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
ANA PAULA CAMARGO BARROS

CPF
662.283.520-91

Conta Informada
0033-0123-000010779785

Conta Salário
0033-0123-000710377043

Conta Creditada
0033-0123-000010779785

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002733

Nro Compromisso Cliente
239

Data do Crédito
05/04/2023

Valor R$
8.686,42

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0507FCB099CD85761

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)

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			
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			
12586384689	ANA PAULA CAMARGO BARROS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA ELIDIO JULIO BATISTA,			VILA SONIA	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Praia Grande	SP	11723-030	00003352/00035 - SP	66228352091
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
06/04/1974	LUIZABETE CAMARGO OLIVEIRA			

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
1.801,20	02/06/2019	02/03/2023	31/03/2023	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 30 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	3.342,00	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	260,40	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras 029:40 horas a 100%	1.101,62	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	81,60
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	300,20	64.1 13º Salário-Exerc. - /12	0,00	65 Férias Proporc 10/12 avos	3.002,00
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.000,67
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**	**10.091,09**

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	569,28	112.2 Prev Social - 13º Salário	22,51
114.1 IRRF	332,56	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 DSR Falta	240,16
115.2 Faltas em Dias	240,16				
				TOTAL DEDUÇÕES	**1.404,67**
				VALOR LÍQUIDO	**8.686,42**

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE 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 12586384689	11 Nome ANA PAULA CAMARGO BARROS		
17 CTPS (nº,série,UF) 00003352/00035 - SP	18 CPF 66228352091	19 Data Nascimento 06/04/1974	20 Nome da Mãe LUIZABETE CAMARGO OLIVEIRA

CONTRATO				
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR				
24 Data de Admissão 02/06/2019	25 Data do Aviso Prévio 02/03/2023	26 Data de Afastamento 31/03/2023	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$ 8.686,42, 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).

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002660		05/04/2023	37,95

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/04/2023

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
AIR LIQUIDE BRASIL L

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
00.331.788/0001-19

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
745 - BCO CITIBANK S A

Código de Barras
74593.18015.07562.028006.00297.659948.6.93110000003795

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
37,95	0,00	0,00	37,95

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NL 0020585 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E3718A16A2DA0BB0312

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)

Identificação do emitente

Air Liquide Air Liquide Brasil LTDA.

RUA DONA ROSA PEREIRA, 157 - JD. CASQUEIRO - Cubatão - SP - CEP: 11533-110

Página 1 de 1

Nota de Locação Nº 0020585

Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	CNPJ	Data Emissão
283.052.575.119	100002115	00.331.788/0056-92	08/03/2023

Locatário

Nome/Razão Social	CNPJ:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	**14.512.229/0001-10**

Endereço

AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800

CEP: 11510-001 - CENTRO - Cubatão - SP

Dados dos Produtos

Qtde.	Referência	Descrição	Vl. Unitário	Vl. Total
2	10063000	LOCAÇÃO DE CILINDROS AR SINTÉTICO MEDICINAL	18,9761	37,95

100

1204

03/2023

Dados Adicionais **37,95**

Representante: 753 - Eneci Ruggeri - ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ1816-CENTRO-SANTOS-SP-11013-153 - CÓDIGO DO CLIENTE: 604521 - INST ALPHA - LOCAÇÃO NORMAL - LOCAL DE ENTREGA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800 - CENTRO - 11510001 - CUBATÃO - SP Lotes: - Condicao de Pagamento: 58 - 28 DIAS DA DATA - Este boleto foi enviado via correio e e-mail, pagar apenas uma via.

