Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
LILIAN DE JESUS MORAIS

CPF
330.634.858-96

Conta Informada
0033-0123-000010477665

Conta Salário
0033-0123-000710457169

Conta Creditada
0033-0123-000010477665

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002736

Nro Compromisso Cliente
240

Data do Crédito
27/04/2023

Valor R$
1.998,39

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0E1ADDCF9DCE835C9

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)

CUBATÃO 27.04.23

00555

RECIBO DE FÉRIAS

Capitulo VI - Titulo II da C..L.T

Dec.- Lei n.5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec. - Lei n. 1535 de 13/04/1977

Funcionário: LILIAN DE JESUS MORAIS		(000240) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00083884 Serie: 00276	Admissão: 03/06/2019	Função: Recepcionista	N.Registro: Livro : 1 Folha: 151

PERÍODOS

Período aquisitivo 03/06/2021 a 02/06/2022	Período Gozo das Férias 01/05/2023 a 30/05/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.370,53	
012 Adicional de Insalubridade 20%	260,40	
597 1/3 Férias	543,64	
902 INSS Férias		176,18
Totais	**********2.174,57	**********176,18
	Líquido:	**********1.998,39

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 04/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$1.998,39
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____

_____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: LILIAN DE JESUS MORAIS		(000240) / Depto.: 0000
CTPS 00083884 / 00276	Admissão 03/06/2019	Função: Recepcionista

SOLICITAÇÃO DE ABONO

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado acima solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

Até 30 (Trinta) dias antes do início de gozo, a empresa acima comunica a concessão das férias.

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	03/06/2021 a 02/06/2022	01/05/2023 a 30/05/2023
Data 01/04/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/04/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
RINIA BRAMMERLOO DOS SANTOS

CPF
108.250.958-24

Conta Informada
0033-0135-000010379823

Conta Salário
0033-0135-000710637878

Conta Creditada
0033-0135-000010379823

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002737

Nro Compromisso Cliente
327

Data do Crédito
27/04/2023

Valor R$
3.837,94

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E00CBC20E06F891194

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)

2710400558

RECIBO DE FÉRIAS

Capitulo VI - Titulo II da C..L.T

Dec.- Lei n.5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec. - Lei n. 1535 de 13/04/1977

Funcionário: RINIA BRAMMERLOO		(000327) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00092492 Serie: 00160	Admissão: 21/04/2020	Função: ENFERMEIRO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 23

PERÍODOS

Período aquisitivo 21/04/2021 a 20/04/2022	Período Gozo das Férias 01/05/2023 a 24/05/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 06 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.673,60	
012 Adicional de Insalubridade 20%	208,32	
070 Adicional noturno 35%	457,70	
152 DSR Ad. Noturno 35%	111,73	
597 1/3 Férias	1.150,45	
902 INSS Férias		470,43
913 IRRF Férias		293,43
Totais	**********4.601,80	**********763,86
	Líquido:	**********3.837,94

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
04/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$3.837,94
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____

_____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: RINIA BRAMMERLOO		(000327) / Depto.: 0000
CTPS 00092492 / 00160	Admissão 21/04/2020	Função: ENFERMEIRO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado acima solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

Até 30 (Trinta) dias antes do início de gozo, a empresa acima comunica a concessão das férias.

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
24 Dias	06	21/04/2021 a 20/04/2022	01/05/2023 a 24/05/2023
Data 01/04/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/04/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
ROSEMEIRE SILVA DOS SANTOS

CPF
283.653.128-24

Conta Informada
0033-3112-000010775788

Conta Salário
0033-3112-000713168155

Conta Creditada
0033-3112-000010775788

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002738

Nro Compromisso Cliente
668

Data do Crédito
27/04/2023

Valor R$
2.692,76

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E02BD236A3F332FCC3

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)

RECIBO DE FÉRIAS

Capitulo VI - Titulo II da C..L.T

Dec.- Lei n.5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec. - Lei n. 1535 de 13/04/1977

Funcionário: ROSEMEIRE SILVA DOS SANTOS		(000668) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00057615 Serie: 00255	Admissão: 03/06/2021	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 120

PERÍODOS

Período aquisitivo 03/06/2021 a 02/06/2022	Período Gozo das Férias 02/05/2023 a 31/05/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	260,40	
597 1/3 Férias	755,69	
902 INSS Férias		266,05
913 IRRF Férias		63,95
Totais	**********3.022,76	**********330,00
	Líquido:	**********2.692,76

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 04/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos a importância de R$2.692,76
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____ _____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220)		
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: ROSEMEIRE SILVA DOS SANTOS (000668) / Depto.: 0000		
CTPS 00057615 / 00255	Admissão 03/06/2021	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado acima solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

Até 30 (Trinta) dias antes do início de gozo, a empresa acima comunica a concessão das férias.

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 03/06/2021 a 02/06/2022	Período a ser gozado 02/05/2023 a 31/05/2023
Data 02/04/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/04/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900002771
No. compromisso cliente

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

Convênio
0033-0123-004906738922
Data da Solicitação
27/04/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Agente Arrecadador:	CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Codigo de Barras:	85870000000-6 23250385231-8 39070123101-1 69804322804-5
Data de Pagamento:	27/04/2023
Numero do Documento:	07.01.23101.6980432-2
Valor Total:	R$ 23,25
Autenticacao:	3F10E374C68F36372FBC962
Convenio de Arrecadacao:	00336916000900000097
Tipo de Pagamento:	TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO
Data de Vencimento:	19/05/2023
Canal:	PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em: 27/04/2023

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

Hora da Transacao: 14:10:20

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PCC NF 3431 REF 04 2023

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

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

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

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

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

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

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

Período de Apuração	Data de Vencimento	Número do Documento	Pagar este documento até
30/04/2023	19/05/2023	07.01.23101.6980432-2	19/05/2023

Observações

PCC NF 3431 TECPRO REF 04 2023 CUBATÃO

Sicalc Contribuinte - 7071 - SP

Valor Total do Documento: **23,25**

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV 07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO PA 04/2023 Vencimento 19/05/2023	23,25			23,25
	Totais	**23,25**	**0,00**	**0,00**	**23,25**

SENDA (Versão:5.1.4) Página: 1 / 1 11/04/2023 15:51:30

85870000000 6 23250385231 8 39070123101 1 69804322804 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85870000000 6 23250385231 8 39070123101 1 69804322804 5

CNPJ:	14.512.229/0001-10
Número:	07.01.23101.6980432-2
Pagar até:	19/05/2023
Valor:	23,25

Pague com o PIX

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 3431

00565

Data e Hora da Emissão	11/04/2023 15:22:21	Competência	7/4/2023	Código de Verificação	TBRTCPTFW
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	3424	Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	TECPRO - TECNOLOGIA DE PREVENÇÃO A RISCOS OCUPACIONAIS LTDA.				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.073.579/0001-00	Inscrição Municipal	1324057	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA Doutor Pedro Lessa ,2721 - Aparecida CEP: 11025-003				
Complemento:	0032	Telefone:		e-mail:	TECPRO@UOL.COM.BR

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:		Telefone:		e-mail:	cristina-gemea@hotmail.com

Discriminação dos Serviços

inclusao de função ltcat

IMPOSTOS 14,33% r$ 71,65

VENC 27/04/2023
CONTRATO GESTÂO 003/2018 ADITIVO 002/2022

CENTRO DE CUSTO
109
CÓDIGO GERENCIAL
1038
COMPETÊNCIA
04/2023

Código do Serviço / Atividade

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

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	3,25	COFINS	15,00	IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	5,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	500,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	500,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	23,25	0-Nenhum	Base de Cálculo	500,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	15,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	461,75	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	15,00

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.

00566

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002770

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/04/2023

Valor
461,75

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
27/04/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
TECPRO TEC PREV E RISC OCUP LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
03.073.579/0001-00

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código de Barras
10490.07345.31000.100045.00000.342402.6.93330000046175

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
461,75	0,00	0,00	461,75

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 3431 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37BBA02BA3DA05C3E7

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)

cobrança CAIXA

00567

Beneficiário
TECPRO TEC PREV E RISC OCUP LTDA

CPF/CNPJ
03.073.579/0001-00

Endereço do Beneficiário
SAO JOSE,64,-EMBARE/SANTOS

UF
SP

CEP
11040-200

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA

CPF/CNPJ
14.512.229/0001-10

Endereço do Pagador
RUA AMADOR BUENO,333,-CENTRO/SANTOS

UF
SP

CEP
11013-153

Sacador/Beneficiário Final

CPF/CNPJ

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)

Data Documento	Dt. de Processamento	Num. Documento	Aceite	Carteira	Espécie
10/04/2023	10/04/2023	3424	SIM	RG	FAT

Ag./Cod. Beneficiário	Nosso Número	Valor do Documento	Vencimento
0366/0007343	14000000000003424-5	R$ 461,75	27/04/2023

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala:0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

Autenticação Meânica - Recibo do Pagador

CAIXA | 104-0 | 10490.07345 31000.100045 00000.342402 6 93330000046175

Local de Pagamento
PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE

Vencimento
27/04/2023

Beneficiário TECPRO TEC PREV E RISC OCUP LTDA 03.073.579/0001-00
SAO JOSE,64,-EMBARE/SANTOS SP 11040-200

Ag./Cod. Beneficiário
0366/0007343

Data do Documento	Num. Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
10/04/2023	3424	FAT	SIM	10/04/2023	14000000000003424-5
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Qtde. Moeda	Valor	(=) Valor do Documento
	RG	R$			R$ 461,75

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

(-) Desconto

(-) Outras Deduções/Abatimento

(+) Mora/Multa/Juros

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Endereço: RUA AMADOR BUENO,333,-CENTRO/SANTOS
Beneficiário Final:

CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
UF:SP CEP: 11013-153
CPF/CNPJ:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
3431

00568

Data e Hora da Emissão	11/04/2023 15:22:21	Competência	7/4/2023	Código de Verificação	TBRTCPTEW
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	3424	Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	TECPRO - TECNOLOGIA DE PREVENÇÃO A RISCOS OCUPACIONAIS LTDA.				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.073.579/0001-00	Inscrição Municipal	1324057	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA Doutor Pedro Lessa ,2721 - Aparecida CEP: 11025-003				
Complemento:	0032	Telefone:		e-mail:	TECPRO@UOL.COM.BR

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:		Telefone:		e-mail:	cristina-gemea@hotmail.com

Discriminação dos Serviços

inclusao de função ltcat

IMPOSTOS 14,33% r$ 71,65

VENC 27/04/2023
CONTRATO GESTÃO 003/2018 ADITIVO 002/2022 CUBATÃO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1038
COMPETÊNCIA
04/2023

Código do Serviço / Atividade

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

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	3,25	COFINS	15,00	IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	5,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	500,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	500,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	23,25	0-Nenhum	Base de Cálculo	500,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	15,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	461,75	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	15,00

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.

PAGAMENTO A FORNECEDORES 00569
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002773		27/04/2023	712,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
SERGIO BALULA ME

CNPJ/CPF
27.469.043/0001-77

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	3112
Conta	00000000000130035247

Número do Documento
900002773
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 1859 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E372C48B46169B7027C

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)

00570

Recebemos de SERGIO BALULA - ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 11/04/2023 Dest/Reme: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE Valor Total: 712,10

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.001.859
Série 001

SERGIO BALULA - ME

CHAVEIRO BALULA

Rua Manoel Jorge, 155 - Centro - CUBATAO - SP - CEP: 11510-030
Fone: (13)3361-2010

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.001.859
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0427 4690 4300 0177 5500 1000 0018 5914 0872 5497

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	**135230545707988 11/04/2023 15:53:15**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
283091455117		27.469.043/0001-77

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	11/04/2023
ENDEREÇO	BAIRRO DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
RUA AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	CENTRO		11013-151	11/04/2023
MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SANTOS	SP			15:53:08

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	712,10

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	712,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
1	CHAVE YALE	83011000	0102	5102	PC	1,00	9,00	0,00	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
221	ADAPTADOR P/ TOMADA	39169090	0102	5102	PC	4,00	5,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
138	CHUVEIRO LORENZETTI MAXI DUCHA ULTRA	84818019	0102	5102	PC	1,00	76,00	0,00	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
112	LAMPADA GOLDEN LED 12W	85392110	0102	5102	PC	4,00	12,50	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
396	REPARO P/CAIXA ACOPLADA NATURAL	39229000	0102	5102	UN	2,00	32,65	0,00	65,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
396	REPARO P/CAIXA ACOPLADA NATURAL	39229000	0102	5102	UN	1,00	31,50	0,00	31,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	CHAVE TETRA	83011000	0102	5102	PC	1,00	23,00	0,00	23,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
927	PINO MACHO	39169090	0102	5102	PC	1,00	6,50	0,00	6,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
359	ANEL P/ VEDACAO	84818019	0102	5102	PC	4,00	2,50	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1105	ENGATE BRANCO 60CM 1/2"	39174090	0102	5102	UN	2,00	11,60	0,00	23,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
704	ENGATE BRANCO 40CM 1/2"	39174090	0102	5102	UN	2,00	9,80	0,00	19,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
137	TORNEIRA P/ LAVATORIO	84818096	0102	5102	PC	2,00	17,60	0,00	35,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
849	CADEADO 30MM LAND	83011000	0102	5102	PC	2,00	23,50	0,00	47,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
499	SIFAO SANFONADO P/ PIA	84818096	0102	5102	PC	3,00	10,50	0,00	31,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
707	ASSENTO SOFT	39222000	0102	5102	UN	2,00	44,50	0,00	89,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
338	RESISTENCIA ULTRA 220V 5500W	85168010	0102	5102	UN	2,00	19,50	0,00	39,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
346	SILICONE VEDANTE INCOLOR 50G	39173240	0102	5102	UN	1,00	10,80	0,00	10,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	CHAVE YALE	83011000	0102	5102	PC	13,00	8,00	0,00	104,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
839	RALO ASTRA 15"	73249000	0102	5102	PC	1,00	21,50	0,00	21,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 11 / 04 / 23
ASS.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1325
COMPETÊNCIA
04/2023

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 11 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 045.1.1.2023 – 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 compras dos itens relacionados abaixos para uso na manutençao do Pronto socorro Central e Infantil.

14und Chave Yale;
04und Adaptador p/ tomada;
01und Chuveiro 5500w;
04und Lâmpada golden led 12w;
03und Reparo p/ caixa acoplada natural;
01und Chave tetra;
01und Pino macho;
04und Anel p/ vedação;
02und Engate banco 60cm ½;
02und Engate branco 40cm ½;
02und Torneira p/ lavatório;
02und Cadeado 30mm;
03und Sifão sanfonado p/ pia;
02und Assento soft;
02und Resistencia ultra 220v 5550w;
01und Silicone vedante incolor 50g;
01und Ralo Astra 15cm.

Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00572

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002772

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/04/2023

Valor
933,70

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
27/04/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

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

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
17.232.837/0001-69

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02869.214003.00011.971173.3.93340000093370

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
933,70	0,00	0,00	933,70

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 17004 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37BBFFD682A3D34737

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)

00573

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.971173 3 93340000093370

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

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

Sacador / Avalista

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
28692140000011971	17004	28/04/2023	933,70	

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

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

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

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento
29/03/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
29/03/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado 933,70

BB Cobrança 3.00.01

Este recibo somente terá validade... com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.
Recebimento através do cheque nº do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque acima pelo banco do pagador.

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.971173 3 93340000093370

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
28/04/2023

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

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

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
29/03/2023	17004	NF	N	29/03/2023	28692140000011971

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=)Valor do Documento
	17 / 27	R$			933,70

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado 933,70

BB Cobrança 3.00.01

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

Sacador / Avalista.

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

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRAÇA TAQUARITINGA, 160

PQ FERN JORGE

Cubatao SP

CEP: 11500-060

Fone: (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA 1

No: 000017004

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0317 2328 3700 0169 5500 1000 0170 0410 3923 4138

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

Protocolo de Autorização de Uso 135230474658846
29/03/2023 14:12:28

3511723283700016900011290044

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
283060995114

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO
29/03/2023

ENDEREÇO
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAIDA
29/03/2023

MUNICÍPIO
SANTOS

FONE / FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAIDA
14:12:04

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	28/04/2023	933,70									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB	VALOR DO ICMS SUB	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	326,45	933,70

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	933,70

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
9-SEM OCORRENCIA

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
7898109850939	DISPENSER PVC COM INOX AGUA - A14	39259090	0500	5102	PC	5	59,3000	296,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
1857484-1	COPO DESC. 180ML C/2500 BR - COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7891222045879	ASSENTO SOFT	39222000	0500	5405	UN	4	45,5000	182,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

ATESTO O RECEBIMENTO DOS BENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 29/03/23
ASS

Adriana Fernandes Luiz-Monteiro
Coordenação Enfermagem
COREN-SP nº 77.843
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 326,45 (34,96%)
Fonte : IBPT

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIA
1211

COMPETÊNCIA
03/2023

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 29 de Março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 039-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra do item relacionado abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil, incluindo as substituições dos assentos sanitário e dispenser PVC com inox para copo descartáveis 180ml.

- 05und Dispenser PVC com inox agua
- 04cx copo descartáveis 180ml c/ 2500cada
- 04und Assento sanitário

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00576

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900002774
No. compromisso cliente

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

Convênio
0033-0123-004906738922
Data da Solicitação
27/04/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Convenio de Arrecadacao:	00336496000900003219
Data de Pagamento:	27/04/2023
Valor:	R$ 5.734,40
Hora da Transacao:	14:10:20
Autenticacao:	3F10E37A5572658B710D7E4

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

Empresa:	PM SAO PAULO
Codigo de Barras:	81800000057-8 34405701230-0 42800997898-0 24010089926-0
Data de Vencimento:	28/04/2023
Data da Transacao:	27/04/2023
Canal:	PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço
20

Complemento do Tipo de Serviço
PARCELAMENTO PMSP PARCELA 9 DE 36

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)

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

IDENTIFICADOR DO DÉBITO AUTOMÁTICO: **200.000.000.000.000.507.956.993.0**

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	28/04/2023

00577

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO: 99789824-0-01	
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$: **********5.603,18	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA: ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR: 4.398.678-1		07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390	08-NR: 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC	11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$: ****1.419,05	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: **	14-PARCELA: 010/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR: R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 000				18-VALOR R$: **********5.734,40	
				19-	
				20-	
29-OUTRAS INFORMAÇÕES: VALORES GRAFADOS EM REAIS TERMO DE ACORDO:5.079.569 EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA				21-MULTA R$	
				22-	
				23-DESCONTO R$	
				24-	
30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$: **********2.089,09	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$: **********586,76	32-JUROS R$: **********1.508,13	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA	25-DATA DE VALIDADE: 28/04/2023	26-TOTAL A PAGAR R$: **********5.734,40

008 009978982401

81800000057-8 34405701230-0 42800997898-0 24010089926-0

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

Via Banco

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	28/04/2023

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO: 99789824-0-01	
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$: **********5.603,18	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA: ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR: 4.398.678-1		07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390	08-NR: 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC	11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$: ****1.419,05	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: **	14-PARCELA: 010/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR: R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 000				18-VALOR R$: **********5.734,40	
				19-	
				20-	
29-OUTRAS INFORMAÇÕES: VALORES GRAFADOS EM REAIS TERMO DE ACORDO:5.079.569 EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA				21-MULTA R$	
				22-	
				23-DESCONTO R$	
				24-	
30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$: **********2.089,09	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$: **********586,76	32-JUROS R$: **********1.508,13	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA	25-DATA DE VALIDADE: 28/04/2023	26-TOTAL A PAGAR R$: **********5.734,40

008 009978982401

81800000057-8 34405701230-0 42800997898-0 24010089926-0

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Simulação válida para 08/06/2022

Cidade de
São Paulo

Procuradoria
Geral do Município

Simulação Parcelamento

Valor da Dívida: R$ 128.434,05

Informações da Simulação

Nome do Contribuinte: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

ISS - 4398678/1

Exercício: 17 18 19 20

Data de Vencimento: Último dia útil do mês

Detalhes da Simulação

Valor do Débito: R$ 140.358,81

Quantidade de Parcelas: 36

Entrada: 2,78%

Encargos

GARE: R$ 1.403,45

Honorários: R$ 14.035,76

Despesas: R$ 4,22

Total Encargos: R$ 15.443,43

Parcelas	
Parcela	Valor R$
01	6.712,93
02	5.328,14
03	5.354,73
04	5.381,50
05	5.408,18
06	5.434,60
07	5.461,49
08	5.487,96
09	5.514,64
10	5.541,36
11	4.164,59
12	4.191,18
13	4.217,69
14	4.244,41
15	4.271,05
16	4.297,68

Simulação válida para 08/06/2022

Cidade de São Paulo

Procuradoria Geral do Município

Simulação Parcelamento

17	4.324,36
18	4.350,87
19	4.377,76
20	4.404,19
21	4.430,99
22	4.457,59
23	4.484,18
24	4.510,86
25	4.537,45
26	4.564,22
27	4.590,73
28	4.617,19
29	4.644,00
30	4.670,55
31	4.697,36
32	4.723,95
33	4.750,63
34	4.777,18
35	4.803,90
36	4.830,41

Débitos ajuizados - honorários parcelados em 010 vezes.

Sr. Cidadão

1. A partir da segunda parcela, o valor é corrigido pelo IPCA e acrescido de juros de 1% ao mês (para débitos do Simples Nacional, aplica-se a SELIC).

2. As prestações deverão ser geradas até o último dia útil do mês clicando na opção "emissão do boleto do mês" na página inicial do portal e poderão ser pagas até o vencimento em qualquer banco autorizado.

3. Para a sua comodidade, coloque as parcelas em débito automático utilizando o número identificador localizado na parte superior do boleto. Colocando em débito automático, você evita o trabalho de gerar a parcela todo mês.

4. A falta de recolhimento de qualquer parcela implicará o rompimento do acordo bem como o imediato prosseguimento do processo de cobrança ou o seu iníciom caso ainda não haja execução fiscal (Para débitos do Simples Nacional, o rompimento ocorre após a terceira parcela em aberto).

5. Em caso de reparcelamento, será exigida entrada de 10, 20 ou 30% do total da dívida, no primeiro, segundo ou terceiro reparcelamento, respectivamente, cobrado no primeiro boleto (Atenção: Para débitos do Simples Nacional, serão admitidos apenas 2 reparcelamentos).