1.796,08	90:00		567,28

Tipo

[X] Adiantamento [X] Folha [X] Folha complementar
[X] Férias [X] Rescisão [X] Rescisão Complementar
[X] 13º Adiantamento [X] 13º Salário [X] Resilição

Lilia a Vara de Alimento

CENTRO DE CUSTO
ADM
CÓDIGO GERENCIAL
1044
COMPETÊNCIA
03/2023