"Documento emitido em conformidade com as legislações do PIS - Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP, de que tratam o art. 239 da Constituição de 1988 e as Leis Complementares 7, de 07 de setembro de 1970, e 8, de 03 de dezembro de 1970. COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, instituída pela Lei Complementar 70 de 30/12/1991."

citi **Citibank S.A.** **745-5** Auteticação Mecânica **Recibo do Sacado**

Sacado	Cedente
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	**AIR LIQUIDE BRASIL LTDA.**

Agência/Código Cedente	Nosso Número	Vencimento	(=) Valor do Documento
001/0107562028	**000029765994**	**05/04/2023**	**37,95**

citi **745-5** **74593.18015 07562.028006 00297.659948 6 93110000003795**

Local de Pagamento	Vencimento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO	**05/04/2023**
Cedente/Beneficiario AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. CNPJ 00.331.788/0001-19 Avenida Morumbi, 8234 04703-901 SANTO AMARO SAO PAULO SP	Agência/Código Cedente **001/0107562028**

Data do documento	No. Do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
08/03/2023	0020585	DMI	N	08/03/2023	**000029765994**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	180	R$			**37,95**

Instruções(Todas informações desde bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

JRS: Vl p/Dia Atraso - R$ 0,04 APOS 05.04.23

(-) Descontos

(-) Outras Deduções /Abatimento

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Sacador/Pagador

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ: 14.512.229/0001-10

Endereço: AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800 11510-001 CENTRO Cubatão SP

Nota Fiscal: 0020585

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

###

Cliente: 604521 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Nº

DATA:_____ **DE** _____ **DE 20** _____ **ASSINATURA:**_____

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002662		05/04/2023	170,10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/04/2023

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
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
21.247.290/0001-42

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
00190.00009.02928.055009.01321.586172.5.93130000017010

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
170,10	0,00	0,00	170,10

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 14214 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E374D87EE2741353D42

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)

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02928.055009 01321.586172 5 9313000001701(

Recibo do Pagado

Nome do Pagador/Cpf/Cnpj/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO - 333
11.013-153 - CENTRO - SANTOS - SP

14.512.229/0001-10

00154

Nosso Número	Nº Documento	Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
29280550001321586	14214-1	07/04/2023	R$ 170,10	

Nome do Beneficiário/Cpf/Cnpj/Endereço
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL
R FREI GASPAR,3909 - CIDADE NAUTICA - SAO VICENTE - SP - 11.350-000

21.247.290/0002-23

Agência /Código do Beneficiário
4770-8/38252-3

Autenticação Mecânica

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02928.055009 01321.586172 5 93130000017010

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

Vencimento 07/04/2023

Nome do Beneficiário
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL 21.247.290/0002-23

Agência /Código do Beneficiário 4770-8/38252-3

Data Documento	Nº Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
17/03/2023	14214-1	DM	N	17/03/2023	29280550001321586
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	X Valor	(=) Valor do Documento
	17	R$			R$ 170,10

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

MORA DIÁRIA: 0,33% (R$ 0,56) - MULTA: 2,00% (R$ 3,40)

A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO.
7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO
.

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

Pagador:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO - 333
11.013-153 - CENTRO - SANTOS - SP

14.512.229/0001-10

Sacador/Avalista:

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Adriana Fernandes Luiz Montalvão
Coordenadora Enfermagem
COREN-SP nº 77.[illegible]
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

RECEBEMOS DE SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			VALOR NOTA R$ 170,10	NF-e Nº: 000.014.214 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		

00155

SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	CHAVE DE ACESSO
R FREI GASPAR, 3909 CIDADE NAUTICA SAO VICENTE SP TEL/FAX: 1333710200 CEP: 11350000	0 - Entrada 1 - Saída: 1 Nº 000.014.214 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	3523 0321 2472 9000 0223 5500 1000 0142 1410 0014 6456 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 OU RECEBIDA DE TERCEI	135230409070213 - 17/03/2023 11:12:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
657377711110		21.247.290/0002-23

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	17/03/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
RUA AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	CENTRO		11013-153	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SANTOS		SP		

FATURA

Número	Data Veto	Valor
001	07/04/2023	170,10

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	170,10

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	53,50	170,10

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
9	GAS/CILINDRO			45.000,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
24002	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 2.2 NA ONU1072 - CAP 1,00M3 9 CILINDRO(S)	28044000	0 102	5102	M3	9,0000	18,90000	170,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	53,50

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

.

