00241

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002671		11/04/2023	392,30

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
11/04/2023

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
DONA COMERCIO ELETRONICO DE PRODUTOS DES

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
35.765.246/0001-39

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
23793.39324.60000.001135.46000.140908.1.93200000039230

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
392,30	0,00	0,00	392,30

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COMPRA DE SACOS PARA LIXO INFECTANTE

Autenticação Bancária
3F10E3791A37DA5DBFEC924

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)

00242

Boleto Bradesco

donadistribuidora

Bradesco **237-2** **RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário: **DONA COMERCIO ELETRONICO P. D. LTDA** DONA COMERCIO ELETRONICO P. D. LTDA CNPJ: 35.765.246/0001-39 PALMEIRA BATUA, 243 JARDIM ELIANE São Paulo	Agência/Cod.Beneficiário: 3.393-6/0.001.409-5	Data de Emissão: **11/04/2023**	Data de Vencimento **14/04/2023**
Pagador: **Instituto Alpha de Medicina para S**	Nosso Número: **26/00.000.011.346-6**	Número Documento: **00000011346**	Valor Documento **R$ 392,30**

Referência:
Estabelecimento: DONA COMERCIO ELETRONICO P. D. LTDA / Referência do Pedido: 00000011346

Autenticação Mecanica

Bradesco **237-2** 23793.39324 60000.001135 46000.140908 1 93200000039230

Local de Pagamento	**Banco Bradesco S.A.** Pagável preferencialmente em qualquer agência Bradesco.					Data de Vencimento **14/04/2023**
Beneficiário **DONA COMERCIO ELETRONICO P. D. LTDA** DONA COMERCIO ELETRONICO P. D. LTDA CNPJ: 35.765.246/0001-39 PALMEIRA BATUA, 243 JARDIM ELIANE São Paulo						Agência / Código do Beneficiário **3.393-6/0.001.409-5**
Data Documento **11/04/2023**	N Documento **00000011346**		Espécie Doc. **Outro**	Aceite **N**	Data Processamento **11/04/2023**	Nosso Número **26/00.000.011.346-6**
Uso do Banco	Cip **865**	Carteira **26**	Espécie Moeda **Real**	Quantidade	Valor	Valor do Documento **R$ 392,30**
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Caixa: não receber após a data de vencimento Deixar de pagá-lo não dará causa a protesto. Pagamento não é obrigatório.						(-) Desconto/Abatimento (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (+) Valor Cobrado
Pagador: Instituto Alpha de Medicina para S Avenida Nove de Abril, 2800 Dentro do Pronto Socorro Central de Cubatão 11510-003 Cubatão SP 14.512.229/0001-10 Sacador/Avalista: DONA COMERCIO ELETRONICO P. D. LTDA						Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

1/1

DONA COM. ELETRONICO DE PROD. DESC. LTDA
RUA PALMEIRA BATUA, 243 - ANDAR 2 - JARDIM ELIANE
03575-110 SAO PAULO - SP
(11) 2723-4550
nfe@donadescartaveis.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
1
000.082.641
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0435 7652 4600 0139 5500 1000 0826 4110 0882 5099
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 C/SUBST TRIB		135230564131679 14/04/2023 10:03:40
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
128.258.360.111		35.765.246/0001-39

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (634246)			14.512.229/0001-10	14/04/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAIDA
AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800	CENTRO		11510-003	
MUNICIPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
CUBATAO	SP	(13) 99705-5502		

FATURA / DUPLICATA

PARCELAS
001 14/05/2023 392,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	392,30

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	138,52	392,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
SALES EQUIP. E P. DE HIG. PROF LTDA	0-Remetente				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R. PROF. HASEGAWA 699 - COLONIA (ZONA L	SAO PAULO	SP	148.264.300.110

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
10			00010	4,000	4,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
017345	SACO P/LIXO INFEC 100L EMBALAC C/100 Cód. Barras: 040232768170	39232190	060	5405	PT	10	39,23	392,30	0,00	0,00		138,52

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
04/2023

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: TRABALHO
NOME FANTASIA: INSTITUTO ALPHA DE M
PORTADOR: BOLETO BANC. VENDEDOR: DONA
ENT:AVENIDA NOVE DE ABRIL 2800 CENTRO CUBATAO /SP
NUMERO PEDIDO: 882509
ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. CFE ART. 313-E,313-G,313-K,313-W.RICMS
DENTRO DO PRONTO SOCORRO CENTRAL DE CUBATAO
ICMS RECOLHIDO ANTECIPAD NOS TERMOS ART 313 RICMS/SP
Trib aprox R$: 67.91 Federal, 70.61 Estadual e 0.00 Municipal.
Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 14/04/23
ASS

RECEBEMOS DE DONA COM. ELETRONICO DE PROD. DESC. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 000.082.641 EMISSÃO 14/04/2023 VALOR TOTAL 392,30 DESTINATARIO 634246-INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800, CENTRO, 11510-003-CUBATAO-SP

NF-e 82.641 - Série 1

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 14 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 054-2023 – 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 abaixo para utilização nos hampers do Pronto Socorro Central e Infantil.

10 pcts Saco p/ lixo infectante 100L c/100 unidades.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

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

Financub - Alpha

De: Ryan Taira Alexandrino <auxcompras@alphainstituto.com.br>
Enviado em: terça-feira, 11 de abril de 2023 10:44
Para: Financeiro Cubatão; Valmir | Compras; assistcompras@alphainstituto.com.br; Compras 1
Assunto: Boleto referente à compra de sacos para lixo infectante para Cubatão

Bom dia,

Por gentileza providenciar o pagamento no valor de **R$ 392,30** para Dona Comercio eletrônico, referente a compra de 10 sacos para lixo infectante 100L, material para uso na limpeza de Cubatão

Nota Fiscal e CI será enviada posteriormente,

Att,

--

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ALPHA INSTITUTO

Ryan Taira Alexandrino
Aprendiz
Tel.: (13) 3394-5103
CNPJ: 14.512.229/0001-10

NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
04/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002673		12/04/2023	335,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
12/04/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
Instituto Alpha de Medicina Para Sa

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
KALUNGA SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
43.283.811/0001-50

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.62264.63295.519142.00004.400115.8.93180000033500

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
335,00	0,00	0,00	335,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 322254 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E3731913E6A7936D10E

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)

INSTRUÇÕES:

JRS: VL P/DIA ATRASO R$0,11 A PARTIR DE 13/04/23 MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 13/04/2023.....

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Física.
Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Jurídica.

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.62264 63295.519142 00004.400115 8 93180000033500**

Recibo do Pagador

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
Instituto Alpha de Medicina Para Sa CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
R Amador Bueno 333 cj 1816, Santos -SP CEP:11013151

Beneficiário Final

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
6226632955-1	3600206701	12/04/2023	335,00	335,00

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
KALUNGA SA CPF/CNPJ: 43.283.811/0001-50
ARUANA 150 TAMBORE BARUERI SP-06.460-010

Agência/Código do Beneficiário
1914-3 / 4400-8

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.62264 63295.519142 00004.400115 8 93180000033500**

Local de Pagamento
PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ
KALUNGA SA CPF/CNPJ: 43.283.811/0001-50

Data do Documento	Nr Documento	Espécie DOC	Aceite	Data do Processamento
13/03/2023	3600206701	DM	N	10/04/2023

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor
3600206701	11	R$	0.00000	

Informações de Responsabilidade do Beneficiário
JRS: VL p/Dia Atraso R$0,11 A PARTIR DE 13/04/23
MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 13/04/2023

Data de Vencimento
12/04/2023

Agência/Código do Beneficiário
1914-3 / 4400-8

Nosso-Número
6226632955-1

(=) Valor do Documento
335,00

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
335,00

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
Instituto Alpha de Medicina Para Sa CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
R Amador Bueno 333 cj 1816,
Santos-SP CEP:11013151

Beneficiário Final

Cód. de Baixa
Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 13/03/23
ASS
José Eduardo B. Elias

00248

RECEBEMOS DE KALUNGA SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 322254 SÉRIE 1

Kalunga

Kalunga SA
Av Ana Costa,64
Gonzaga
Santos-SP

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº 322254
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

ÒC7#K<F+"D%W

3523 0343 2838 1102 3605 5500 1000 3222 5416 2484 0969

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
SAIDA DE VENDA	135230382350165 13/03/2023 17:17:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
633892607116		43.283.811/0236-05 NF-E

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
Instituto Alpha de Medicina Para Sa	14.512.229/0001-10	13/03/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DT SAÍDA / ENT
R Amador Bueno , 333 Rua cj 1816	Centro	11013-151	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HR SAÍDA / ENT.
Santos	1333-5103	SP		

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOT. DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	335,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**335,00**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE, 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			10,600	10,600

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD.PROD	DESCRICAO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	ICMS
050036	Bobina termica para PDV 80mmx80m 64655 Spiral CX 6	48022090	060	5405	CX	5	67,00	335,00	0,00	0,00	0,00
	Merc Sujeita ao Reg Subst Tribut conforme Anexo XIX da Portaria CAT n 68/2019										

Adriana Fernanda Luiz Monteiro
Coordenadora de Enfermagem
COREN-SP nº 177.313
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
03/2023

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

Nova Razao Social: Kalunga SA

Val Aprox Tributos: R$ 0 (0%) Fonte: IBPT
Em caso de devolucao e necessario emitir Nota Fiscal de Devolucao conforme Art. 125, I, RICMS
Trocas em ate 7 dias somente por defeito

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 13 de março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.030.1.2023 – 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 nos equipamentos de eletrocardiograma do Pronto Socorro Central e Infantil.

05cx Bobina térmica 80mm x 80m c/ 6un para eletrocardiograma .

Atenciosamente,

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

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00250

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002672		12/04/2023	455,20

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
12/04/2023

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
00190.00009.02869.214003.00011.872173.8.93180000045520

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
455,20	0,00	0,00	455,20

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 16871 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E370E61B89D67DBBEC6

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 00011.872173 8 93180000045520

Recibo do Pagador 00251

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
2869214000001187	16871	12/04/2023	455,20	

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
14/03/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
14/03/2023

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 00011.872173 8 93180000045520

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

Data de Vencimento
12/04/2023

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	Nosso-Número
14/03/2023	16871	NF	N	14/03/2023	28692140000011872

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento
	17 / 27	R$			455,20

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

(-) 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

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: 000016871

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0317 2328 3700 0169 5500 1000 0168 7117 9723 4131

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

00252

Protocolo de Autorização de Uso 135230389046600
14/03/2023 16:19:33

3511723283700016900011140044

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST TRIBUTÁRIO	CNPJ
283060995114		17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	14/03/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAIDA
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	CENTRO	11013-153	14/03/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA
SANTOS	(13) 339-4510	SP			16:19:06

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	12/04/2023	455,20									

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	163,19	455,20

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	**455,20**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-SEM OCORRENCIA				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG):	PESO LIQUIDO (KG):
-				-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CODIGO	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
65689	COPO DESC 180ML C/2500 TR - COPOMAIS	39241000	0500	5102	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

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$ 163,19 (35,85%) Fonte . IBPT

-

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 14 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.

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

Atenciosamente,

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

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00254

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002675

No. compromisso cliente

Data do Crédito
12/04/2023

Valor
5.517,73

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
12/04/2023

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
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
03399.41510.29100.000008.00347.901019.7.93180000551773

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
5.517,73	0,00	0,00	5.517,73

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37610C5F2DAF248175

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)

00255

Santander 033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento
12/04/2023

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
06/04/2023	SN	OUT	Não	06/04/2023	0000000003479
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		5.517,73

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 12/04/2023 R$ 110,35
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 3,67

(-) 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

03399.41510.29100.000008.00347.901019.7.93180000551773

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento
12/04/2023

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
06/04/2023	SN	OUT	Não	06/04/2023	0000000003479
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		5.517,73

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 12/04/2023 R$ 110,35
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 3,67

(-) 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

GRUPO copymar 25

ALPHA INSTITUTO

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

Locação de copiadora(s) no periodo de : 06/03/2023 à 05/04/2023

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	67974	68638	664
			Digitalização	1323	1333	10
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001915	Páginas	178925	183497	4572
			Digitalização	31626	32512	886
Multifuncional	WF-M5799	X3BK01909	Páginas	17595	19173	1578
			Digitalização	3564	3761	197
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001911	Páginas	85790	87407	1617
			Digitalização	780	821	41
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001966	Páginas	192226	198553	6327
			Digitalização	8298	9680	1382
Multifuncional	WF-M5799	X3BK002018	Páginas	32600	33944	1344
			Digitalização	7832	8202	370
Multifuncional	WF-M5799	X3BK002024	Páginas	141241	153399	12158
			Digitalização	1273	1286	13
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001983	Páginas	228331	230660	2329
			Digitalização	3098	3833	735
Multifuncional	WF-M5799	X3BK001213	Páginas	145041	155326	10285
			Digitalização	139233	146270	7037

Total de Páginas PB	51.545

Franquia de Trabalho PB		36.000	**R$ 4.053,55**
Valor excedentes PB	R$ 0,09419	15.545	**R$ 1.464,18**

Total a ser Pago	**R$5.517,73**

CENTRO DE CUSTO
CÓDIGO GERENCIAL
COMPETÊNCIA

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002674

No. compromisso cliente

Data do Crédito
12/04/2023

Valor
9.081,41

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
12/04/2023

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
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
03399.41510.29100.000008.00347.801011.1.93180000908141

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
9.081,41	0,00	0,00	9.081,41

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E376EDDD3A3D2406446

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)

00258

Santander 033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 12/04/2023
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
06/04/2023	SN	OUT	Não	06/04/2023	0000000003478
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		9.081,41

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 12/04/2023 R$ 181,62
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 6,05

(-) 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 **03399.41510.29100.000008.00347.801011.1.93180000908141**

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 12/04/2023
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
06/04/2023	SN	OUT	Não	06/04/2023	0000000003478
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		9.081,41

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 12/04/2023 R$ 181,62
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R$ 6,05

(-) 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

GRUPO copymar 25

ALPHA INSTITUTO

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

Locação de copiadora(s) no periodo de : 06/03/2023 à 05/04/2023

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	306982	307561	579
			Digitalização	50466	50466	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4304763	Páginas	179828	183813	3985
			Digitalização	13324	13325	1
Multifuncional	M2035dn	LZK4406594	Páginas	235007	237951	2944
			Digitalização	20847	20847	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4407822	Páginas	142093	142094	1
			Digitalização	1541	1541	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4304765	Páginas	388998	389007	9
			Digitalização	52287	52287	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4406605	Páginas	55456	55457	1
			Digitalização	2704	2704	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4613502	Páginas	112615	112616	1
			Digitalização	12754	12754	0
Multifuncional	M2035dn	LZK4304772	Páginas	327110	327110	0
			Digitalização	10861	10861	0
Impressora	FS-420DN	NU42X04436	Páginas	283463	301232	17769
Impressora	FS-420DN	NU43716097	Páginas	923688	929117	5429
Impressora	FS-420DN	NU43918241	Páginas	311458	314209	2751
Impressora	FS-420DN	LPD4104626	Páginas	333630	337195	3565
Impressora	FS-420DN	NU43817592	Páginas	200680	206011	5331
Impressora	FS-420DN	NU43716125	Páginas	526236	527094	858
Impressora	FS-420DN	LPD4613509	Páginas	130307	134068	3761
Impressora	FS-420DN	LPD4613430	Páginas	133359	151627	18268
Impressora	FS-420DN	NU42X04439	Páginas	1505301	1510988	5687
Impressora	FS-420DN	NU42X04488	Páginas	177989	178000	11
Impressora	FS-420DN	LPD4613439	Páginas	335911	336735	824

Impressora	FS-420DN	NU42Y07792	Páginas	201107	201118	11

Multifuncional	WF-C5790	X3B7008987	Páginas PB	49066	49985	919
			Páginas Colorida	31510	31998	488
Multifuncional	WF-C5790	X3B7008998	Páginas PB	299250	303980	4730
			Páginas Colorida	14603	15253	650
Multifuncional	WF-C5790	X3B7008995	Páginas Colorida	181485	185322	3837
Multifuncional	WF-C5790	X3B7008961	Páginas Colorida	147983	148452	469

Total de Páginas PB	77.435
Total de Páginas Color	**5.444**

Franquia de Trabalho PB		80.000	**R$ 6.823,20**
Valor excedentes PB	R$ 0,0880	0	**R$ -**
Franquia de Trabalho Color		**3.000**	**R$ 1.271,57**
Valor excedente Color	R$ 0,4037	**2.444**	**R$ 986,64**

Total a ser Pago	**R$9.081,41**

Observação: Foi retirada a impressora Multifuncional Epson WF-C5790 n° série: X3B7008995 para manutenção na Copymar e instalada a impressora Multifuncional Epson WF-C5790 n° série: X3B7008961 no lugar.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1142
COMPETÊNCIA
03/2025

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
ELIZANGELA LELIS DA SILVA

CPF
262.209.108-77

Conta Informada
0033-0123-000010799381

Conta Salário
0033-0123-000710465599

Conta Creditada
0033-0123-000010799381

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002734

Nro Compromisso Cliente
728

Data do Crédito
13/04/2023

Valor R$
7.628,77

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Liquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E02D0F45AB235B6EC5

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)

13/04.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

00262

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			
12501393173	ELIZANGELA LELIS DA SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA JULIO AMARO RIBEIRO, 131			Vila Natal	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Cubatão	SP	11538-105	00052801/00206 - SP	26220910877
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
04/06/1974	RENAILDA DE SOUSA DA SILVA			

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
4.844,81	19/10/2021	06/04/2023	06/04/2023	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 6 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	668,40	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	52,08	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno 051:43 Horas a 35%	72,45
56.1 Horas Extras 000:22 horas a 100%	13,62	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	15,85
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	1.155,10	64.1 13º Salário-Exerc. - /12	0,00	65 Férias Proporc 6/12 avos	2.306,69
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 19/10/2021 a 18/10/2022	4.632,80	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	2.313,16
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**	**11.230,15**

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	52,67
112.2 Prev Social - 13º Salário	86,63	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
115.1 Faltas em Dias	120,08				
				TOTAL DEDUÇÕES	**3.601,38**
				VALOR LÍQUIDO	**7.628,77**

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 12501393173	11 Nome ELIZANGELA LELIS DA SILVA				
17 CTPS (nº,série,UF) 00052801/00206 - SP	18 CPF 26220910877	19 Data Nascimento 04/06/1974	20 Nome da Mãe RENAILDA DE SOUSA DA SILVA		
CONTRATO					
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO					
24 Data de Admissão 19/10/2021	25 Data do Aviso Prévio 06/04/2023	26 Data de Afastamento 06/04/2023	27 Cód. Afast SJ1	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$ 7.628,77, 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

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTO FEDERAL COD. BARRAS

No. compromisso banco
900002692
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
13/04/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

Agente Arrecadador:	CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Data de Pagamento:	13/04/2023
Codigo de Barras:	85820000003-1 00000385231-8 39070123093-7 30012735004-6
Valor Total:	R$ 300,00
Numero do Documento:	07.01.23093.3001273-5
Autenticacao:	3F10E37E6B72F837EF6A9F6
Convenio de Arrecadacao:	00336916000900000097
Tipo de Pagamento:	TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO
Data de Vencimento:	19/05/2023
Canal:	PGFOR

Comprovante de pagamento emitido de acordo com o ADE conjunto CODAC/COTEC nro. 01 de 31/10/2011.

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em:	13/04/2023
Hora da Transacao:	10:23:43

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
IRRF NF 95 SRD ASSESSORIA REF 03 2023

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)

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

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

Período de Apuração	Data de Vencimento	Número do Documento	Pagar este documento até
30/04/2023	19/05/2023	07.01.23093.3001273-5	19/05/2023

Observações

IRRF NF 95 SRD ASSESSORIA REF 03 2023

Sicalc Contribuinte - 7071 - SP

Valor Total do Documento: 300,00

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ 06 IRRF - REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR PJ PA 04/2023 Vencimento 19/05/2023	300,00			300,00
	Totais	300,00	0,00	0,00	300,00

SENDA (Versão:5.1.4) Página: 1 / 1 03/04/2023 13:51:16

85820000003 1 00000385231 8 39070123093 7 30012735004 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85820000003 1 00000385231 8 39070123093 7 30012735004 6

CNPJ:	14.512.229/0001-10
Número:	07.01.23093.3001273-5
Pagar até:	19/05/2023
Valor:	300,00

Pague com o PIX

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

Número da NFS-e
95

Data e Hora da Emissão	03/04/2023 08:24:56	Competência	3/4/2023	Código de Verificação	PPVIJ5IC1
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		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 01/03/2023 A 31/03/2023
VALOR BRUTO: R$20.000,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1115
COMPETÊNCIA
03/2023

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.