Santander

Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

Detalhe do Crédito

Dados do convênio

Convênio:	**0033-0123-008303883109**	Empresa:	**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**
Conta de Débito:	**0123-130041276**		

Dados do funcionário

Nome do Funcionário:	**KARINA OLIVEIRA DA SILVA**	CPF do Funcionário:	**464.078.278-09**
Número do Cliente:	**230**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002739**
Número da Remessa:	**202305020433FG617590**	Data de Pagamento:	**02/05/2023**
Data do Agendamento:	**02/05/2023**	Data do Débito:	**02/05/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.952,00**
Data da Autorização:	**02/05/2023 14:32:56**	Último Usuário Autorizador:	**0009523957**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010688494**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710456845**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0123-000010688494**		

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

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 Bairro
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705	CENTRO

05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
Santos	SP	11013151	8660700	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
20782814640	KARINA OLIVEIRA DA SILVA

12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13 Bairro
RUA ROBERTO SHOJI, 1412	BOQUEIRAO

14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Praia Grande	SP	11701-030	00032439/00451 - SP	46407827809

19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
08/09/1997	DENISE CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
1.862,23	08/05/2019	24/04/2023	24/04/2023	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00 %	0,00 %	01

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.02590-7	58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 24 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	1.387,88	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	208,32	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras 001:10 horas a 100%	22,49	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	2,25
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 4/12 avos	665,08	64.1 13º Salário-Exerc. - /12	0,00	65 Férias Proporc	0,00
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 08/05/2022 a 07/05/2023	1.995,25	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	665,08
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**4.946,35**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	1.734,85	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00
106 Vale-Transporte	83,27	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	126,35
112.2 Prev Social - 13º Salário	49,88	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
				TOTAL DEDUÇÕES	**1.994,35**
				VALOR LÍQUIDO	**2.952,00**

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 20782814640	11 Nome KARINA OLIVEIRA DA SILVA		
17 CTPS (nº,série,UF) 00032439/00451 - SP	18 CPF 46407827809	19 Data de Nascimento 08/09/1997	20 Nome da Mãe DENISE CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA

CONTRATO

22 Causa do Afastamento

RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS
08/05/2019	24/04/2023	24/04/2023	SJ1	0,00 %

30 Categoria do Trabalhador

01

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. nº 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/_____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 2.952,00, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/_____ de _____ de _____.

_____

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

_____

151 Assinatura do Trabalhador

_____

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAI
1006

COMPETÊNCIA
05/2023

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002776		02/05/2023	113,43

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
02/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.26707.222936.82430.820009.5.93380000011343

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
113,43	0,00	0,00	113,43

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 3000262721 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C2BFC4A18CB9253D

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)

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59 105 999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emília 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **02/05/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número ***109 / 01267072-2***	No. Documento ***3000262721***	Valor do Documento **113,43**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

34191.09016 26707.222936 82430.820009 5 93380000011343

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **02/05/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/04/2023**	No. Documento **3000262721**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **04/04/2023**	Nosso Número **109 / 01267072-2**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **113,43**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO)

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

http://agua.brastemp.com.br/

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA - 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL 2800
11510-003 - CENTRO - CUBATAO - SP

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA CNPJ/CPF 14512229000110

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0948106281	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000113,43	AV NOVE DE ABRIL 2800 COPA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$0000000113,43

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$0000000113,43

CENTRO DE CUSTO
100
CONTA GERENCIAL
13099
COMPETENCIA
04/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Título

000243

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002775

No. compromisso cliente

Data do Crédito
02/05/2023

Valor
1.099,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
02/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.26707.142936.82430.820009.1.93380000109900

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.099,00	0,00	0,00	1.099,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 3000262334 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E3712F9D8199902A7FE

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)

Whirlpool S.A.

Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59 105 999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emília 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **02/05/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01267071-4**	No. Documento **3000262334**	Valor do Documento **1.099,00**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

34191.09016 26707.142936 82430.820009 1 93380000109900

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **02/05/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/04/2023**	No. Documento **3000262334**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **04/04/2023**	Nosso Número **109 / 01267071-4**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **1.099,00**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO)

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

http://agua.brastemp.com.br/

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA - 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL 2800
11510-003 - CENTRO - CUBATAO - SP

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF 14512229000110

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0945633901	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633902	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633904	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 132 BARROSO	CUBATAO	SP
0945633905	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV N SRA DE FATIMA SN EDUARDO	CUBATAO	SP
0948050946	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	R AMADOR BUENO 333 CJTO 1816	SANTOS	SP
0948053674	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 RECEPCAO	CUBATAO	SP
0948053675	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 MEDICACAO	CUBATAO	SP
0948053676	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 EMERGENCIA	CUBATAO	SP
0948074484	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 76 REPOUSO I	CUBATAO	SP
0948074788	Ecohouse Prestacao		01/04/23	30/04/23	029	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 SALA ALPHA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$000000001.099

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$000000001.099

CENTRO DE CUSTO
100
CONTA CONTABIL
1399
COMPETENCIA
04/2023

00146

Santander

Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

Detalhe do Crédito

Dados do convênio

Convênio:	**0033-0123-008303883109**	Empresa:	**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**
Conta de Débito:	**0123-130041276**		

Dados do funcionário

Nome do Funcionário:	**LUANA SOARDS DE OLIVEIRA ALVES**	CPF do Funcionário:	**537.971.688-10**
Número do Cliente:	**717**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002740**
Número da Remessa:	**202305030433FG994332**	Data de Pagamento:	**03/05/2023**
Data do Agendamento:	**03/05/2023**	Data do Débito:	**03/05/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 3.956,50**
Data da Autorização:	**03/05/2023 12:59:22**	Último Usuário Autorizador:	**0009523957**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-3112-000010907767**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-3112-000713171061**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-3112-000010907767**		

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 03.05.23

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social / Nome			
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04 Bairro	
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705			CENTRO	
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
Santos	SP	11013151	8660700	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
26902989743	LUANA SOARES DE OLIVEIRA ALVES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA MARLI ALVES PEREIRA, 277 BL A AP 43			Parque Fernando Jorg	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Cubatão	SP	11500-055	05379716/08810 - SP	53797168810
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
07/07/2003	FRANCISCA LEILANE NOGUEIRA DE OLIVEIRA ALVES			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
1.995,25	13/09/2021	24/04/2023	24/04/2023	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00 %	0,00 %	01

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.02590-7	58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 24 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	1.387,88	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	208,32	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras horas a %	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	0,00
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 4/12 avos	665,08	64.1 13º Salário-Exerc. - /12	0,00	65 Férias Proporc 7/12 avos	1.190,38
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 13/09/2021 a 12/09/2022	2.107,42	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.099,27
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**6.658,35**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	1.734,85	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00
106 Vale-Transporte	83,27	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	61,81
112.2 Prev Social - 13º Salário	49,88	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
115.1 DSR Falta	133,02	115.2 Faltas em Dias	133,02	115.3 Faltas e Atrasos	253,00
115.4 DSR Faltas	253,00				
				TOTAL DEDUÇÕES	**2.701,85**

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 26902989743	11 Nome LUANA SOARES DE OLIVEIRA ALVES		
17 CTPS (nº,série,UF) 05379716/08810 - SP	18 CPF 53797168810	19 Data Nascimento 07/07/2003	20 Nome da Mãe FRANCISCA LEILANE NOGUEIRA DE OLIVEIRA ALV

CONTRATO

22 Causa do Afastamento

RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS
13/09/2021	24/04/2023	24/04/2023	SJ1	0,00 %

30 Categoria do Trabalhado
01

31 Código Sindical 000.021.150.02590-7	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Labora 58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 3.956,50, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

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

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

_____/_____ de _____ de _____.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1006
COMPETÊNCIA
05/2023

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas:

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).

00149

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002777		03/05/2023	1.916,27

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
03/05/2023

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
03399.01985.14800.000078.25696.501011.5.93370000190750

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.907,50	0,00	8,77	1.916,27

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 134536 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C22E0A434203A925

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 03/04/2023 4:49 pm

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$ 4.39
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 134536Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	01/05/2023
Nosso Número	000000725696-5
Número do Documento	134536
Agência/Código Beneficiário	3650/0198148
(=) Valor do Documento	1.907,50

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

SANTANDER | **033-7** | **03399.01985 14800.000078 25696.501011 5 93370000190750**

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: 01/05/2023
Agência/Código Beneficiario: 3650/0198148

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
03/04/2023	134536	DM	N	03/04/2023	000000725696-5

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANÇA SIMPLES - RCR	REAL			1.907,50

(Texto de responsabilidade do Cedente)

Instruções:
Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 4.39
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 134536Este titulo estará 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
Beneficiario final **LORES COMERCIAL LTDA**

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

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

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

VALOR DA NOTA R$ 1.907,50

NF-e
Nº: 000.134.536
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 000.134.536
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0400 4804 0700 0163 5500 1000 1345 3611 3453 6167

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

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135230502059299 - 03/04/2023 16:45:54

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	03/04/2023

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 Veto	Valor
001	01/05/2023	1.907,50

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	1.907,50

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	1.907,50

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	27,25	1.907,50	0,00	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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 03/04/23
ASS

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
04/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor aproximado dos tributos: R$ 212,88(11,160%) - Fonte: IBPT ; Co ntrato de Gestao n 003 18 e Termo Aditivo n 02 2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao - SP Entrega: Av. 9 de a bril, 2800 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00;CONF. CLAUDIO 7 VOL E

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 03 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 042.1.2023 – 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 de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

70 unidades Resma Papel Sulfite A4.

Ana Maroni
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno nº 333 – Cj. 1816 – Centro – Santos/SP CEP 11013-153
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site:www.alphainstituto.com.br

Santander

Internet Banking 00153

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

Detalhe do Crédito

Dados do convênio

Convênio:	**0033-0123-008303883109**	Empresa:	**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**
Conta de Débito:	**0123-130041276**		

Dados do funcionário

Nome do Funcionário:	**TAIS CRISTINA SILVA DE ALMEIDA SANTOS**	CPF do Funcionário:	**398.235.138-30**
Número do Cliente:	**111**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002741**
Número da Remessa:	**202305040433FG160140**	Data de Pagamento:	**04/05/2023**
Data do Agendamento:	**04/05/2023**	Data do Débito:	**04/05/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.821,45**
Data da Autorização:	**04/05/2023 10:03:42**	Último Usuário Autorizador:	**0008062315**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010664090**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710456900**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0123-000010664090**		

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 04.05.23

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

00154

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social / Nome			
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04 Bairro	
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705			CENTRO	
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
Santos	SP	11013151	8660700	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
13403158291	TAIS CRISTINA SILVA DE ALMEIDA SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA DOIS, 319			PINHAL DE MIRANDA	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Cubatão	SP	11543-100	00003732/00346 - SP	39823513830
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
19/06/1991	MARIA CECILIA DA SILVA ALMEIDA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
2.267,07	07/08/2018	27/04/2023	27/04/2023	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00 %	0,00 %	01

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.02590-7	58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 27 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	1.806,00	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	234,36	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras horas a %	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	0,00
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 4/12 avos	755,69	64.1 13º Salário-Exerc. - /12	0,00	65 Férias Proporc 9/12 avos	1.700,30
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	566,77
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
95.1 Auxílio Creche Piso	123,30				
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**5.186,42**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	2.006,67	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00
106 Vale-Transporte	0,00	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	150,49
112.2 Prev Social - 13º Salário	56,67	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
115.1 DSR Falta	75,57	115.2 Faltas em Dias	75,57		
				TOTAL DEDUÇÕES	**2.364,97**
				VALOR LÍQUIDO	**2.821,45**

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO 00155

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 13403158291	11 Nome TAIS CRISTINA SILVA DE ALMEIDA SANTOS			
17 CTPS (nº,série,UF) 00003732/00346 - SP	18 CPF 39823513830	19 Data Nascimento 19/06/1991	20 Nome da Mãe MARIA CECILIA DA SILVA ALMEIDA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO				
24 Data de Admissão 07/08/2018	25 Data do Aviso Prévio 27/04/2023	26 Data de Afastamento 27/04/2023	27 Cód. Afast SJ1	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalhado 01				
31 Código Sindical 000.021.150.02590-7	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Labora 58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB			

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 2.821,45, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

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

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

_____/_____ de _____ de _____.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1006
COMPETÊNCIA
05/2023

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas:

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).

00156

Preenchimento » Confirmação » **Comprovante**

3- Transação finalizada. Pendente de autorização.

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Agência: **0123**	Conta corrente: **13-004127-6**
Transação: **Resgate**	Fundo: **DI ADVANCED**	Conta Fundo: **000000006**
Resgate: **Parcial**	Data do Resgate **05/05/2023**	Valor do Resgate **R$ 180.000,00**
Data da conversão em cotas: **05/05/2023**	Data do crédito em conta: **05/05/2023**	

Dados complementares

Para fundos com cota de fechamento o valor mencionado poderá sofrer alterações de acordo com a variação da cota do fundo.

Demonstrativo válido apenas para conferência.

Aonde deseja ir agora?

- Aplicar em Fundos
- Aplicação Programada
- Consultar saldo em Fundos
- Características dos Fundos
- Home
- Rentabilidade de Fundos

00157

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRAS

No. compromisso banco
900002782
No. compromisso cliente
5277413205

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

Convênio
0033-0123-004906738922
Data da Solicitação
05/05/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO RECOLHIMENTO - FGTS GRF

Codigo de Barras:	85810000000-5 72660179230-9 50767667081-3 45122290001-6
Empresa:	FGTS GRF CONVENIO 0179
CNPJ:	14.512.229/0001-10
Data de Validade:	07/05/2023
Competencia:	04/2023
Valor Recolhido:	R$ 72,66
Data de Pagamento:	05/05/2023
Data da Transacao:	05/05/2023
Canal:	PGFOR
Convenio de Arrecadacao:	00336915000950017913

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Hora da Transacao:	10:54:03
Autenticacao:	3F10E375AEFEC08B74D2518

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

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

Tipo de Serviço
Pagamento de Contas, Tributos e Impostos

Complemento do Tipo de Serviço

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)

00158

Cod. Dissídio Lançamento

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/05/2023 - 09:33:38

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				(0013)33227379
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
515	1	908,30	1	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
650	017980-9	14.512.229/0001-10	04/2023	07/05/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
72,66	0,00	72,66

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/05/2023

858100000005 726601792309 507676670813 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1021
COMPETÊNCIA
04/2023

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/05/2023 - 09:33:38

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				(0013)33227379
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
515	1	908,30	1	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
650	017980-9	14.512.229/0001-10	04/2023	07/05/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
72,66	0,00	72,66

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/05/2023

858100000005 726601792309 507676670813 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido 00159

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002778	5277380527	05/05/2023	387,07

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
JULIANA MARIZA FERREIRA DE AZE

CNPJ/CPF
409.176.588-25

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	0123
Conta	00000000000010781078

Número do Documento
900002778
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E377856D8F736E02973

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 PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº do Recibo	Nº do Talão
	00160

Nome ou Razão Social da empresa	Matrícula (CNPJ ou INSS)
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

Recebi da Empresa acima identificada pela prestação dos Serviços de

a importância de R$ Trezentos e Oitenta e Sete Reais e Sete Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10%	=

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

Aplicar 10% sobre o valor de mão-de-obra (11,71% do FRETE). O resultado corresponderá ao REEMBOLSO, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo SALDO.

Número de Inscrição

NO INSS: 16311736501

NO CPF: 40917658825

Documento de identidade

Número 480818757 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
Cubatão	30/04/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$		434,91
II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$		
Soma....R$		434,91

DESCONTO

III IRRF.....R$	0,00	
IV INSS.....R$	47,84	
V Outros.....R$	0,00	
VALOR LÍQUIDO R$		387,07

Assinatura

Nome Completo

JULIANA MARIZA FERREIRA DE AZEVEDO

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº do Recibo	Nº do Talão

Nome ou Razão Social da empresa	Matrícula (CNPJ ou INSS)
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

Recebi da Empresa acima identificada pela prestação dos Serviços de

a importância de R$ Trezentos e Oitenta e Sete Reais e Sete Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10%	=

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

Aplicar 10% sobre o valor de mão-de-obra (11,71% do FRETE). O resultado corresponderá ao REEMBOLSO, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo SALDO.

Número de Inscrição

NO INSS: 16311736501

NO CPF: 40917658825

Documento de identidade

Número 480818757 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
Cubatão	30/04/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$		434,91
II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$		
Soma....R$		434,91

DESCONTO

III IRRF.....R$	0,00	
IV INSS.....R$	47,84	
V Outros.....R$	0,00	
VALOR LÍQUIDO R$		387,07

Assinatura

Nome Completo

JULIANA MARIZA FERREIRA DE AZEVEDO

CENTRO DE CUSTO 100

CÓDIGO GERENCIAL 1018

COMPETÊNCIA 04/2023

Cubatão, 25 de ABRIL de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 055-2023 – Alpha - Cubatão

Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço RPA –Recepcionista .

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 pagamento Recepcionista – Juliana Mariza Ferreira de Azevedo ,das RPA compreendidas nos dias 23/04, 25/04, 27/04 e 29/04, em virtude de afastamento de colaborador .

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

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002784	5271762021	05/05/2023	455,20

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

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 DESCA

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
00190.00009.02869.214003.00012.027173.5.93410000045520

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E37350C9B5D4A2C0A63

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 do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.027173 5 93410000045520

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
28692140000012027	17095	05/05/2023	455,20	

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

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

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

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento
05/04/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
05/04/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 3.00.01

Autenticação Mecânica

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.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.027173 5 93410000045520

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
05/05/2023

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
05/04/2023	17095	NF	N	05/04/2023	28692140000012027

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

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado

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

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

00164

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRACA TAQUARITINGA, 160

PQ FERN JORGE

Cubatao SP

CEP: 11500-060

Fone: (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA | 1

No: 000017095

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0417 2328 3700 0169 5500 1000 0170 9511 2033 4137

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: 135230515985358 05/04/2023 14:53:15

3511723283700016900011050044

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: 05/04/2023

ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO: CENTRO

CEP: 11013-153

DATA DA SAIDA: 05/04/2023

MUNICÍPIO: SANTOS

FONE / FAX: (13) 339-4510

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

SUFRAMA:

HORA DA SAIDA: 14:52:51

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	05/05/2023	455,20									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB.	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	163,19	455,20

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSORIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**455,20**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:

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

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
04/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 05 / 04 / 23
ASS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- "Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n 02/2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP / Endereco para entrega: Av. 9 de abril, 2800 Centro Cubatao SP CEP 11510-00" Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 163,19 (35,85%) Fonte : IBPT.

RESERVADO AO FISCO

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

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 05 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 044-2023 – 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 diário no Pronto Socorro Central e Infantil.

04cx de copos descartáveis com /2500

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno nº 333 – Cj. 1816 – Centro – Santos/SP CEP 11013-153
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

00166

No. compromisso banco
900002783

No. compromisso cliente
5274031004

Data do Crédito
05/05/2023

Valor
524,96

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

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
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
04.192.876/0001-38

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
00190.00009.02815.634007.00074.747171.4.93410000052496

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
524,96	0,00	0,00	524,96

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E3786667DB5EC990533

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL 001-9

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38		Ag./Cod. Beneficiário 3359-6/25002-3	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Nosso Número 28156340000074747	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº ( ) Recusado ( ) Não Procurado ( ) Falecido ( ) Desconhecido ( ) End. Insuf. ( ) Outros
Vencimento 05/05/2023	N. do Documento 290558/1NFE	Espécie R$	Valor do Documento 524,96
Recebi(emos) o bloqueto de caracteristicas acima	Data	Assinatura	Data / Entregador

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00074.747171 4 93410000052496**

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 05/05/2023
Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 05/04/2023	No. do Documento 290558/1NFE	Espécie Doc. R$	Aceite N	Data do Processamento 05/04/2023	Nosso Número 28156340000074747
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R$	Quantidade x	Valor =	**Valor do Documento** 524,96
Instruções SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.53					(-) Desconto / Abatimento (-) Outras Deduções (Abatimento) (+) Mora / Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333
11013153 - SANTOS - SP

Cod. Interno: 00007580
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Pagador/ Avalista:

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00074.747171 4 93410000052496**

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 05/05/2023
Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 05/04/2023	No. do Documento 290558/1NFE	Espécie Doc. R$	Aceite N	Data do Processamento 05/04/2023	Nosso Número 28156340000074747
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R$	Quantidade x	Valor =	**Valor do Documento** 524,96
Instruções SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.53					(-) Desconto / Abatimento (-) Outras Deduções (Abatimento) (+) Mora / Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 05 / 04 / 23
ASS

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333
11013153 - SANTOS - SP

COD. INTERNO: 00007580
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Código de Barra

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Pagador / Avalista:

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenação Enfermagem
COREN-SP nº 77.813
Santa Casa de Misericórdia de Santos

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA
EMISSÃO: 05/04/2023 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA Total NF: 524,96	NF-e Nº: 290558 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Rua Sao Paulo, 13
Bairro: Vila Belmiro
11075-330 Santos - SP
Fone: (13)3228-2305

CRISMED

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 290.558
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3523.0404.1928.7600.0138.5500.1000.2905.5810.0845.7153

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

DADOS DA NF-e
135230516429447 - 05/04/2023 15:47:11

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
633.566.329.115		04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	05/04/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
R AMADOR BUENO, 333 CJ 1816	CENTRO	11013-153	05/04/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Santos	(013)3222-7379	SP		15:47:08

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP
Av. 9 de abril, 2800	CENTRO	11510-000

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
Cubatão	SP	

FATURA/DUPLICATAS
290558/1 - 05/05/23 - 524,96

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
524,96	94,49	0,00	0,00	524,96

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	524,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
MUGOLOG TRANSPORTES E LOG LTDA	0				35.231.583/0001-46

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO. 19	SANTOS	SP	633.887.570.111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				0,0000	0,2400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
1721 30039099	(-) ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML 5PCC SOL. INJ. AMP 5ML TRANSAMIN Marca: ZYDUS NIKKHO Princípio Ativo: ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML Modelo: CX C/05 AMP Lote: 0922.029 - 30/09/2024 Qtde: 4.00 / CEST: 13.001.01	000 5102	CX	4,0000	27,5000	0,0000	110,00	110,00	19,80	0,00	18,00	0,00
21683 30049099	(+) ENOXAPARINA SODICA 40 MG SOL INJ CT SER VD TRANS PREENCH X 0,4 ML + SIST SEG HEPTRIS Marca: MYLAN Princípio Ativo: ENOXAPARINA SODICA 40MG Modelo: CX C/10 SER PRE Lote: AB09121A - 30/06/2024 Qtde: 2.00	000 5102	CX	2,0000	207,4800	0,0000	414,96	414,96	74,69	0,00	18,00	0,00

ENVIO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1202
EMPRESA
04/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 163844 / / Local Entrega: Av. 9 de abril N 2800 - - CENTRO - CUBATAO - SP / Obs: Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n 02/2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao - SP / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R$: 70,61 Federal R$: 63,00 Estadual Fonte: IBPT /

Adriana Fernandes Luiz
Coordenação Enfermagem
COREN-SP nº 77.813
Instituto Medicina para Saúde

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 05/04/23
ASS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde
Divisão de Assistência Farmacêutica

Ofício 507/2023/SMS/DAFS/llp.

Cubatão, 23 de março de 2023

Ilustríssima Senhora
Ana Carolina Rizzo
Diretora Financeira
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Referência: Contrato de Gestão 003/2018 e seu aditamento nº 02/2022

CONSIDERANDO o Contrato de Gestão nº003/2018; **AUTORIZAMOS** a aquisição dos itens abaixo descritos para uso exclusivo do Pronto Socorro Central:

- 20 unidades Acido tranexamico 250mg/5ml inj. amp.
- 20 unidades Enoxaparina sódica 40mg sol. inj.
- 288 unidades Soro fisiológico 0,9% 250ml
- 288 unidades Cloreto de sódio 9mg/ml sol. Inj

Atenciosamente,

MÁRCIO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA
Secretário Municipal de Saúde
Adjunto

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

00170

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002779	5277106059	05/05/2023	1.586,23

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
MANOEL TEOFILO DA ANUNCIACAO P

CNPJ/CPF
252.882.958-24

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 2007
Conta 00000000000010026978

Número do Documento
900002779
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E3772FB8B66757D45FF

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

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº do Recibo	Nº do Talão 001171

Nome ou Razão Social da empresa	Matrícula (CNPJ ou INSS)
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

Recebi da Empresa acima identificada pela prestação dos Serviços de

a importância de R$ Um Mil, Quinhentos e Oitenta e Seis Reais e Vinte e Três Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10% =	

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

Aplicar 10% sobre o valor de mão-de-obra (11,71% do FRETE). O resultado corresponderá ao REEMBOLSO, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo SALDO.

Número de Inscrição

NO INSS: 12544527031

NO CPF: 25288295824

Documento de identidade

Número 274221251 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
São Vicente	30/04/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$		1.782,28
II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$		
Soma....R$		1.782,28
DESCONTO		
III IRRF.....R$	0,00	
IV INSS.....R$	196,05	
V Outros.....R$	0,00	
VALOR LÍQUIDO R$		1.586,23

Assinatura

Nome Completo

MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇAO PEREIRA

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº do Recibo	Nº do Talão

Nome ou Razão Social da empresa	Matrícula (CNPJ ou INSS)
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

Recebi da Empresa acima identificada pela prestação dos Serviços de

a importância de R$ Um Mil, Quinhentos e Oitenta e Seis Reais e Vinte e Três Centavos

CENTRO DE CUSTO 100

CÓDIGO GERENCIAL 1098

COMPETÊNCIA 04/2023

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10% =	

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

Aplicar 10% sobre o valor de mão-de-obra (11,71% do FRETE). O resultado corresponderá ao REEMBOLSO, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo SALDO.

Número de Inscrição

NO INSS: 12544527031

NO CPF: 25288295824

Documento de identidade

Número 274221251 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
São Vicente	30/04/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$		1.782,28
II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$		
Soma....R$		1.782,28
DESCONTO		
III IRRF.....R$	0,00	
IV INSS.....R$	196,05	
V Outros.....R$	0,00	
VALOR LÍQUIDO R$		1.586,23

Assinatura

Nome Completo

MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇAO PEREIRA

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 27 de abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 057-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço RPA –Manoel Teófilo da Anunciação Pereira - Operador de RadioTarms

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 pagamento das RPAs compreendidas nos dias 02, 04, 08, 10, 12, 14, 16, 18, 20,24, 26, 28 e 30/04 em virtude da necessidade afastamento de colaborador.

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

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos
00173

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002780

No. compromisso cliente
5274174721

Data do Crédito
05/05/2023

Valor
2.012,03

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

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
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
47.497.565/0001-90

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.02538.63100.000171.64366.001010.1.93410000201203

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
2.012,03	0,00	0,00	2.012,03

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E37A140F34437C5FD68

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)

Santander 033-7

Recibo do Pagador 00174

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 05/05/2023

Beneficiario: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90
AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento
26/04/2023	000000275	DM	N	26/04/2023

Nosso Número: 1764366-0

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL		

(=) Valor do Documento: 2.012,03

Instrucoes
JUROS/MORA AO DIA: 0,033%
MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO
APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
1764366-0
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

---------- Autenticacão Mecânica ----------

Santander 033-7

Ficha de Caixa

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 05/05/2023

Beneficiario: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90
AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento
26/04/2023	000000275	DM	N	26/04/2023

Nosso Número: 1764366-0

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL		

(=) Valor do Documento: 2.012,03

Instrucoes
JUROS/MORA AO DIA: 0,033%
MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO
APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
1764366-0
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

---------- Autenticacão Mecânica ----------

Santander 033-7 03399.02538 63100.000171 64366.001010 1 93410000201203

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no B Santander

Vencimento: 05/05/2023

Beneficiario: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90
AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Num do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento
26/04/2023	000000275	DM	N	26/04/2023

Nosso Número: 1764366-0

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL		

(=) Valor do Documento: 2.012,03

Instruções:
JUROS/MORA AO DIA: 0,033%
MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO
APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
1764366-0
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

---------- Autenticacão Mecânica ----------

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: 000000275 00175
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: 000000275
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 7518 4859 0800

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
LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE			135230630915230 26/04/2023 15:52:48
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ	
283004394110		47.497.565/0001-90	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14512229000110	25/04/2023
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		25/04/2023

FATURA/DUPLICATA

001 05/05/2023 2.012,03

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	2.012,03
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	2.012,03

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	LT	353,614	5,690	2012,03	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: 507,03 (25,20%), Federal: 140,64 (6,99%), Municipal: 0,0 0 (0,00%) Fonte: IBPT
,,,,,,,,
- REFERENTE CF-e SAT: 14075, 14364, 14365, 14504, 16677, 16752, 16772, 17044, 1 7402

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1314
COMPETÊNCIA
04/2023

26/04/2023 17:55

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA
47.497.565.0001-90
Sequência da Fatura: 61764366

00176

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

NÚMERO	EMISSÃO	VENCIMENTO	VALOR R$
000000275	**26/04/2023**	**05/05/2023**	**2.012,03**

DOIS MIL, DOZE REAIS E TRES CENTAVOS

Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendiment
CF	14075/1	01/04/2023	SDU-3F65	37,540	GASOLINA C COMUM	213,60	0	0	0,0
CF	14365/1	03/04/2023	QQO-5H19	38,941	GASOLINA C COMUM	221,57	56.458	56.128	8,4
CF	14364/1	03/04/2023	QUJ-9E50	49,041	GASOLINA C COMUM	279,04	61.356	60.910	9,0
CF	14504/1	03/04/2023	SDU-3F64	39,971	GASOLINA C COMUM	227,43	0	6.336	0,0
CF	16752/1	11/04/2023	RHX-6B63	22,730	GASOLINA C COMUM	129,33	0	0	0,0
CF	16772/1	11/04/2023	FBY-6197	39,700	GASOLINA C COMUM	225,89	49.637	493.363	(11.176,9
CF	16677/1	11/04/2023	QUJ-9E50	45,920	GASOLINA C COMUM	261,28	61.713	61.356	7,7
CF	17044/1	12/04/2023	SDU-3F65	39,250	GASOLINA C COMUM	223,33	0	0	0,0
CF	17402/1	13/04/2023	SDU-3F64	40,521	GASOLINA C COMUM	230,56	7.033	0	0,0

Total Item:	**2.012,03**
Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):	**0,00**
Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):	**0,00**
Total Fatura:	**2.012,03**

RESUMO

Item		Quantidade	R$ Unitário	R$ Total
1	GASOLINA C COMUM	353,614	5,690	2.012,03
Total		**353,614**		**2.012,03**

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

00177

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002788

No. compromisso cliente

Data do Crédito
05/05/2023

Valor
11.290,64

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES

CNPJ/CPF
097.761.558-80

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0104/00360305

Agência
00345

Conta Corrente
00000000001000492463

Valor
11.290,64

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37DDA9F61E458D36C5

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002789		05/05/2023	10.058,14

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
ANA CAROLINA RIZZO

CNPJ/CPF
369.732.718-63

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0341/60701190	09186	00000000000000313236	10.058,14

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C0A24C5B584A9767

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED 00179

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002790		05/05/2023	4.740,86

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
BARBARA BRAW DE JESUS MARQUES

CNPJ/CPF
368.797.158-93

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0237/60746948	06000	00000000000000030244	4.740,86

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37732465EEECFB3BC4

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de OP
00180

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002800		11/05/2023	4.740,86

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
HELIO DA COSTA MARQUES

CNPJ/CPF
215.595.898-68

Agência Creditada
Banco 0033
Agência 0216

Número do Documento
900002800

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E377FFFB52997DD7805

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED
00181

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002791		05/05/2023	10.058,14

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
JOSE EDUARDO BARBOZA ELIAS

CNPJ/CPF
275.513.728-22

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0341/60701190	09186	00000000000000012325	10.058,14

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37DF939EA3ECC1CE33

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED
00182

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002792		05/05/2023	7.520,64

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
MARIA DALVANIR NUNES

CNPJ/CPF
293.358.038-12

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0341/60701190	09186	00000000000000014370	7.520,64

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E3743975591EEEA5310

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

00183

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002793		05/05/2023	5.570,01

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
NEIDE MARIA CONCEICAO

CNPJ/CPF
080.480.638-16

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	3112
Conta	00000000000010805878

Número do Documento
900002793
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37809CFCF63ABA721D

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)

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

00184

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002794		05/05/2023	7.520,64

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
05/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
TIELLE MENEZES DARROS DA SILVA

CNPJ/CPF
333.556.568-10

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0341/60701190	02973	00000000000000255553	7.520,64

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PRO LABORE 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E376EB65872E91D0F94

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)

RELATÓRIO DE LÍQUIDO GERAL

Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220)
End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10
Ref.: 01/04/2023 a 30/04/2023 Dpto : CUBATÃO PS

Código	Nome	Líquido Geral
1235814	ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES	11.290,64
1383228	ANA CAROLINA RIZZO	10.058,14
1360009	BARBARA BRAW DE JESUS MARQUES	4.740,86
1702112	HELIO DA COSTA MARQUES	4.740,86 OP
1255741	JOSE EDUARDO BARBOSA ELIAS	10.058,14
1283597	MARIA DALVANIR NUNES	7.520,64
1225292	NEIDE MARIA CONCEICAO	5.570,01
1327268	TIELLE MENEZES DARROS DA SILVA	7.520,64

Resumo da Folha

Total Geral da Folha	81.485,00
(-) Total de Descontos	19.985,07
(=) Total Líquido	61.499,93
Total Funcionários	0

FOLHA DE PAGAMENTO ANALÍTICA

Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220) Página : 00001
End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10 00186
Ref.: 01/04/2023 a 30/04/2023 Dpto : CUBATÃO PS

OS VALORES DE FÉRIAS E RESCISÃO JÁ FORAM PAGOS.

Código	Nome	Ref.	Sal. Contratual	Adicionais	Descontos	Líquido	Recibo

1235814 ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES — Função : Sócio — Admissão : 03/12/2018 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	15.200,00		
013 INSS		825,82	
014 IRRF		3.083,54	
	15.200,00	3.909,36	**** 11.290,64

Resumo do Líquido

(+) Folha Analítica	11.290,64
(-) Adiantamento.....	0,00
(-) Férias	0,00
(-) Rescisão	0,00
(-) 13º Salário	0,00
(-) Resilição	0,00
(=) Total Líqüido	**********11.290,64

___/___/_____

Base INSS 7.507,49 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 15.200,00

1383228 ANA CAROLINA RIZZO — Função : Sócio — Admissão : 01/01/2018 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	13.500,00		
013 INSS		825,82	
014 IRRF		2.616,04	
	13.500,00	3.441,86	**** 10.058,14

Resumo do Líquido

(+) Folha Analítica	10.058,14
(-) Adiantamento.....	0,00
(-) Férias	0,00
(-) Rescisão	0,00
(-) 13º Salário	0,00
(-) Resilição	0,00
(=) Total Líqüido	**********10.058,14

___/___/_____

Base INSS 7.507,49 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 13.500,00

1360009 BARBARA BRAW DE JESUS MARQUES — Função : Sócio — Admissão : 01/01/2018 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	6.000,00		
013 INSS		660,00	
014 IRRF		599,14	
	6.000,00	1.259,14	***** 4.740,86

Resumo do Líquido

(+) Folha Analítica	4.740,86
(-) Adiantamento.....	0,00
(-) Férias	0,00
(-) Rescisão	0,00
(-) 13º Salário	0,00
(-) Resilição	0,00
(=) Total Líqüido	**********4.740,86

___/___/_____

Base INSS 6.000,00 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 6.000,00

1702112 HELIO DA COSTA MARQUES — Função : Sócio — Admissão : 01/05/2019 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	6.000,00		
013 INSS		660,00	
014 IRRF		599,14	
	6.000,00	1.259,14	***** 4.740,86

Resumo do Líquido

(+) Folha Analítica	4.740,86
(-) Adiantamento.....	0,00
(-) Férias	0,00

FOLHA DE PAGAMENTO ANALÍTICA

Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220) Página : 00002
End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10
Ref.: 01/04/2023 a 30/04/2023 Dpto : CUBATÃO PS
OS VALORES DE FÉRIAS E RESCISÃO JÁ FORAM PAGOS.

Código	Nome	Ref.	Sal. Contratual	Adicionais	Descontos	Líquido	Recibo

1702112 HELIO DA COSTA MARQUES — Função : Sócio — Admissão : 01/05/2019 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

(-) Rescisão .....: 0,00
(-) 13º Salário .....: 0,00
(-) Resilição .....: 0,00
(=) Total Líqüido .....: **********4.740,86

___/___/_____

Base INSS 6.000,00 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 6.000,00

1255741 JOSE EDUARDO BARBOSA ELIAS — Função : Sócio — Admissão : 01/01/2018 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	13.500,00		
013 INSS		825,82	
014 IRRF		2.616,04	
	13.500,00	3.441,86	***' 10.058,14

Resumo do Líquido
(+) Folha Analítica .....: 10.058,14
(-) Adiantamento.....: 0,00
(-) Férias .....: 0,00
(-) Rescisão .....: 0,00
(-) 13º Salário .....: 0,00
(-) Resilição .....: 0,00
(=) Total Líqüido .....: **********'10.058,14

___/___/_____

Base INSS 7.507,49 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 13.500,00

1283597 MARIA DALVANIR NUNES — Função : Sócio — Admissão : 01/01/2018 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	10.000,00		
013 INSS		825,82	
014 IRRF		1.653,54	
	10.000,00	2.479,36	***** 7.520,64

Resumo do Líquido
(+) Folha Analítica .....: 7.520,64
(-) Adiantamento.....: 0,00
(-) Férias .....: 0,00
(-) Rescisão .....: 0,00
(-) 13º Salário .....: 0,00
(-) Resilição .....: 0,00
(=) Total Líqüido .....: **********7.520,64

___/___/_____

Base INSS 7.507,49 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 10.000,00

1225292 NEIDE MARIA CONCEICAO — Função : Sócio — Admissão : 04/12/2018 — Livro: — Folha. : — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	7.285,00		
013 INSS		801,35	
014 IRRF		913,64	
	7.285,00	1.714,99	***** 5.570,01

Resumo do Líquido
(+) Folha Analítica .....: 5.570,01
(-) Adiantamento.....: 0,00
(-) Férias .....: 0,00
(-) Rescisão .....: 0,00
(-) 13º Salário .....: 0,00
(-) Resilição .....: 0,00
(=) Total Líqüido .....: **********5.570,01

___/___/_____

FOLHA DE PAGAMENTO ANALÍTICA

Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220) Página : 00003
End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10
Ref.: 01/04/2023 a 30/04/2023 Dpto : CUBATÃO PS

OS VALORES DE FÉRIAS E RESCISÃO JÁ FORAM PAGOS.

Código	Nome	Ref.	Sal. Contratual	Adicionais	Descontos	Líquido	Recibo

1225292 NEIDE MARIA CONCEICAO — Função : Sócio — Livro: — Folha. :
Admissão : 04/12/2018 — Dep IR : — Dep SF :

Base INSS 7.285,00 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 7.285,00

1327268 TIELLE MENEZES DARROS DA SILVA — Função : Sócio — Livro: — Folha. :
Admissão : 06/05/2020 — Dep IR : — Dep SF :

003 PRO LABORE	10.000,00		
013 INSS		825,82	
014 IRRF		1.653,54	
	10.000,00	2.479,36	***** 7.520,64

Resumo do Líquido

(+) Folha Analítica ..... :	7.520,64
(-) Adiantamento..... :	0,00
(-) Férias ..... :	0,00
(-) Rescisão ..... :	0,00
(-) 13º Salário ..... :	0,00
(-) Resilição ..... :	0,00
(=) Total Líqüido ..... :	**********7.520,64

____/____/_____ _____

Base INSS 7.507,49 Base FGTS 0,00 FGTS 0,00 Base IRRF 10.000,00

Resumo da Folha

Total Geral da Folha	81.485,00
(-) Total de Descontos	19.985,07
(=) Total Líquido	61.499,93

Informações adicionais

Total Funcionários	0
Total INSS	6.250,45
Total FGTS	0,00
Total IRRF	13.734,62

Resumo das Bases	Base do INSS	Base do IRRF	Base do FGTS
Folha.....	56.822,45	81.485,00	0,00
Férias.....	0,00	0,00	0,00
Rescisão.....	0,00	0,00	0,00
Décimo Terceiro.....	0,00	0,00	0,00
Resilição.....	0,00	0,00	0,00
Totais das Bases.....	56.822,45	81.485,00	0,00

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRAS

No. compromisso banco
900002781
No. compromisso cliente
5277412518

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

Convênio
0033-0123-004906738922
Data da Solicitação
05/05/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO RECOLHIMENTO - FGTS GRF

Codigo de Barras:	85820000211-5 07700179230-8 50767605081-5 45122290001-6
Empresa:	FGTS GRF CONVENIO 0179
CNPJ:	14.512.229/0001-10
Data de Validade:	07/05/2023
Competencia:	04/2023
Valor Recolhido:	R$ 21.107,70
Data de Pagamento:	05/05/2023
Data da Transacao:	05/05/2023
Hora da Transacao:	10:54:03
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E3716F4C11AD8A83806
Convenio de Arrecadacao:	00336915000950017913

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

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
Pagamento de Contas, Tributos e Impostos

Complemento do Tipo de Serviço

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)

Cebsdão 00190

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/05/2023 - 09:15:19

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				(0013)33227379
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
515	1	263.846,33	102	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	14.512.229/0001-10	04/2023	07/05/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
21.107,70	0,00	21.107,70

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/05/2023

858200002115 077001792308 507676050815 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1021
COMPETÊNCIA
04/2023

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/05/2023 - 09:15:19

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				(0013)33227379
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
515	1	263.846,33	102	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	14.512.229/0001-10	04/2023	07/05/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
21.107,70	0,00	21.107,70

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/05/2023

858200002115 077001792308 507676050815 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Santander

Internet Banking 00191

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

Detalhe do Crédito

Dados do convênio

Convênio:	**0033-0123-008303883109**	Empresa:	**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**
Conta de Débito:	**0123-130041276**		

Dados do funcionário

Nome do Funcionário:	**DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS**	CPF do Funcionário:	**329.422.478-86**
Número do Cliente:	**299**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002839**
Número da Remessa:	**202305080433FG259987**	Data de Pagamento:	**08/05/2023**
Data do Agendamento:	**08/05/2023**	Data do Débito:	**08/05/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 772,52**
Data da Autorização:	**08/05/2023 14:21:15**	Último Usuário Autorizador:	**0008457067**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-3112-000010902391**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-3112-000713167776**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0260-0000-00000000000900766355**		

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)