Local de entrega Pronto Socorro Municipal do Municipio de Cubatao Avenida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote: SG-O-46/23 FAB:27/02/2023
Valor Aproximado dos Tributos R$ 53,50 (31,45%) Fonte: IBPT

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIA
1204
COMPETÊNCIA
03/2023

RECEBIDO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL
DATA 17/03/23
ASSIN.

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenadora de Enfermagem
COREN-SP 177 913
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PEDIDO 24282 (romaneio 47809) Titulos: Nro 20764/1 Venc. 07-04-2023 Valor 170,10 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples nacional. Nao g era direito a credito fiscal de IPI. DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS O	

00156

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Titulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002661

No. compromisso cliente

Data do Crédito
05/04/2023

Valor
341,40

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/04/2023

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
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
00190.00009.02869.214003.00011.827177.8.93130000034140

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 16818 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37EFA38F5796BA6B00

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)

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.827177 8 93130000034140

Recibo do Pagador

00157

Local do 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
2869214000001182	16818	07/04/2023	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
08/03/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
08/03/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 2.07.02

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.

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.827177 8 93130000034140

Local do Pagamento

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

Data de Vencimento
07/04/2023

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
08/03/2023	16818	NF	N	08/03/2023

Nosso-Número
28692140000011827

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

(=)Valor do Documento
341,40

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

O RECEBIMENTO
TENS CONSTANTES
A NOTA FISCAL
DATA 08 / 03 / 23
ASS

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado

BB Cobrança 2.07.02

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

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenação Enfermagem
COREN-SP 177 813
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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: 000016818
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0317 2328 3700 0169 5500 1000 0168 1814 4723 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: 135230353217071
08/03/2023 10:32:00

35117232837000169000110800 44

0158

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
283060995114

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
08/03/2023

ENDEREÇO
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAIDA
08/03/2023

MUNICÍPIO
SANTOS

FONE / FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAIDA
10:31:17

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	07/04/2023	341,40									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. 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 UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
1857484-1	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%

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 08/03/23
ASS

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
03/2023

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

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenadora Enfermagem
COREN-SP 167.[illegible]
Instituto Alpha de Medicina Para Saude

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 08 de março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.031.2023 – 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.

03 cxs Copo descartável 180ml c/ 2500 unidades cada.

Atenciosamente,

Ane Marpin
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

00160

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002659		05/04/2023	565,40

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/04/2023

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
JOSE LUIZ DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
15.764.275/0002-50

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
23790.48107.93080.000008.04001.967704.4.93110000056540

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
565,40	0,00	0,00	565,40

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 3068 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E376748354CFA141E3C

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)

bradesco
net empresa

Boleto DDA
Documento não compensável

Dados do Banco Destinatário

Banco: **Código: 237 | Nome: Banco Bradesco S.A.**

Dados do Beneficiário

Beneficiário: **Nome: JOSE LUIZ DA SILVA FILHO | CPF/CNPJ: - CNPJ: 015.764.275/0002-50**

Endereço: **R RIO DE JANEIRO, 260 - - VILA NOVA - 11520-050 - CUBATÃO - SP**

Agência: **481** Conta: **19677 - 0**

Dados do Pagador

Pagador: **Nome: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | CPF - CNPJ: 014.512.229/0001-10**

