00302

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002694 | | 14/04/2023 | 5.390,00 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
14/04/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
LEONARDO DIAS DE MENDONCA ASSESSORIA CON

**CNPJ/CPF**
19.098.788/0001-49

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0260/18236120 | 00001 | 00000000000857522663 | 5.390,00 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 697 REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E37E40E8B88F86567F2

**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)

00303

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

# SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

# NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 697

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 14/04/2023 11:13:03 | Competência | 14/4/2023 | Código de Verificação | 4IMXP4ICU |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | SANTOS - SP |

## Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | LEONARDO DIAS MENDONCA ASSESSORIA CONTABIL - ME | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 19.098.788/0001-49 | Inscrição Municipal | 2574893 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | AVENIDA Doutor Pedro Lessa ,1111 - Ponta da Praia CEP: 11025-001 | | | | |
| Complemento: | 0033 | Telefone: | (13)3307-5227 | e-mail: | contato@ldmassessoria.com |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151 | | | | |
| Complemento: | CJTO 1230 | Telefone: | | e-mail: | |

## Discriminação dos Serviços

SERVIÇOS CONTÁBEIS E ASSESSORIA RH REF. 03/2023
CONTRATO DE GESTÃO 003/2018
Prefeitura de Cubatão - SP x Instituto Alpha de Medicina para Saúde.
NU BANK (0260)
AG 0001
CC 85752266-3

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1112
COMPETÊNCIA
03/2023

## Código do Serviço / Atividade

17.19 / 6920601 - atividades de contabilidade

## Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

## Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIS | | COFINS | | IR(R$) | | INSS(R$) | | CSLL(R$) | |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 5.500,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 5.500,00 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 1-Tributação no município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 0,00 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 5.500,00 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 2,00 |
| (-) ISS Retido | 110,00 | 2 - Não | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 5.390,00 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 110,00 |

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

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002698 | 5269431605 | 17/04/2023 | 744,50 |

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
17/04/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
08.192.600/0001-00

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
756 - BANCO SICOOB S A

Código de Barras
75691.43790.01084.868908.00284.000015.1.93210000074450

| Valor Nominal | Desc. / Abat. | Juros | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|
| 744,50 | 0,00 | 0,00 | 744,50 |

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E3767693B3CA93AD5DF

**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)

SICOOB

| | | |
|---|---|---|
| Beneficiário<br>JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS<br>BERTA CRAVEIRO LOPES 101<br>JARDIM INDEPENDENCIA<br>São Vicente - SP | 08.192.600/0001-00<br>11380-510 | Vencimento 15/04/2023 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br>A partir 16/04/2023 Juros 0,10%/dia<br>A partir 16/04/2023 multa de 2,00%<br>Não conceder desconto. | | (+) Outros acréscimos<br>(-) Desconto / Abatimento<br>Data de Emissão 02/04/2023<br>Coop Contr/Cód. Beneficiário 4379/848689<br>Nosso Número 2840-0 |

| | |
|---|---|
| Valor do Documento | 744,50 |
| (+) Mora / Multa | |
| (-) Outras deduções | |
| (=) Valor cobrado | |

| | | |
|---|---|---|
| Dados do Pagador | | Número do Documento 11934 |
| Nome do pagador<br>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | | |
| Endereço<br>RUA AMADOR BUENO 33 | | |
| Bairro / Distrito<br>CENTRO | UF SP | CEP 11013-151 |
| Município<br>SANTOS | | |
| Mensagem Pagador | | |

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

SICOOB | 756 | 75691.43790 01084.868908 00284.000015 1 9321000007445

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de pagamento<br>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB | | | | | Vencimento 15/04/202 |
| Beneficiário<br>JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS | | | | 08.192.600/0001-00 | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiár 4379/84868 |
| Data do documento | N. documento | Espécie DM | Aceite N | Data processamento 03/04/2023 | Nosso número 2840 |

00306

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE
SECRETARIA DA FAZENDA
Fone: (13) 3579-1300 - www.saovicente.sp.gov.br

NF

Série do Documento
**NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

Logo

JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS
RUA BERTA CRAVEIRO LOPES, 101 - - JARDIM INDEPENDENCIA
CEP 11380-510 - SÃO VICENTE - SP
Inscrição Muncipal 861604 - CNPJ 08.192.600/0001-00

## Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| Natureza da Operação | Data de Emissão da NFS-e | Autenticidade | Número da Nota Fiscal |
|---|---|---|---|
| Tributado Dentro Municipio | 02/04/2023 | 0920ADAE7 | 11934 |

| Número do RPS | Série do RPS | Data da Emissão do RPS |
|---|---|---|
| 1784 | RPS - Recibo Provisório de Serviços | 02/04/2023 |

**Consulte a autencidade deste documento acessando o site: www.issonline.com.br**

## Dados do Tomador de Serviços

| CNPJ/CPF | Razão Social | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 14.512.229/0001-10 | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | |

| Endereço | Número | Complemento | Bairro |
|---|---|---|---|
| AMADOR BUENO | 333 | CONJ 1816 | CENTRO |

| CEP | Cidade/UF | Telefone | e-mail |
|---|---|---|---|
| 11013-153 | SANTOS/SP | | @ |

**Descrição**

ASSESSORIA E SUPORTE EM SOFTWARE SMART CONTROL
REFERENTE A Março-2023
Contrato de Gestão 003/2018 - Aditivo 002/2021
Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1145
COMPETÊNCIA
03/2023

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN

| Atividade do Municipio | Alíquota | Item LC116/2003 | Código Nacional Atividade |
|---|---|---|---|
| SUPORTE TÉCNICO, MANUTENÇÃO E OUTROS SERVIÇOS EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO | 4,38 | 107 | 6209100 |

| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total ISSQN | ISSQN Retido | Desconto Condicionado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R$ 744,50 | | | R$ 744,50 | R$ 32,61 | R$ 0,00 | |

**Retenções de Impostos**

| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL | Outras Retenções | ISSQN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | | R$ 0,00 |

**Valor Líquido da Nota Fiscal** **R$ 744,50**

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR MEI, ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002699 | 5270312034 | 17/04/2023 | 1.212,08 |

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
17/04/2023

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
MONGERAL S A

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
33.608.308/0001-73

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
23793.36908.52018.331802.71000.821000.5.93230000121208

| Valor Nominal | Desc. / Abat. | Juros | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|
| 1.212,08 | 0,00 | 0,00 | 1.212,08 |

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E3799D7EF7E4343F31A

**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)

00308

**Grupo de Cobrança**

MAG SEGUROS

**Estipulante:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Contrato:** 53604 **Apólice:** 93.202.431

**Sub-Estipulante Pagador:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / FUNCIONÁRIOSCUB

**Relação de Sub-Estipulantes Incluídos neste Grupo de Cobrança**

| Nº Sub | Sub-Estipulante | Forma Pagamento | CNPJ / CPF | Fatura | Prêmio |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | Ficha Compensação | 14.512.229/0001-10 | 17 | 1.212,08 |
| | | | | | **1.212,08** |

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1030
COMPETÊNCIA
04/2023

**NOVO NÚMERO PARA ASSISTÊNCIA DO SEU SEGURO**
Ligue para 0800 770 4369

MAG SEGUROS

Bradesco | 237-2 | **RECIBO DO SACADO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73 | Agência/Cód. Beneficiário<br>3369-3 / 0008210-4 | Data Emissão<br>06/04/2023 | Vencimento<br>17/04/2023 |
| Pagador<br>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | Nosso Número<br>005/20183318071-5 | Número do Documento<br>73522883 | Valor Documento<br>1.212,08 |

Bradesco | 237-2 | **23793.36908 52018.331802 71000.821000 5 93230000121208**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Banco Bradesco S. A.<br>Pagável preferencialmente nas agências do Bradesco | | | | | | Vencimento<br>17/04/2023 |
| Beneficiário<br>MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73 | | | | | | Agência/ Cód. Beneficiário<br>3369-3 / 0008210-4 |
| Data do Pagamento<br>06/04/2023 | Número do Documento<br>73522883 | | Espécie do Documento<br>RPB | Aceite<br>A | Data Processamento<br>06/04/2023 | Nosso Número<br>005/20183318071-5 |
| Uso do Banco<br>8600 | CIP<br>000 | Carteira<br>05 | Espécie Moeda<br>REAL | Quantidade<br>0 | Valor<br>1.212,08 | ( = ) Valor do Documento<br>1.212,08 |

**Instruções (texto de responsabilidade do cedente)**

ESTE BOLETO É VÁLIDO ATÉ 60 DIAS APÓS O VENCIMENTO PARA PAGTO EM QUALQUER BANCO.

( - ) Descontos/Abatimentos

( - ) Outras Deduções

( + ) Mora/Multa

( + ) Outros Acréscimos

( = ) Valor Cobrado
1.212,08

Pagador:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
SANTOS - SP CEP: 11013-151
Pagador/Avalista:

**Ficha de Compensação**
**Autenticação Mecânica**

MAG SEGUROS

# Resumo da Fatura

**Contrato:** 53604-3
**Nº Fatura:** 17
**Produto:** MONGERAL COTADO VG TM 2012 AT83
**Apólice:** 93.202.431

**Corretor Principal:** DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

| | MOVIMENTAÇÕES NA COMPETÊNCIA | | MOVIMENTAÇÕES RETROATIVAS | |
|---|---|---|---|---|
| | Nº Vidas | Prêmio | Nº Vidas | Prêmio |
| (+) Totais Anteriores | 109 | 1.212,08 | 0 | 0,00 |
| **(+) INCLUSÕES** | | | | |
| Novas Inclusões | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reabilitação de Inadimplentes | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reativações | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Parcelas Recebidas Fatura Anterior | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Quitação Antecipada (+) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Transferência de Sub-Estipulante Entrada | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **(+) AUMENTOS DE PRÊMIOS** | | | | |
| Renovações Prêmios A Vista | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Prêmios Mensais | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Aumento de Taxa | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reenquadramento Etário (+) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Aumento de Capital | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Atualização Monetária | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **(-) REDUÇÃO DE PRÊMIOS** | | | | |
| Redução de Taxas | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Redução de Capital | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reenquadramento Etário (-) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **(-) EXCLUSÕES** | | | | |
| Suspensão por Inadimplência | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Transferência de Sub-Estipulante Saída | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Parcelas a Vencer | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cancelamento a Pedido | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cancelamento por Inadimplência | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cancelamento por Sinistro | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Quitação Antec (-) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| (=) TOTAIS P/ PRÓXIMA FATURA | 109 | 1.212,08 | | |
| (=) TOTAIS RETROATIVOS | 0 | 0,00 | | |
| Ajuste (+) | 0 | 0,00 | | |
| Ajuste (-) | 0 | 0,00 | | |
| A Compensar Próxima Fatura (+) | 0 | 0,00 | | |
| Compensação Fatura Anterior (-) | 0 | 0,00 | | |
| **(+) TOTAL DA FATURA:** | 109 | 1.212,08 | | |

**Data Vencimento:** 17/04/2023 **Data Emissão:** 06/04/2023

**Nome:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
**Endereço:** RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
**Bairro:** CENTRO **Cidade:** SANTOS
**U.F:** SP **CEP:** 11013-151

| | |
|---|---|
| **Prêmio Líquido:** | 1.207,49 |
| **IOF:** | 4,59 (+) |
| **Comissão Dedutível:** | 0,00 (-) |
| **Comissão Adm. Dedutível:** | 0,00 (-) |
| **Ajuste Financeiro:** | 0,00 (+) |
| **Devolução:** | 0,00 (-) |
| **Prêmio a Pagar:** | **1.212,08 (=)** |

**Unidade de Emissão da Fatura:** F02 - SÃO PAULO

**Competência:** 01/04/2023 a 30/04/2023

MAG SEGUROS

# Guia de Remessa de Faturas

**Emitida em: 06/04/2023**

**Corretor:** DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

**Código:** 7266511 **Órgão Produtor:** F02

**Endereço:** AVENIDA PRESIDENTE WILSON , 40 , APTO 205 B

**Bairro:** GONZAGA **Cidade:** SANTOS **CEP:** 0 **UF:** SP

| Contrato | Estipulante | Sub-Estipulante Pagador | Valor Prêmio | Tipo de Cobrança |
|---|---|---|---|---|
| 53604.3 | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / FUNCIONÁRIOSCUB | 1.212,08 | BOLETO REGISTRADO |
| | | | 1.212,08 | |

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE /
FUNCIONÁRIOSCUB
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
CENTRO - SANTOS - SP
CEP: 11013-151

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002697 | 5271202645 | 17/04/2023 | 1.829,10 |

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
17/04/2023

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
03399.01985.14800.000078.24037.601010.2.93230000182910

| 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

Autenticação Bancária
3F10E37BFF36D26A9FAEF73

**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 20/03/2023 10:15 am

LORES

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

**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 133912Este titulo estarà sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

| | |
|---|---|
| Vencimento | 17/04/2023 |
| Nosso Número | 000000724037-6 |
| Número do Documento | 133912 |
| Agência/Código Beneficiário | 3650/0198148 |
| (=) Valor do Documento | 1.829,10 |

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

**SANTANDER** | **033-7** | **03399.01985 14800.000078 24037.601010 2 93230000182910**

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 17/04/2023
Agência/Código Beneficiário 3650/0198148

| Data do Documento | Número do Documento | Espécie Documento | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 20/03/2023 | 133912 | DM | N | 20/03/2023 | 000000724037-6 |

| 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 133912Este titulo estarà sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

6410

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

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

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

| RECEBEMOS DE LORES COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | VALOR DA NOTA R$ 1.829,10 | NF-e Nº: 000.133.912 SÉRIE: 1 |
|---|---|---|---|
| DATA DE RECEBIMENTO / / | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | |

**LORES COMERCIAL LTDA**

LORES SUPRIMENTOS PARA ESCRITÓRIO

R Joaquim Tavora, 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 000.133.912
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0300 4804 0700 0163 5500 1000 1339 1211 3391 2108

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| Venda de mercadoria adquirida e ou recebida de 3os. | 135230420419464 - 20/03/2023 10:16:32 |

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

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | 14.512.229/0001-10 | 20/03/2023 |

| 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 | 17/04/2023 | 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 LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQUOTAS ICMS | ALIQUOTAS IPI | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1132 | PAPEL SULFITE A4 REPORT 210X297 PT500 BR REPORT | 48025610 | 0 60 | 5405 | UN | 70,0000 | 26,13 | 1.829,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
03/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 20/03/23
ASS.
Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenadora de Enfermagem
COREN-SP
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

**DADOS ADICIONAIS**

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
|---|---|
| Valor aproximado dos tributos: R$ 204,13(11,160%) - Fonte: IBPT ; F9<br>28 DIAS-RYAN - Contrato de Gestao N 003 18 e Termo Aditivo N 02 202<br>2 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao ;SEP. W<br>ILLIAN- CONF. CLAUDIO 7 VOL E 10:13; LOCAL DE ENTREGA: RUA AMADOR BU<br>ENO, 333 - 1816 - CENTRO - SANTOS | |

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 20 de março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.033.1.2023 – 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 do item relacionado abaixo para uso nas unidades do Pronto Socorro Central e Pronto Socorro Infantil.

70und Papel sulfite A4 210 x 297

Atenciosamente,

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenadora de Enfermagem
COREN-SP nº 77103
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

**Instituto Alpha de Medicina para Saúde**

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002695 | 5270309767 | 17/04/2023 | 2.762,79 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

**CNPJ/CPF**
47.497.565/0001-90

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 0981 |
| Conta | 00000000000130032977 |

**Número do Documento**
900002695
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**
3F10E37EE38EAD2CE2D4FA5

## 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)

RECEBEMOS DE AUTO POSTO VILA NOVA LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|
| | |

**NF-e**
**N.º: 000000230**
**SÉRIE: 002**

**AUTO POSTO VILA NOVA LTDA**
AV 9 DE ABRIL, 2916
VILA NOVA
CUBATAO SP
CEP: 11520000
Telefone/Fax:

POSTOS VALE+

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

**SAÍDA**

**N.º: 000000230**
**SÉRIE: 002**

Page 1 of 1

CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
**3523 0447 4975 6500 0190 5500 2000 0002 3018 3431 0876**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | | | |
|---|---|---|---|
| LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
| 283004394110 | | 47.497.565/0001-90 | 135230523403845 06/04/2023 16:14:44 |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|---|---|
| INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | | | 14512229000110 | 05/04/2023 |
| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | | CEP | DATA DA ENTRADA |
| R AMADOR BUENO,333 | CENTRO | | 11013153 | |
| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | DATA DE SAÍDA |
| SANTOS | 1397405642 | SP | | 05/04/2023 |

**FATURA/DUPLICATA**

001 17/04/2023 2.762,79

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.762,79 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.762,79 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

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

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM | CST | CFOP | UNIDADE | QUANTIDADE | V.UNITÁRIO | V.TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GASOLINA C COMUM | 27101259 | 060 | 5929 | L | 459,917 | 5,690 | 2616,89 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 |
| 3 | GASOLINA C ADITIVADA | 27101259 | 060 | 5929 | L | 24,771 | 5,890 | 145,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 |

**CÁLCULO DO ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT
Val. Aprox. Tributos Estadual: 696,21 (25,20%), Federal: 193,11 (6,99%), Municipal: 0,0
0 (0,00%) Fonte: IBPT
Nota Ref. CUPOM: 9250
CUPOM: 9302
CUPOM: 10228
CUPOM: 10314
CUPOM: 10495
CUPOM: 10600
CUPOM: 10686
CUPOM: 11331
CUPOM: 11512

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1314
COMPETÊNCIA
03/2023

**AUTO POSTO VILA NOVA LTDA**

Seq.Fatura : 60690120



06/04/2023 15:41

# FATURA DE CLIENTE

**Cliente** : 13112 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Telefone :** 13974056429

**Logradouro :** R AMADOR BUENO,333 **Bairro** : CENTRO

**Cidade** : SANTOS **Estado :** SP **CNPJ :** 14.512.229/0001-10 **IE :** ISENTO

| NUMERO | EMISSÃO | VENCIMENTO | VALOR R$ | |
|---|---|---|---|---|
| 122 | 06/04/2023 | 17/04/2023 | 2.762,79 | DOIS MIL, SETECENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E SETENTA E NOVE CENTAVOS |

| Origem | Num.Titulo | Emissão | Placa | Quantidade | Item | Valor | Odom.Atual | Odom.Anterior | Rendimento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CF | 9250/1 | 16/03/2023 | QQO-5H19 | 43,610 | GASOLINA C COMUM | 248,14 | 55.391 | 0 | 0,00 |
| CF | 9302/1 | 16/03/2023 | SDU-3F65 | 34,591 | GASOLINA C COMUM | 196,82 | 0 | 0 | 0,00 |
| CF | 10228/1 | 19/03/2023 | SDU-3F65 | 24,771 | GASOLINA C ADITIVADA | 145,90 | 0 | 0 | 0,00 |
| CF | 10314/1 | 20/03/2023 | FBY-6197 | 41,421 | GASOLINA C COMUM | 235,68 | 48.798 | 0 | 0,00 |
| CF | 10495/1 | 20/03/2023 | SDU-3F65 | 34,760 | GASOLINA C COMUM | 197,78 | 0 | 0 | 0,00 |
| CF | 10600/1 | 21/03/2023 | QQO-5H19 | 43,821 | GASOLINA C COMUM | 249,34 | 55.760 | 0 | 0,00 |
| CF | 10686/1 | 21/03/2023 | QUJ-9E50 | 42,421 | GASOLINA C COMUM | 241,37 | 60.725 | 0 | 0,00 |
| CF | 11331/1 | 23/03/2023 | SDU-3F65 | 36,210 | GASOLINA C COMUM | 206,03 | 0 | 0 | 0,00 |
| CF | 11512/1 | 24/03/2023 | QUJ-9E50 | 32,361 | GASOLINA C COMUM | 184,13 | 60.910 | 0 | 0,00 |
| CF | 11535/1 | 24/03/2023 | SDU-3F64 | 42,011 | GASOLINA C COMUM | 239,04 | 6.336 | 0 | 0,00 |
| CF | 13034/1 | 29/03/2023 | SDU-3F65 | 31,640 | GASOLINA C COMUM | 180,03 | 0 | 0 | 0,00 |
| CF | 13196/1 | 30/03/2023 | QQO-5H19 | 43,090 | GASOLINA C COMUM | 245,18 | 56.128 | 0 | 0,00 |
| CF | 13529/1 | 31/03/2023 | FBY-6197 | 33,981 | GASOLINA C COMUM | 193,35 | 493.363 | 0 | 0,00 |
| | | | | | **Total** | **2.762,79** | | | |

## RESUMO

| Item | | Quantidade | Vr. Unitário | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | GASOLINA C COMUM | 459,917 | 5,690 | 2.616,89 |
| 3 | GASOLINA C ADITIVADA | 24,771 | 5,890 | 145,90 |
| | **Total** | **484,688** | | **2.762,79** |

**financub**

| | |
|---|---|
| **De:** | xml@eeradm.com.br |
| **Enviado em:** | segunda-feira, 10 de abril de 2023 08:19 |
| **Para:** | financub@alphainstituto.com.br; juridcub@alphainstituto.com.br; secretcub@alphainstituto.com.br |
| **Cc:** | adm@alphainstituto.com.br; POSTO VILA NOVA |
| **Assunto:** | POSTO VILA NOVA - Cobrança dos Abastecimentos 2ª quinzena de Março |
| **Anexos:** | 35230447497565000190550020000002301834310876_v4.00-procNFe.xml; INST ALPHA.JPG; nf 230.pdf |

Bom dia **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE,**

REFERENTE AOS ABASTECIMENTOS DE **16/03 A 31/03** POR GENTILEZA FAZER O DEPÓSITO DE **R$ 2.762,79** NA SEGUINTE CONTA:

*SANTANDER*
*AG: 0981*
*C/C: 13003297-7*
*CNPJ: 47.497.565/0001-90*

*AUTO POSTO VILA NOVA LTDA*

FAVOR REALIZAR O DEPÓSITO **ATÉ A DATA LIMITE DE 20/04/2023**, APÓS A REALIZAÇÃO, ENVIAR COMPROVANTE PARA O EMAIL: cobranca@eeradm.com.br.

---

**Aline Baltazar**
Depto. Faturamento
(11) 4798-6100 ramal **6107**

POSTOS VALE+

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002696 | 5267440987 | 17/04/2023 | 6.040,00 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
17/04/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
L.C.G. LOCADORA DE VEICULOS EI

**CNPJ/CPF**
32.511.424/0001-07

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0001/ | 03146 | 00000000000000419710 | 6.040,00 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**
3F10E37A851C316CCE7B03E

**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)

L.C.G LOCADORA DE VEÍCULOS

**L.C.G. LOCADORA DE VEICULOS LTDA**
RUA .JULIO CONCEIÇÃO, 94 , VILA MATHIAS
SANTOS - SP
CEP.: 11015-540
C.N.P.J.: 32.511.424/0001-07

FATURA DE LOCAÇÃO 2667 00321

DATA DA EMISSÃO 31/03/2023

| FATURA | | DUPLICATA | | VENCIMENTO |
|---|---|---|---|---|
| NÚMERO | VALOR | NÚMERO | VALOR | |
| 2667 | 6.040,00 | | 6.040,00 | 15/04/2023 |

Desconto de: 0,00 Até: / /
Condições especiais:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome: | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | | |
| Endereço: | RUA AMADOR BUENO 333 CJ 1806 | Bairro: | CENTRO |
| Município: | SANTOS | Estado: | SP |
| Pça. de Pagamento: | SANTOS | Cep: | 11013-153 |
| CNPJ/CPF(M.F.): | 14.512.229/0001-10 | Identidade(RG): | ISENTA |
| End.P/Cobrança: | RUA AMADOR BUENO 333 CJ 1806 | Bairro: | CENTRO |
| Município: | SANTOS | Estado: | SP |
| | | Cep: | 11013-153 |

Valor por Extenso SEIS MIL QUARENTA REAIS

Conforme Lei Complementar 116/2003 de 31/07/2003, o ramo de locação de Automóveis está Isento do Recolhimento do ISS, consequentemente desobrigado da emissão de Nota Fiscal.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | UNITÁRIO | TOTAL |
|---|---|---|
| LOCAÇÃO DE VEÍCULOS CONFORME DEMONSTRATIVO DE FATURAMENTO EM ANEXO, | 6.040,00 | 6.040,00 |
| REFERENTE AO MÊS DE MARÇO DE 2023. | | |
| CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - Aditivo 002/2022 | | |
| Instituto Alpha de Medicina para Saúde x Prefeitura Municipal de Cubatão | | |
| DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: | | |
| BANCO DO BRASIL (001) | | |
| AGÊNCIA 3146-1 | | |
| CONTA 41971-0 | | |
| L. C. G. LOCADORA DE VEÍCULOS LTDA. | | |
| CNPJ: 32.511.424/0001-07 | | |
| ; | SubTotal | 6.040,00 |
| | Desconto | 0,00 |
| | TOTAL | 6.040,00 |

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1141
COMPETÊNCIA 03/2023

RECEBI(EMOS) DE L.C.G. LOCADORA DE VEÍCULOS LTDA, A FATURA DE LOCAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | FATURA DE LOCAÇÃO 2667 |
|---|---|---|
| | | |

G LOCADORA DE VEÍCULOS

# Demonstrativo de Faturamento

nte: INST. ALPHA - CUBATAO — Fone: 13.3322.7379

PJ/MF: 14.512.229/0001-10 — Inscrição Estadual: ISENTA

ereço: RUA AMADOR BUENO — Bairro/Cidade: CENTRO / SANTOS / CEP: 11013-153

Cobrança: RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ 1806 — Bairro/Cidade: CENTRO / SANTOS / CEP: 11013-153

o Pagto.: 0 — Vencimento: — Franquia:

| CTR Origem | T | Contrato | Placa | Modelo | Km Inicial | Km Final | Período | Valor Locação | KM Exce. | Valor Comb. | Valor Desp. | Valor Taxa | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | 2261/7 | SDU-3F64 | LOGAN ZEN | 5477 | | 01/03/23 ‡ 31/03/23 | 3.020,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.020,00 |
| | M | 2262/7 | SDU-3F65 | LOGAN ZEN | 15334 | | 01/03/23 ‡ 31/03/23 | 3.020,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.020,00 |

tarões:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Custo de Aluguel: | 6.040,00 | Total: | 6.040,00 |
| KM Excedente: | 0,00 | (+) Diversos: | 0,00 |
| Combustível: | 0,00 | (-) Desconto: | 0,00 |
| Despesas: | 0,00 | Total Geral: | 6.040,00 |
| Taxa: | 0,00 | Qtde Contratos: | 2 |



00322

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002700 | | 17/04/2023 | 11.388,10 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
17/04/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
ELIZOBERTO MARQUES DE LIMA

**CNPJ/CPF**
33.809.783/0001-08

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0104/00360305 | 03742 | 00000000003000007479 | 11.388,10 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 137 REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E3739C94337CFA6B730

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

# SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

# NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 137

00324

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 17/04/2023 11:47:04 | Competência | 17/4/2023 | Código de Verificação | 7J4OE7UHS |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | CUBATAO - SP |

## Dados do Prestador de Serviços

ISCLUTIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | ELIZOBERTO MARQUES DE LIMA | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 33.809.783/0001-08 | Inscrição Municipal | 2854160 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | AVENIDA CAMPOS SALES ,74 - VILA NOVA CEP: 11013-400 | | | | |
| Complemento: | 0000 | Telefone: | (13)3234-2086 | e-mail: | robson@francoacj.com.br |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153 | | | | |
| Complemento: | Conjunto 1816 | Telefone: | | e-mail: | financub@alphainstituto.com.br |

## Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços de Manutenção.

Período de 01/03/2023 à 31/03/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde.

CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - ADITIVO 002/2022.

Dados Bancários
Banco Caixa Econômica Federal
Agencia 3742
OP 003
C/c: 00000747-9
PIX 33.809.783/0001-08

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1325
COMPETÊNCIA
03/2022

## Código do Serviço / Atividade

17.05 / 8111700 - serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais

## Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

## Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIS | | COFINS | | IR(R$) | | INSS(R$) | | CSLL(R$) | |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 11.750,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 11.750,00 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 2-Tributação fora do município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 0,00 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 11.750,00 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 3,08 |
| (-) ISS Retido | 361,90 | 1 - Sim | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 11.388,10 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 361,90 |

| | |
|---|---|
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |

# RECIBO

EU, ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO INDAUI, PORTADOR DO RG.53.343.467-1, COORDENADOR ADMINISTRATIVO, DECLARO QUE RECEBI EM 18/04/2023 O VALOR DE **R$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS)** REFERENTE AO CAIXINHA DO MÊS DE **ABRIL/2023** PARA PEQUENAS DESPESAS E NECESSIDADES DIÁRIAS URGENTES.

**CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 – ADITIVO 002/2022.**

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO INDAUI
RG. 53.343.467-1

| Comp. | Banco | Agência | C1 | Conta | | | C2 | | Cheque Nº | C3 | R$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 018 | 033 | 0123 | 3 | 13 | 04127 | 6 | 7 | ( LDF ) | 000033 | 7 | *2.000,00* |
| 018 | 033 | 0123 | 3 | 13 | 04127 | 6 | 7 | LDF | 000033 | 7 | |

Pague por este cheque a quantia de Dois mil reais e centavos acima.

a _____ ou à sua ordem.

Santos, 18 de abril de 2023

T42021102703320003 3

Santander

**Negócios & Empresas**
POLO CENTRO-CUBATAO 0123/7513
AV NOVE DE ABRIL 2099
CUBATAO SP
CONFECÇÃO: 10/2021

INST ALPHA DE MEDICINA P SAUDE
14512229/0001-10

CLIENTE BANCARIO DESDE: 11/2015

⑈03301230⑈ 0180000335⑆ 132130412763⑈

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002704 | | 18/04/2023 | 3.042,84 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 0123 |
| Conta | 00000000000130038858 |

**Número do Documento**
900002704
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
PAGTO INSS NF 141 SANDRO CORREA

**Autenticação Bancária**
3F10E37495F9194F17868E5

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

# SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

# NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 141

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 17/03/2023 13:24:41 | Competência | 17/3/2023 | Código de Verificação | 0FX0AYIUI |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | SANTOS - SP |

## Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 09.564.629/0001-39 | Inscrição Municipal | 1820933 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | RUA CAMPOS MELLO ,332 - ENCRUZILHADA CEP: 11015-012 | | | | |
| Complemento: | 0000 | Telefone: | (13)3468-2466 | e-mail: | universo@iron.com.br |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151 | | | | |
| Complemento: | CONJ. 1816 | Telefone: | 13991065947 | e-mail: | financub@alphainstituto.com.br |

## Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO DE CONTROLADORIA DE ACESSO - CONTRATO DE GESTÃO CUBATÃO - NÚMERO 003/2018 - ADITAMENTO 002/2022
PERÍODO: 01/02/2023 A 28/02/2023 - UNIDADE PRONTO SOCORRO CENTRAL E INFANTIL DE CUBATÃO.

100
CÓDIGO GERENCIAL
1132
COMPETÊNCIA
02/2023

## Código do Serviço / Atividade

17.05 / 8111700 - serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais

## Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

## Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIS | | COFINS | | IR(R$) | | INSS(R$) | 3.042,84 | CSLL(R$) | |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 27.662,16 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 27.662,16 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 1-Tributação no município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 3.042,84 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 27.662,16 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 2,79 |
| (-) ISS Retido | 771,77 | 1 - Sim | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 23.847,55 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 771,77 |

| | |
|---|---|
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002703 | | 18/04/2023 | 116.827,66 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 0123 |
| Conta | 00000000000130038858 |

**Número do Documento**
900002703
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
DARF INSS FOLHA 03 2023 CUBATAO

**Autenticação Bancária**
3F10E370764C9C9905F886C

## 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)

Empresa : 00220 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE — CNPJ : 14.512.229/0001-10
Endereço : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 — Emissão : 11:17 11/04/2023
Período: 01/03/2023 a 31/03/2023 — Departamento : 0000 CUBATÃO PS
Tipo Processo: Todos — Página : 3

# Resumo Geral

| *GPS | |
|---|---|
| Empregados : | 24.341,59 |
| Sócios : | 6.250,45 |
| Autônomos : | 75,40 |
| Empresa Funcionários: | 54.970,55 |
| RAT Emp (RAT x FAP = 1,0000 % ): | 2.748,52 |
| Vlr. Ocorrência : | 0,00 |
| Empresa Sócios: | 16.297,00 |
| Empresa Autônomos: | 137,09 |
| Cooperativas : | 0,00 |
| Resíduo Mês Anterior: | 0,00 |
| Deduções de FPAS : | 3.934,40 |
| Valor Retido : | 0,00 |
| Sub-Total : | 100.886,20 |
| Terceiros Carreteiro: | 0,00 |
| Resíduo Terceiros: | 0,00 |
| Terceiros 5,80 %: | 15.941,46 |
| Total Líquido : | 116.827,66 |

| FGTS | |
|---|---|
| **BASES DE CÁLCULO - GFIP** | |
| Base de calc. FGTS sem 13º : | 267.773,37 |
| Base de calc. FGTS 13º : | 1.372,55 |
| **VALOR RECOLHIDO - GFIP** | |
| FGTS sem 13º salário s/CS : | 21.421,86 |
| FGTS sobre 13º salário s/CS : | 109,80 |
| Total FGTS apurado recibos s/CS : | 21.531,66 |
| **BASES DE CÁLCULO - GRRF** | |
| Base de calc. FGTS GRRF : | 9.102,86 |
| Base de calc. Multa FGTS GRRF : | 28.924,98 |
| Base de calc. FGTS M.Anterior: | 0,00 |
| **VALOR RECOLHIDO - GRRF** | |
| Total FGTS recolhido s/CS: | 12.298,22 |
| Total FGTS Mês Anterior s/CS: | 0,00 |

| DARF PIS | |
|---|---|
| Base PIS Folha : | 276.243,58 |
| PIS Folha : | 2.762,44 |
| **DARF IR - Período Pagamento** | |
| IRRF Folha : | 5.162,66 |
| IRRF Férias : | 671,17 |
| IRRF Rescisão : | 0,00 |
| IRRF Sócio | 13.734,62 |
| IRRF Autônomo | 0,00 |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES** | |
| Contrib. Confederativa : | 0,00 |
| Contrib. Sindical : | 0,00 |
| Contrib. Assistencial : | 0,00 |
| Contrib. Social s/ FGTS | 0,00 |

*** De acordo com o eSocial, os valores a título de GPS não são mais válidos para o recolhimento de INSS e devido a sua apuração, podem apresentar diferenças com o eSocial.**

**INFORMAÇÕES AUXILIARES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Salário Família : | 538,38 | Valor Compensação : | 0,00 | Base Empregados: | 274.852,76 |
| Salário Maternidade : | 3.396,02 | Valor Compensação 13º : | 0,00 | Base Sócios: | 81.485,00 |
| Outras Ded. FPAS : | 0,00 | Valor para Reembolso : | 0,00 | Base Autônomos: | 685,49 |

**BASES DE CÁLCULO - APOSENTADORIA ESPECIAL**

| OCORRÊNCIA | 2/6 | ALÍQ | TOTAL | 3/7 | ALÍQ | TOTAL | 4/8 | ALÍQ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empregados | 0,00 | 0,00 % | 0,00 | 0,00 | 0,00 % | 0,00 | 0,00 | 0,00 % | 0,00 |

TOTAIS — Func. c/ AG. Nocivo : 0,00 — Func. s/ AG. Nocivo : 0,00 — Total RAT : 0,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1020
COMPETÊNCIA
03/2023

00331

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900000134
No. compromisso cliente

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

Convênio
0033-0123-004906814041
Data da Solicitação
18/04/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130038858

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente Arrecadador: | CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A. |
| Codigo de Barras: | 85800006049-9 80400385231-1 10071623104-9 36242815921-3 |
| Data de Pagamento: | 18/04/2023 |
| Numero do Documento: | 07.16.23104.3624281-5 |
| Valor Total: | R$ 604.980,40 |
| Convenio de Arrecadacao: | 00336916000900000097 |
| Autenticacao: | 46570CEF00146B8203C6C8B |
| Data de Vencimento: | 20/04/2023 |
| Tipo de Pagamento: | TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO |

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

| | |
|---|---|
| Canal: | PGFOR |

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

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

| | |
|---|---|
| Hora da Transacao: | 12:11:22 |
| Transacao efetivada em: | 18/04/2023 |

Tipo de Serviço
20

Complemento do Tipo de Serviço
DARF INSS FOLHA 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 |
|---|---|---|---|
| Março/2023 | 20/04/2023 | 07.16.23104.3624281-5 | 20/04/2023 |

Observações
**Nº Recibo Declaração: 50000126368804**

Valor Total do Documento: 604.980,40

## Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação | Principal | Multa | Juros | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1082 | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO<br>01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 111.370,49 | | | 111.370,49 |
| 1099 | CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11<br>01 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11%<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 15.059,69 | | | 15.059,69 |
| 1138 | CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR<br>01 CP PATRONAL - EMPREGADOS/AVULSOS<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 275.644,29 | | | 275.644,29 |
| 1138 | CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR<br>04 CP PATRONAL - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 84.779,28 | | | 84.779,28 |
| 1162 | CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023<br>CNPJ Prestador:00.364.022/0001-30 | 96,07 | | | 96,07 |
| 1162 | CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023<br>CNPJ Prestador:09.564.629/0001-39 | 3.042,84 | | | 3.042,84 |
| 1162 | CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023<br>CNPJ Prestador:12.642.224/0001-86 | 18.245,40 | | | 18.245,40 |
| 1162 | CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023<br>CNPJ Prestador:13.563.356/0001-85 | 1.239,11 | | | 1.239,11 |
| 1162 | CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98<br>01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 | 1.784,20 | | | 1.784,20 |

SENDA (Versão:5.1.4) Página: 1/2 14/04/2023 09:57:56

85800006049 9 80400385231 1 10071623104 9 36242815921 3

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

---

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800006049 9 | 80400385231 1 | 10071623104 9 | 36242815921 3

CNPJ: 14.512.229/0001-10
Número: 07.16.23104.3624281-5
Pagar até: 20/04/2023
Valor: 604.980,40

Pague com o PIX

Receita Federal

# Documento de Arrecadação de Receitas Federais

Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação | Principal | Multa | Juros | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023<br>CNPJ Prestador:18.835.198/0001-99 | | | | |
| 1170 | CP TERCEIROS - SALÁRIO EDUCAÇÃO<br>01 CP TERCEIROS - SALÁRIO EDUCAÇÃO<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 34.455,53 | | | 34.455,53 |
| 1176 | CP TERCEIROS - INCRA<br>01 CP TERCEIROS - INCRA<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 2.756,44 | | | 2.756,44 |
| 1191 | CP TERCEIROS - SENAC<br>01 CP TERCEIROS - SENAC<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 13.782,21 | | | 13.782,21 |
| 1196 | CP TERCEIROS - SESC<br>01 CP TERCEIROS - SESC<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 20.673,32 | | | 20.673,32 |
| 1200 | CP TERCEIROS - SEBRAE<br>01 CP TERCEIROS - SEBRAE<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 8.269,32 | | | 8.269,32 |
| 1646 | CONTRIB PREV RISCO AMBIENTAL/APOSENT ESPECIAL<br>01 CP PATRONAL - GILRAT AJUSTADO<br>PA:03/2023 Vencimento:20/04/2023 | 13.782,21 | | | 13.782,21 |
| | **Totais** | **604.980,40** | | | **604.980,40** |

# RESUMO DA FOLHA 03/2023

| GPS | CUBATÃO | POA | Praia Grande | MONGAGUA | SEDE | OSASCO | MAIRIPORA | RESUMO GERAL TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| os: | 24.341,59 | 43.047,17 | | 18.448,57 | 221,28 | 4.015,37 | 31.965,23 | **122.039,21** |
| | 6.250,45 | 825,82 | | 1.896,93 | | | 825,82 | **9.799,02** |
| os: | 75,40 | 825,82 | 1.362,28 | 1.844,23 | | 1.152,95 | | **5.260,68** |
| Fundonários: | 54.970,55 | 95.944,18 | | 41.912,08 | 578,55 | 9.130,27 | 73.108,64 | **275.644,27** |
| x FAP = 1,0000%): | 2.748,52 | 4.797,20 | | 2.095,60 | 28,92 | 456,51 | 3.655,43 | **13.782,18** |
| Sócios: | 16.297,00 | 19.363,86 | | 12.500,00 | | 3.700,00 | 18.300,00 | **70.160,86** |
| Autônomos: | 137,09 | 6.200,00 | 2.831,76 | 3.353,23 | | 2.096,32 | | **14.618,40** |
| de FPAS: | 3.934,40 | 3.510,80 | | 2.685,14 | | 538,38 | | **10.668,72** |
| do: | | - | | | | - | - | **-** |
| : | 100.886,20 | 167.493,25 | 4.194,04 | 79.365,50 | 828,75 | 20.013,04 | 127.855,12 | **500.635,90** |
| 5,80%: | 15.941,46 | 27.823,81 | | 12.154,50 | 167,77 | 2.647,78 | 21.201,50 | **79.936,82** |
| ido: | **116.827,66** | **195.317,06** | **4.194,04** | **91.520,00** | **996,52** | **22.660,82** | **149.056,62** | **580.572,72** |

| SS TERCEIROS | CUBATÃO | POA | | MONGAGUA | | | MAIRIPORA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.042,84 | 18.341,47 | - | 1.239,11 | - | - | 1.784,20 | **24.407,62** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **al:** | **119.870,50** | **213.658,53** | **4.194,04** | **92.759,11** | **996,52** | **22.660,82** | **150.840,82** | **604.980,34** |

00334

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002702 | | 18/04/2023 | 23.847,55 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
SANDRO CORREIA DE ANDRADE ME

**CNPJ/CPF**
09.564.629/0001-39

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 1093 |
| Conta | 00000000000130003602 |

**Número do Documento**
900002702
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 144 REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E37593929FEA6031CB4

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

# SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

## NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e: 144

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 17/04/2023 09:09:50 | Competência | 17/4/2023 | Código de Verificação | TGQTNMDRT |
| Número do RPS | | *No. da NFS-e substituída* | | Local da Prestação | SANTOS - SP |

### Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 09.564.629/0001-39 | Inscrição Municipal | 1820933 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | RUA CAMPOS MELLO ,332 - ENCRUZILHADA CEP: 11015-012 | | | | |
| Complemento: | 0000 | Telefone: | (13)3468-2466 | e-mail: | universo@iron.com.br |

### Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151 | | | | |
| Complemento: | CONJ. 1816 | Telefone: | 13991065947 | e-mail: | financub@alphainstituto.com.br |

### Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO DE CONTROLADORIA DE ACESSO - CONTRATO DE GESTÃO CUBATÃO - NÚMERO 003/2018 - ADITAMENTO 002/2022
PERÍODO: 01/03/2023 A 31/03/2023 - UNIDADE PRONTO SOCORRO CENTRAL E INFANTIL DE CUBATÃO.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1132
COMPETÊNCIA
03/2023

### Código do Serviço / Atividade

17.05 / 8111700 - serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais

### Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

### Tributos Federais

| PIS | | COFINS | | IR(R$) | | INSS(R$) | 3.042,84 | CSLL(R$) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 27.662,16 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 27.662,16 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 1-Tributação no município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 3.042,84 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 27.662,16 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 2,79 |
| (-) ISS Retido | 771,77 | 1 - Sim | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 23.847,55 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 771,77 |

| | |
|---|---|
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002707 | | 18/04/2023 | 267.673,50 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
MARCO AURELIO F DOS SANTOS ME

**CNPJ/CPF**
21.480.301/0001-30

**Conta Creditada**

Banco 0033
Agência 0353
Conta 00000000000130019913

**Número do Documento**
900002707
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 259 SERVICOS MEDICOS REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E378BF93B972E8DC3A1

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

# Prefeitura da Estância Hidromineral de Poá

## Secretaria Municipal da Fazenda

## Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

| | |
|---|---|
| Número da Nota/Série | 259/NFE |
| Data e Hora de Emissão | 18/04/2023 11:06:47 |
| Código de Verificação | 43333B69AE4B28989E4E |
| Página 1 / 1 | |

### PRESTADOR

CNPJ : 21.480.301/0001-30 IE: IM: 44428
Razão Social: MARCO AURELIO F DOS SANTOS - ME
Endereço : Rua Camélia - Num: 71. Bairro: Conjunto Alvorada - CEP: 08.550-550
Município : POA - SP Telefone: (11)4634-3012
E-mail : marcoaurelio0308@gmail.com

Dados da Nota

### TOMADOR

CNPJ : 14.512.229/0001-10 IE: IM:
Razão Social: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Endereço : Rua Amador Bueno - Num: 333 - Conjunto 1816
Bairro : Centro - CEP: 11.013-153
Município : SANTOS - SP

### Local de Prestação de Serviço

Endereço :Rua Quinze de Novembro - Num: sn. Bairro: Vila Nova - CEP: 11.520-010
Municipio :CUBATAO - SP

### Discriminação do Serviço

Período de 01/03/2023 a 31/03/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - ADITIVO 002/2022

SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO

Valor Bruto: R$ 267.673,50

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1106
COMPETÊNCIA 04/2023

### Dedução / Outras Informações

## VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 267.673,50

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.

| Deduções (R$) | Base de Cálculo (R$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R$) | ISS Retido na Fonte (R$) |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 267.673,50 | 4,00 | 10.706,94 | 0,00 |

Total Tributos: 10.706,94. Percentual: 4,00%

### Dados do Vencimento

Valor Documento R$: 267.673,50 Forma Pgto: A VISTA
Valor por extenso: Duzentos e Sessenta e Sete Mil Seiscentos e Setenta e Três Reais e Cinquenta Centavos

### Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 25/05/2023.

---

Recebi(emos) de MARCO AURELIO F DOS SANTOS - ME
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

/ /
Data Identificação do Recebedor

| Dados que identificam a nota |
|---|
| Número da Nota 259/NFE |
| Emissão 18/04/2023 11:06:47 |
| Código de verificação 43333B69AE4B28989E4E |

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002706 | | 18/04/2023 | 273.566,05 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
MED SERVICE ASSESSORIA E CONSULTORIA MEDICA L

**CNPJ/CPF**
43.091.226/0001-58

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 0780 |
| Conta | 00000000000130011681 |

**Número do Documento**
900002706
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 14 SERVICOS MEDICOS REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E372C2218E6B6BB2F1D

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

00340

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota: **00000014**
Data e Hora de Emissão: **18/04/2023 15:19:55**
Código de Verificação: **TH9K-GQSN**

20230418u43091226000158

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **43.091.226/0001-58** Inscrição Municipal: **7.032.231-7**
Nome/Razão Social: **MED. SERVICE ASSESSORIA E CONSULTORIA MEDICA LTDA**
Endereço: **R LIBERO BADARO 101, ANDAR 12 - CENTRO - CEP: 01009-902**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**
CPF/CNPJ: **14.512.229/0001-10** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **AL Itapecuru 645, CJ 1230 - Alphaville Centro Industrial e - CEP: 06454-080**
Município: **Barueri** UF: **SP** E-mail: **CONTATO@LDMASSESSORIA.COM**

### INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

CNPJ: 14.512.229/0001-10

ENDEREÇO: Av. Amador Bueno, 333 - Conjunto 1816 - CEP: 11013-153 - Centro - Santos/SP

LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: CUBATÃO - SP

NA DESCRIÇÃO:

Prestação de Serviços Médicos

PRONTO SOCORRO CENTRAL - 87 Plantões de 12 horas

Período de 01/03/2023 a 31/03/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - ADITIVO 002/2022

SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO

Valor Bruto: R$ 279.149,03

ISS RETIDO 3% Líquido 273,566,05

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 279.149,03**

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

Código do Serviço
**04030 - Medicina e biomedicina.**

| Valor Total das Deduções (R$) | Base de Cálculo (R$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R$) | Crédito (R$) |
|---|---|---|---|---|
| **0,00** | * | 2% * | 5.582,98 * | **0,00** |

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

### OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
03/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002727 | | 19/04/2023 | 142,70 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
19/04/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI

**CNPJ/CPF**
21.247.290/0001-42

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0001/00000000 | 04770 | 00000000000000382523 | 142,70 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 14311 REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E37DFE8054FF9294678

**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)

| RECEBEMOS DE SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | | VALOR NOTA R$ 142,70 | NF-e Nº: 000.014.311 SÉRIE : 1 |
|---|---|---|---|---|
| DATA DE RECEBIMENTO / / | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | | |

**SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL**

R FREI GASPAR, 3909
CIDADE NAUTICA
SAO VICENTE
SP
TEL/FAX: 1333710200
CEP: 11350000

SPECIAL

**DANFE**
**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA**
0 - Entrada
1 - Saída **1**
Nº 000.014.311
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0321 2472 9000 0223 5500 1000 0143 1110 0014 7421

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 OU RECEBIDA DE TERCEI

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135230459161492 - 27/03/2023 10:18:35

| 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 | 27/03/2023 |
| 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 Vcto | Valor |
|---|---|---|
| 001 | 17/04/2023 | 142,70 |

**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 | 142,70 |

| 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 | 44,88 | 142,70 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | GAS/CILINDRO | | | 35.000,000 | 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 7 CILINDRO(S) | 28044000 | 0 102 | 5102 | M3 | 7,0000 | 20,38550 | 142,70 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 44,88 |

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Local de Entrega: PS CUBATAO AV NOVE DE ABRIL 2800 CENTRO CUBATAO SP LOTE: SG-O-57/23 FAB: 13/03/2023
Valor Aproximado dos Tributos R$ 44,88 (31,45%) Fonte: IBPT

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1001
COMPETÊNCIA 03/2023

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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 27/03/23
ASS

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO 24404 (ROMANEIO 47833)
Titulos: Nro 20884/1 Venc. 17-04-2023 Valor 142,70
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

RESERVADO AO FISCO

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002725 | 5272114934 | 19/04/2023 | 952,00 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
19/04/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
TECNOPRINT IMPRESSOS TECNICOS

**CNPJ/CPF**
04.516.470/0001-63

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0237/ | 00297 | 00000000000001018639 | 952,00 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**
3F10E37A96756814B3069CD

**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)

00344

ECEBEMOS DE TECNOPRINT IMPRESSOS TECNICOS LTDA-ME OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL ELETRONICA INDICADA BAIXO. EMISSÃO: 20/04/2023 VALOR TOTAL: R$ 952,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - R AMADOR BUENO, 33 CENTRO SANTOS-SP

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|
| | |

**NF-e**
**Nº. 000.026.973**
**Série 002**

*IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE*

TECNOPRINT

**TECNOPRINT IMPRESSOS TECNICOS LTDA-ME**
RUA COCAIS, 300 - JARDIM ORIENTAL - 4347170 - SÃO PAULO - SP. Fone: (11) 5016-5992

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.026.973**
**Série 002**
*Folha: 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3523 0404 5164 7000 0163 5500 2000 0269 7313 9837 3127**
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 terceiros | 135230597772346 - 20/04/2023 09:11:43 |

| CRT | INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ |
|---|---|---|---|
| 1 - Simples Nacional | 116186243119 | | 04516470000163 |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

| RAZÃO SOCIAL | CNPJ | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | 14512229000110 | 20/04/2023 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| R AMADOR BUENO, 333 | CENTRO | 11.013-153 | |

| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| SANTOS | (13) 3394-5103 | SP | | |

**FATURA/DUPLICATAS**

Pagamento à vista

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC DO ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR DO IMP. IMPORTAÇÃO | VALOR DO PIS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 952,00 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR DO IPI | VALOR COFINS | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 952,00 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA DE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| | (0) Emitente | | | | |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| QUANTIDADE DE VOLUMES | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | CAIXA | | | 16,000 Kg | 16,000 Kg |

**DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B CALC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 165 | PAPEL TERMOSENSÍVEL P- ECG TITB 216X30 LT 0363-23 | 48022090 | 0-102 | 5102 | RL | 40,0000 | 23,8000 | 952,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 20/04/23
ASS.
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
04/2023

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor Aprox. dos tributos R$ 324,82 fonte: IBPT. Empresa optante pelo Simples Nacional, não gera crédito de IPI.

RESERVADO AO FISCO

A/C
TECNOPRINT IMPRESSOS TECNICOS LTDA-ME
RUA COCAIS, 300, JARDIM ORIENTAL
SÃO PAULO - SP - 04347-170
1150165992

**CC-e**
**Carta de Correção Eletronica**

Nossa nota fiscal nº 26973
Autorizado pela Receita Federal. Protocolo: 135230597772346

Chave de Acesso da NF-e
35230404516470000163550020000269731398373127

| Inscrição Estadual | CNPJ | Modelo | Série | Nº da CC-e | Emissão |
|---|---|---|---|---|---|
| 116186243119 | 04.516.470/0001-63 | 55 | 2 | 1 | 20/04/2023 09:19:37 |

**Destinatário**

| Nome/Razão Social | | | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|
| INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | | | 14.512.229/0001-10 |
| Endereço: R AMADOR BUENO, 333 | Bairro: CENTRO | | CEP: 11.013-153 |
| Município: SANTOS | UF: SP | Fone: 1333945103 | Inscrição Estadual: ISENTO |

**Irregularidade/Retificações a serem consideradas**

CONTRATO DE GESTÃO Nº003/18 E TERMO ADITIVO Nº02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATÃO - SP. ENDEREÇO DE ENTREGA: AV. 9 DE ABRIL, 2800 - CENTRO - CUBATÃO - SP. CEP: 11510-000

Condições de Uso

Prezados Senhores

Em face do que determina a legislação vigente, viemos pelo presente comunicar-lhes que a nota fiscal em referência contêm a(s) irregularidade(s) que acima apontamos.

Sem outro motivo para o momento, subscrevemo-nos,
Acusamos o recebimento da Carta de Correção 1, referente a Nfe 26973

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

Local e Data

Carimbo e Assinatura

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 19 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 054.5.4.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

40 rolos Papel Termosensível p/ ECG 216x30.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

**Instituto Alpha de Medicina para Saúde**

TECNOPRINT
IMPRESSOS TÉCNICOS LTDA ®

## DADOS BANCÁRIOS

**TECNOPRINT IMPRESSOS TÉCNICOS LTDA**
**CNPJ: 04.516.470/0001-63**

**BRADESCO:**
Ag: 0297-6 C/C: 101863-9
**CEF:**
Ag: 3191 C/C: 1907-3 Op: 003
**BANCO DO BRASIL:**
Ag: 3567X C/C: 73942-1

**CHAVE PIX:**
04.516.470/0001-63 (CNPJ)

Rua Cocais, 300 – Jardim Oriental - São Paulo - SP CEP: 04347-170
Tel: (0xx) 11 5016.5992 Fax: (0xx)11 5016.2940
C.N.P.J.: 04.516.470/0001-63 - INSC. ESTADUAL: 116.186.243.119
http. www.tecnoprintt.com - E-Mail: tecnoprintt@uol.com.br

**financub**

**De:** compras@alphainstituto.com.br
**Enviado em:** quarta-feira, 19 de abril de 2023 08:14
**Para:** financub@alphainstituto.com.br
**Cc:** admcub@alphainstituto.com.br; compras_1@alphainstituto.com.br; assistcompras@alphainstituto.com.br
**Assunto:** ENC: Pagamento antecipado
**Anexos:** DADOS BANCARIOS.pdf

Val,
Por gentileza efetuar o pagamento no valor de R$ 952,00 a favor da Tecnoprint referente a compra de papel para ECG de Cubatão.
**TECNOPRINT IMPRESSOS TÉCNICOS LTDA**
**CNPJ: 04.516.470/0001-63**
**BRADESCO:** Ag: 0297-6 C/C: 101863-9
**CEF:** Ag: 3191 C/C: 1907-3 Op: 003
**BANCO DO BRASIL:** Ag: 3567X C/C: 73942-1
NF + CI seguirão posteriormente.
ET: FAVOR ME ENVIAR O COMPROVANTE.
Grato

CENTRO DE CUSTO
CÓDIGO GERENCIAL
COMPETÊNCIA

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ALPHA INSTITUTO

**Valmir Maziero**
Gerente Administrativo
Tel.: (13) 3394-5103
CNPJ: 14.512.229/0001-10

NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

**De:** Tecnoprint Impressos Técnicos Ltda <tecnoprintt@uol.com.br>
**Enviada em:** terça-feira, 18 de abril de 2023 16:25
**Para:** compras@alphainstituto.com.br
**Assunto:** Pagamento antecipado

Boa tarde,

Como constam restrições no CNPJ, o pagamento deverá ser antecipado por crédito em conta. Caso precisem podemos emitir a NF para que efetuem o pagamento. Lembrando que a mesma precisa ser paga em até 24 horas após a emissão.

Segue em anexo dados bancários.

Valor total R$ 952,00 Chave Pix nosso CNPJ

Aguardamos comprovante.

Att,
Cintia da Silva.

*TECNOPRINT IMPRESSOS TÉCNICOS LTDA.*
*20 ANOS FABRICANDO QUALIDADE!*
*Telefone: (11) 5016-5992 / 5012-3771 / 5016-2940 / 5011-2642*
*Endereço: Rua Cocais, 300 - Jd Oriental - CEP: 04347-170 - São Paulo / SP*

---

**De:** compras@alphainstituto.com.br
**Enviada:** 2023/04/17 09:10:15
**Para:** tecnoprintt@uol.com.br
**Assunto:** RES: RES: Alpha Cubatão

Amanda, bom dia! Tudo bem?

Por gentileza, poderia me posicionar quanto ao faturamento e despacho desse pedido?

No aguardo, obrigado.

**De:** Tecnoprint Impressos Técnicos Ltda <tecnoprintt@uol.com.br>
**Enviada em:** segunda-feira, 10 de abril de 2023 09:54
**Para:** compras@alphainstituto.com.br
**Cc:** auxcompras@alphainstituto.com.br; compras_1@alphainstituto.com.br; assistcompras@alphainstituto.com.br
**Assunto:** RE: RES: Alpha Cubatão

Bom dia, Valmir!

Ok, muito obrigada pelo pedido.

Att.,
Amanda Reis

*TECNOPRINT IMPRESSOS TÉCNICOS LTDA.*

*20 ANOS FABRICANDO QUALIDADE!*
*Telefone: (11) 5016-5992 / 5012-3771 / 5016-2940 / 5011-2642*
*Endereço: Rua Cocais, 300 - Jd Oriental - CEP: 04347-170 - São Paulo / SP*

---

**De:** compras@alphainstituto.com.br
**Enviada:** 2023/04/10 08:41:10
**Para:** tecnoprintt@uol.com.br
**Cc:** auxcompras@alphainstituto.com.br, compras_1@alphainstituto.com.br, assistcompras@alphainstituto.com.br
**Assunto:** RES: Alpha Cubatão

Bom dia Amanda!

Por gentileza, favor faturar e entregar no P.S. de Cubatão .

- 40 bobinas papel ECG 216x30 (R$ 952,00)

Favor nos enviar a NF com os dados abaixo e os dados bancários para efetuarmos o pagamento:

Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ 14.512.229/0001-10

Sede: Rua Amador Bueno, 333 Cjto 1816 – Centro – Santos – SP - CEP 11013-153

Favor colocar essa observação na nota fiscal: **"Contrato de Gestão nº 003/18 e Termo Aditivo nº 02/2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatão – SP /Endereço para entrega: Av. 9 de abril, 2800 – Centro – Cubatão – SP CEP 11510-00"**

No aguardo, obrigado.

**De:** Tecnoprint Impressos Técnicos Ltda <tecnoprintt@uol.com.br>
**Enviada em:** quinta-feira, 6 de abril de 2023 15:25
**Para:** compras@alphainstituto.com.br
**Cc:** auxcompras@alphainstituto.com.br; compras_1@alphainstituto.com.br; assistcompras@alphainstituto.com.br
**Assunto:** RE: Alpha Cubatão

Bom dia, Valmir!

Segue cotação:

Preço: R$ 23,80 rolo

Pagamento: 30 dias (sujeito a análise)
Frete: CIF - incluso
Entrega: 7/12 dias
Validade da proposta: 30 dias

Att.,
Amanda Reis

*TECNOPRINT IMPRESSOS TÉCNICOS LTDA.*
*20 ANOS FABRICANDO QUALIDADE!*
*Telefone: (11) 5016-5992 / 5012-3771 / 5016-2940 / 5011-2642*
*Endereço: Rua Cocais, 300 - Jd Oriental - CEP: 04347-170 - São Paulo / SP*

---

**De:** compras@alphainstituto.com.br
**Enviada:** 2023/04/06 12:40:51
**Para:** tecnoprintt@uol.com.br
**Cc:** auxcompras@alphainstituto.com.br, compras_1@alphainstituto.com.br, assistcompras@alphainstituto.com.br
**Assunto:** Alpha Cubatão

Amanda, boa tarde!

Conforme falamos, gentileza nos enviar orçamento.

- 40 bobinas papel ECG 216x30

Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ 14.512.229/0001-10

Sede: Rua Amador Bueno, 333 Cjto 1816 – Centro – Santos – SP - CEP 11013-153

Endereço de entrega para cálculo do frete : Av. 9 de abril, 2800 – Centro – Cubatão – SP CEP 11510-00

No aguardo, obrigado.

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002736 | | 19/04/2023 | 4.905,90 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
NESTCAMP SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ/CPF**
32.604.892/0001-26

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 3553 |
| Conta | 00000000000130028611 |

**Número do Documento**
900002736
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 206 SERVICOS MEDICOS REF 03 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E3768578359E3A38603

## 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)

00354

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

Número da NFS-e
206

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 19/04/2023 13:36:16 | Competência | 19/4/2023 | Código de Verificação | DKGMBFVOL |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | CUBATAO - SP |

## Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | NESTCAMP SERVICOS MEDICOS LTDA | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 32.604.892/0001-26 | Inscrição Municipal | 2833699 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | RUA EUCLIDES DA CUNHA ,264 - POMPÉIA CEP: 11065-101 | | | | |
| Complemento: | 172 | Telefone: | 13982035555 | e-mail: | CONTABILIDADE.VM@TERRA.COM.BR |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153 | | | | |
| Complemento: | 1816 | Telefone: | | e-mail: | |

## Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos

PRONTO SOCORRO CENTRAL ¿ 4 Plantões de 12 horas

Período de 01/03/2023 a 31/03/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 ¿ ADITIVO 002/2022

SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO

Valor Bruto: R$ 5.400,00

ISS RETIDO 3%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
03/2023

## Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630503 - atividade médica ambulatorial restrita a consultas

## Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

## Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIS | 35,10 | COFINS | 162,00 | IR(R$) | 81,00 | INSS(R$) | | CSLL(R$) | 54,00 |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 5.400,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 5.400,00 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 2-Tributação fora do município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 332,10 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 5.400,00 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 3,00 |
| (-) ISS Retido | 162,00 | 2 - Não | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 4.905,90 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 162,00 |

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.

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002711 | 5263403733 | 19/04/2023 | 6.000,30 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER

**CNPJ/CPF**
19.878.404/0022-35

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 3154 |
| Conta | 00000000000130817975 |

**Número do Documento**
900002711
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**
3F10E377D37C6B4A2D25204

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES - CENTRO - CUBATAO - SP

## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

00356

| Número RPS: | Número Nota Fiscal: | Data Emissão: | Chave: |
|---|---|---|---|
| | 2870 | 20/03/2023 | SWYY-QMLB |

**FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER**

11515-000 - AVENIDA HENRY BORDEN, 21 HOSPITAL MODELO - VILA SANTA
CUBATAO - SP - CEP: 11515-000
**CNPJ/CPF:19.878.404/0022-35** Inscr. Estadual/RG: ISENTO
Email: superintendenciahc@fsfx.com.br
Telefone: (31) 3829-9350, R. CCM 34345 Inscr. Municipal: 100006625

**Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO**
Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 03/2023
Atividade: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,

### Dados do Tomador de Serviço

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**
Rua Amador Bueno, nº 333 - CJ 1816 - Centro
Santos - SP - - CEP: 11.013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail: CONTATO@ALPHAINSTITUTO.COM.BR
End. Cobrança:

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | REFERENTE A SERVIÇO DE LAVANDERIA HOSPITALAR MÊS 02/2023, O TOTAL DE KG DE MATERIAL PROCESSADO FOI DE 1.333,40 KG COM O VALOR DE R$ 4,50 (KG) FINALIZANDO O VALOR TOTAL DE R$ 6.000,30. VENCIMENTO: 19/04/2023. | 6.000,30 | 6.000,30 |

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1133
COMPETÊNCIA
02/2023

Observação: REFERENTE A SERVIÇO DE LAVANDERIA HOSPITALAR MÊS 02/2023, O TOTAL DE KG DE MATERIAL PROCESSADO FOI DE 1333,40 KG COM O VALOR DE R$ 4,50(KG) FINALIZANDO O VALOR TOTAL DE R$ 6000,30.VENCIMENTO: 19/04/23

| | | |
|---|---|---|
| Total dos Serviços | | 6.000,30 |
| Total de Deduções | | 0,00 |
| ISS RETIDO | 0,00% | 0,00 |
| Desc. Incondicionado | | 0,00 |
| Desc. Condicionado | | 0,00 |

| Total da Nota | RETENÇÕES | | | | | | | Total Liquido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ISS | IRRF | PIS | COFINS | CSLL | INSS | OUTROS | |
| 6.000,30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.000,30 |

FSFX
FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER

## COLETA DE ROUPA

# INSTITUTO ALPHA

| DIA | KG |
|---|---|
| 01/02/2023 | 57 |
| 02/02/2023 | 58,9 |
| 03/02/2023 | 64 |
| 04/02/2023 | 62,6 |
| 05/02/2023 | 45,4 |
| 06/02/2023 | 56 |
| 07/02/2023 | 43 |
| 08/02/2023 | 59 |
| 09/02/2023 | 41,9 |
| 10/02/2023 | 44,6 |
| 11/02/2023 | 36,3 |
| 12/02/2023 | 23,2 |
| 13/02/2023 | 33,3 |
| 14/02/2023 | 48,6 |
| 15/02/2023 | 39,5 |
| 16/02/2023 | 58 |
| 17/02/2023 | 42,9 |
| 18/02/2023 | 48,6 |
| 19/02/2023 | 47,2 |
| 20/02/2023 | 45,1 |
| 21/02/2023 | 43,3 |
| 22/02/2023 | 45,2 |
| 23/02/2023 | 47,4 |
| 24/02/2023 | 45 |
| 25/02/2023 | 47,8 |
| 26/02/2023 | 25,2 |
| 27/02/2023 | 70,6 |
| 28/02/2023 | 53,8 |
| **TOTAL** | 1.333,40 |
| **Valor KG** | R$ 4,50 |
| **Valor a pagar** | **6.000,30** |