Endereço: **AMADOR BUENO - 333 11013-153 - SANTOS - - SP**

Dados do Boleto

Data do Processamento: **21/03/2023** Data do Documento: **21/03/2023**

Data e Hora da Impressão: **21/03/2023 - 17:19:52**

Data do Vencimento: **05/04/2023**

Data Limite de Pagamento: **04/06/2023**

Nosso Número: **09/30/800000004-0** Seu Número: **3068**

Carteira: **9** Espécie do Documento: **DM**

CIP: **0** Espécie moeda: **R$**

Quantidade: **0** Aceite: **Não**

Valor do Documento: **R$ 565,40** Descontos: **R$**

Abatimentos: **R$** Bonificação: **R$**

Juros: **R$** Multa: **R$**

Valor à Cobrar:

Dados do Beneficiário Final

Beneficiário Final: Não informado

Mensagens de Instrução

*** * VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** ***

JUROS POR DIA DE ATRASO____1,88
APOS 05.04.2023 MULTA ____56,54

Representação Numérica

Número: **23790.48107 93080.000008 04001.967704 4 93110000056540**

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente	Alô Bradesco 0800 704 8383	Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099	Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana	Demais telefones consulte o site Fale Conosco
Ouvidoria	0800 727 9933	Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h as 18h, exceto feriados		

JOSE LUIZ DA SILVA FILHO - ME
RUA RIO DE JANEIRO Nº 260 - VILA NOVA
- CUBATAO-SP
CEP:11520-050 - Fone:(13) 3361-2647

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.003.068
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0315 7642 7500 0250 5500 1000 0030 6814 0756 8534

00162

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 Mercadorias	135230430875816 21/03/2023 16:56:04-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
283082873110		15.764.275/0002-50

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	21/03/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA / ENTRADA
RUA AMADOR BUENO Nº 333	CENTRO	11013-153	21/03/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA / ENTRADA
SANTOS	33227379	SP		16:55:28

LOCAL DE ENTREGA

CNPJ/CPF	ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	MUNICÍPIO-UF
	Nº		-

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	20/04/2023	565,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	565,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	565,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF	CNPJ
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0.00	0.00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V.UNITÁRIO	DESC	V.LÍQUIDO	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
436	REDUCAO 3/4X1/2 ROSCAVEL	39174090	0500	5405	UN	1,00	2,00	0.00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1560	REGISTRO PRESSAO BR 3/4	84818019	0500	5405	UN	1,00	27,90	0.00	27,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1254	LIXA MASSA 120	68052000	0500	5405	UN	5,00	1,50	0.00	7,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
754	MASSA CORRIDA 3.6L	32141020	0500	5405	UN	1,00	38,90	0.00	38,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
805	ESMALTE 3.6L BASE AGUA BRANCO NEVE	32091010	0500	5405	UN	1,00	139,90	0.00	139,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
187	SC DE ENTULHO NOVO	63053310	0500	5405	UN	10,00	3,00	0.00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
922	FOLHA PORTA LISA IMBUIA 82CM	44079990	0500	5405	UN	1,00	219,90	0.00	219,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
829	RESISTENCIA 5500W/220V MAXI DUCHA	85168010	0500	5405	UN	1,00	27,90	0.00	27,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
578	FECH 803/33 INOX	83014000	0500	5405	UN	1,00	71,40	0.00	71,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Venda A PRAZO - Valor aproximado dos tributos R$ 179,39 (31,73%) Fonte: IBPT/FECOMERCIO/SP/ME/EPP OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS E IPI.

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 21/03/23
ASS
Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenadora de Informação
COREN
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1322
COMPETÊNCIA
03/2022

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem estar

Cubatão, 21 de março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.034.2023 – 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 manutenção do banheiro, Semi Repouso PSC.

01und Redução ¾ x1/2 roscavel
01und Registro pressão BR ¾
05und lixa massa 120
01und Massa corrida 3.6L
01und Esmalte 3.6L base água branco neve
10und Saco para entulho novo
01und Folha porta lisa imbuia 82cm
01und Fechadura 803 /33 inox
01und Resistencia 5500w/ 220 Maxi ducha

Atenciosamente,

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenação Enfermagem
COREN-SP nº 77.813
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde