Financub - Alpha

De:	rh@alphainstituto.com.br
Enviado em:	sexta-feira, 5 de maio de 2023 12:25
Para:	Financub
Cc:	Rhcub; rh_1 @alphainstituto.com.br
Assunto:	Fwd: Re: Diferença Salarial - Daiana Cordeiro dos Santos - Cubatão PS
Anexos:	CI-DAIANA.pdf; Holerite-DAIANA-04-2023.pdf

Boa tarde !!!!

Gentileza efetuar o pagamento (crédito em conta),para regularização do valor pendente, não pago à Colaboradora DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS, conforme justificado na CI anexa....

- Projeto: Cubatão

Valor: R$ 772,52

. Diego (RH) em cópia: Deixar anotado na Planilha da Folha de Maio, para dar entrada e saída deste valor...

At.te,

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1001
COMPETÊNCIA
04/2023

ALPHA INSTITUTO

Neide Conceição
Diretora RH
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Tel.: (13) 3394-5105

-------- Mensagem original --------

Assunto: Re: Diferença Salarial - Daiana Cordeiro dos Santos - Cubatão PS
Data:05/05/2023 12:07
De: Patricia Ferreira <dp2@alphainstituto.com.br>
Para: Recursos Humanos <rh_1@alphainstituto.com.br>
Cópia: Dp <dp@alphainstituto.com.br>, "rh@ alphainstituto.com.br" <rh@alphainstituto.com.br>

Bom dia,

O valor da diferença é de **R$ 772,52**

VERUSKA RAQUELA FRANCO PROVAZI - R$ 2.143,05

DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS - R$ 1.370,53

Atenciosamente,

ALPHA INSTITUTO
NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

Patricia Ferreira da Silva
Assistente Departamento Pessoal II
Tel.:(13) 3394-5105
CNPJ 14.512.229/0001-10

www.alphainstituto.com.br

Em 2023-05-05 11:55, Recursos Humanos escreveu:

> Olá,
>
> bom dia!!
>
> Venho por meio deste solicitar o cálculo referente a diferença salarial do mês de Abril de 2023 da colaboradora Daiana Cordeiro, tendo em vista que ela está cobrindo a Licença Maternidade da colaboradora VERUSKA RAQUELA FRANCO PROVAZI.
>
> Qualquer dúvida estou à disposição!!
>
> Atenciosamente...
>
> --
>
> Instituto Alpha de Medicina para Saúde
>
> ALPHA INSTITUTO
>
> **Diego Oliveira Lima**
> Assistente RH
> Tel.: (13) 3394-5105
> CNPJ: 14.512.229/0001-10
>
> NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

00194

00220 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CUBATÃO PS
01/04/2023 a 30/04/2023 Admissão: 04/03/2020 CBO:422105 14.512.229/0001-10

000299 DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS Recepcionista

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base		1.370,53	
012	Adicional de Insalubridade 20%		260,40	
599	Salário Família	1,00	59,82	
903	INSS Folha	7,80 %		127,25
			1.690,75	127,25
			Valor Líquido	1.563,50

Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.370,53	1.630,93	1.630,93	130,47	934,91	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

____/____/_____ DATA

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

00220 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CUBATÃO PS
01/04/2023 a 30/04/2023 Admissão: 04/03/2020 CBO:422105 14.512.229/0001-10

000299 DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS Recepcionista

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base		1.370,53	
012	Adicional de Insalubridade 20%		260,40	
599	Salário Família	1,00	59,82	
903	INSS Folha	7,80 %		127,25
			1.690,75	127,25
			Valor Líquido	1.563,50

Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.370,53	1.630,93	1.630,93	130,47	934,91	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

____/____/_____ DATA

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

ALPHA
INSTITUTO

Santos, 05 de Maio de 2023.

CI-RH-CUBATÃO-007-2023

A/C FINANCEIRO

Solicitamos pagamento como crédito em conta corrente em favor da Colaboradora DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS, devido o não pagamento na folha de 04/2023, referente a cobertura que está executando como Supervisora até o retorno da Licença Maternidade da Colaboradora VERUSKA RAQUELA FRANCO PROVAZI .

- Valor: R$ 772,52

Projeto: Cubatão

ATENCIOSAMENTE,

Nelde M. Conceição
Diretor(a) RH
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde
RG: [illegible]
CPF: 080.480.538-16

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002797		08/05/2023	37,95

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
08/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AIR LIQUIDE BRASIL L

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
00.331.788/0001-19

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
745 - BCO CITIBANK S A

Código de Barras
74593.18015.07562.028006.00030.310569.1.93450000003795

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NL 0020797 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E3748098E87149D58DD

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Air Liquide Air Liquide Brasil LTDA.

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

Página 1 de 1

Nota de Locação Nº 0020797

Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	CNPJ	Data Emissão
283.052.575.119	100002115	00.331.788/0056-92	11/04/2023

Locatário

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

Endereço

AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800

CEP: 11510-001 - CENTRO - Cubatão - SP

Dados dos Produtos

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

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
A-204
COMPETENCIA
04/2023

Dados Adicionais

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

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

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

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

Agência/Código Cedente	Nosso Número	Vencimento	(=) Valor do Documento
001/0107562028	**000003031056**	**09/05/2023**	**37,95**

citi **745-5** **74593.18015 07562.028006 00030.310569 1 93450000003795**

Local de Pagamento	Vencimento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO	**09/05/2023**
Cedente/Beneficiario AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. CNPJ 00.331.788/0001-19 Avenida Morumbi, 8234 04703-901 SANTO AMARO SAO PAULO SP	Agência/Código Cedente **001/0107562028**

Data do documento	No. Do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
11/04/2023	0020797	DMI	N	12/04/2023	**000003031056**

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

Instruções(Todas informações desde bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)	
	(-) Descontos
	(-) Outras Deduções /Abatimento
JRS: Vl p/Dia Atraso - R$ 0,04 APOS 09.05.23	(+) Mora/Multa
	(+) Outros Acréscimos
	(=) Valor Cobrado

Sacador/Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800 11510-001 CENTRO Cubatão SP
Nota Fiscal: 0020797

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

###

Cliente: 604521 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE Nº

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

00198

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002796		08/05/2023	340,31

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
08/05/2023

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
03399.01985.14800.000078.26345.701010.3.93450000034031

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
340,31	0,00	0,00	340,31

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 134779 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A392FC3FF4AC5DDA

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 11/04/2023 9:17 am

LORES
SUPRIMÍCIOS PARA ESCRITÓRIO

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

Disponível para agendamento após 2 dias úteis

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$ 0.78
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 134779Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	09/05/2023
Nosso Número	000000726345-7
Número do Documento	134779
Agência/Código Beneficiário	3650/0198148
(=) Valor do Documento	340,31

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 26345.701010 3 93450000034031**

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: 09/05/2023
Agência/Código Beneficiário: 3650/0198148

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
11/04/2023	134779	DM	N	11/04/2023	000000726345-7

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANÇA SIMPLES - RCR	REAL		x	340,31

Instruções: (Texto de responsabilidade do Cedente)

Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 0.78
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 134779Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

6.410

(-) 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$ 340,31	NF-e Nº: 000.134.779 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 000.134.779
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0400 4804 0700 0163 5500 1000 1347 7911 3477 9092

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida e ou recebida de 3os.	135230542440504 - 11/04/2023 09:18:11

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	11/04/2023

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 Vcto	Valor
001	09/05/2023	340,31

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
229,05	41,23	0,00	0,00	340,31

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	340,31

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
1500	ARQUIVO MORTO POLIONDA FACIL AZUL POLIBRAS	39231090	0 00	5102	UN	10,0000	5,81	58,10	58,10	10,46	0,00	18,00	0,00	0,00
2556	PILHA BATERIA 3V CR2032 LITHIUM MAXPRINT	85068090	0 00	5102	UN	15,0000	2,00	30,00	30,00	5,40	0,00	18,00	0,00	0,00
187	CANETA ESFEROGRAFICA BIC CRISTAL AZUL BIC	96081000	0 60	5405	UN	50,0000	0,93	46,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7516	CLIPS 2 0 CX 720 PCS LINHA LEVE TOP	83059000	0 00	5102	UN	1,0000	12,45	12,45	12,45	2,24	0,00	18,00	0,00	0,00
1042	LIVRO ATAS 200FLS 202 X 300 MM TILIBRA	48202000	0 60	5405	UN	2,0000	24,92	49,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8967	PILHA PALITO (AAA) ALCALINA PHILIPS PT06+4 REF LR03P10BP 59 PHILIPS	85061020	2 00	5102	UN	3,0000	25,70	77,10	77,10	13,88	0,00	18,00	0,00	0,00
11127	BLOCO ADESIVO 38X50 AMARELO PLANETA REF 1001.3.06 PT04 PLANETA	48201000	2 60	5405	UN	2,0000	5,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3012	REGUA 30 CM WALEU GROSSA REF 10270017 WALEU MAXCRIL	90172000	0 60	5405	UN	2,0000	2,46	4,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5891	ENVELOPE PLASTICO 4 FUROS MEDIO 0.10 PT100 ACP	39232110	0 00	5102	UN	2,0000	25,70	51,40	51,40	9,25	0,00	18,00	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 11/04/23
ASS.

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1211
COMPETÊNCIA 04/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor aproximado dos tributos: R$ 65,73(19,315%) - Fonte: IBPT ; Entrega: PS Cubatao - Contrato 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 abril, 2800 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00 ;SEP. REBECA- CONF. CLAUDIO 2 VOL E 11:57	

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 10 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 047-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

10 unidades Arquivo Morto polionda – azul;
15 unidades Pilha Bateria Lithium 3V CR2032;
50 unidades Caneca esferográfica bic – azul;
01 pct Clips 2/0 linha leve;
02 unidades Livro ATA 200fls;
03 cartelas Pilha alcalina palito AAA c/10;
02 unidades Bloco adesivo Post it c/04;
02 unidades Régua 30cm waleu;
02 pcts Envelope plástico 4 furos médio

Ana Marqui
Analista Administrativo
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

00202

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002798		08/05/2023	63.851,90

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI EPP

CNPJ/CPF
20.025.921/0001-16

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0569
Conta 00000000000130014317

Número do Documento
900002798
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 188 FORN DE REFEICAO REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E3722A685BD7AF32E6A

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.000.188 Série 1

CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI

PRACA PATRIARCA JOSE
BONIFACIO N. 60
CENTRO - 11013-190
SANTOS / SP
FONE:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica

0- ENTRADA
1- SAÍDA
1

Nº 000.000.188
Série 1
Folha 1 de 1

Chave de Acesso
3523 0420 0259 2100 0116 5500 1000 0001 8818 4768 8878

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135230629398093 26/04/2023 12:43:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
633486566110		20.025.921/0001-16

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	26/04/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DE SAÍDA / ENTRADA
RUA AMADOR BUENO, 333 CJTO 1816	CENTRO	11013-153		
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SANTOS	(13)3322-7379	SP		12:43:25

FATURA

PAGAMENTO à VISTA

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	63.851,90

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	63.851,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9=Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUÍDO
0				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	V.UNIT.	V. DESC.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
10025	DESJEJUM	21069029	0102	5102	UN	983	5,80	0,00	5.701,40	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10026	COLACAO	21069029	0102	5102	UN	983	5,60	0,00	5.504,80	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10027	ALMOCO	21069029	0102	5102	UN	1015	17,50	0,00	17.762,50	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10028	LANCHE	21069029	0102	5102	UN	876	5,80	0,00	5.080,80	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10029	JANTAR	21069029	0102	5102	UN	1024	17,50	0,00	17.920,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10030	CEIA	21069029	0102	5102	UN	979	5,60	0,00	5.482,40	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10031	FORMULA	19011010	0102	5102	UN	176	5,00	0,00	880,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10032	AGUA	22011000	0102	5102	LT	1200	2,20	0,00	2.640,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10033	DIETA ENTERAL	21069030	0102	5102	UN	96	30,00	0,00	2.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %

CÁLCULO DO ISQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox R$: 8507,74 Fed, 11202,94 Est e 0,00 Mun R$ 19710,68(30,87%) de tributos Fonte: IBPT [M2L5P8]	

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1134
COMPETÊNCIA
03/2023

CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI - PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE REFEIÇÃO SERVIDA - P.S. CENTRAL - CUBATÃO

UNIDADE HOSPITALAR: _____

mar/23

DATA 01/03/23 Á 31/03/23			
	QTD.	VLR. UN.	VLT. TOTAL
Desjejum	983	R$ 5,80	R$ 5.701,40
Colação	983	R$ 5,60	R$ 5.504,80
Almoço	1015	R$ 17,50	R$ 17.762,50
Lanche	876	R$ 5,80	R$ 5.080,80
Jantar	1024	R$ 17,50	R$ 17.920,00
Ceia	979	R$ 5,60	R$ 5.482,40
Formulas	176	R$ 5,00	R$ 880,00
Agua	1200	R$ 2,20	R$ 2.640,00
Dieta Enteral	96	R$ 30,00	R$ 2.880,00
Total	**7332**		**R$ 63.851,90**

00205

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002795		08/05/2023	1.907,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
08/05/2023

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
03399.01985.14800.000078.26307.401013.1.93440000190750

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.907,50	0,00	0,00	1.907,50

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 134765 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E379B36234BE8B55011

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 10/04/2023 4:50 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 134765Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	08/05/2023
Nosso Número	000000726307-4
Número do Documento	134765
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 14900.000078 26307.401013 1 93440000190750**

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 08/05/2023
Agência/Código Beneficiário 3650/0198148

Data do Documento	Numero do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
10/04/2023	134765	DM	N	10/04/2023	000000726307-4

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 134765Este 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: 000.134.765 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 000.134.765
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0400 4804 0700 0163 5500 1000 1347 6511 3476 5169

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
135230538869123 - 10/04/2023 16:50:53

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	10/04/2023
ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO 333 1816	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		CEP: 11013-151	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO: Santos	FONE/FAX: (13) 3394-5103	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	08/05/2023	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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 10/04/23
ASS

Adriana Fernandes Luiz Monteiro
Coordenação Enfermagem
COREN-SP nº 77 813
Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1211
COMPETÊNCIA 04/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor aproximado dos tributos: R$ 212,88(11,160%) - Fonte: IBPT ; Contrato 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 abril, 2800 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00;CONF. CLAUDIO 7 VOLE ; LOCAL DE ENTREGA: RUA AMADOR BUENO, 333 - 1816 - CENTRO - SANTOS	

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 10 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 046-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

70 unidades Resma Papel Sulfite A4.

Ana Manoela
Assistente 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

NOTA EXPLICATIVA

TRANSFERÊNCIA A CRÉDITO EM 09/05/2023 NO VALOR DE R$ 492,00 PARA REGULARIZAÇÃO DE VALOR REFERENTE CONTA PAGA INDEVIDAMENTE DE OUTRO PROJETO.

De: Banco Santander / Agência 0123 / Conta 13004573-6 (OSASCO)

Para: Banco Santander / Agência 0123 / Conta 13004127-6 (CUBATÃO)

PAGAMENTO INDEVIDO EFETUADO EM 09/05/2023 NO VALOR DE R$ 492,00 REFERENTE PAGAMENTO DE BOLETO 124120297 - SÃO PAULO TRANSPORTES (OSASCO).

DOCUMENTOS ANEXOS.

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

00210

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900000628		09/05/2023	492,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906989461

Conta Débito
0123 / 000130045737

Favorecido
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	0123
Conta	00000000000130041276

Número do Documento
900000628
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
DEVOLUCAO PAGTO VT INDEVIDO

Autenticação Bancária
2EE2E552D4F8460D14F96B5

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 Títulos

Emissão 2ª Via

00211

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002799		09/05/2023	492,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
09/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
SAO PAULO TRANSPORTE SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
60.498.417/0001-58

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
00190.00009.03194.098004.02728.531175.6.93530000049200

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
492,00	0,00	0,00	492,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 124120297 VT 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A400291FAE2385B3

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

Emissão 2ª Via

00212

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002801		09/05/2023	741,16

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
JOYCE DE LORENA RIBEIRO SALLES

CNPJ/CPF
412.567.988-60

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0174
Conta 00000000000010217939

Número do Documento
900002801
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PENSAO ALIMENTICIA 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E374B22838F83B255B9

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)

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE LDM ASSESSORIA CONTABIL

Emissão: 16:04 03/05/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/04/2023 a 30/04/2023 Página: 001

Evento : 920 Pensão Alimentícia 00213

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Even
000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	1.701,17	90:00		741,1
Tipo		Totais:	1.701,17	90:00		741,1

[X] Adiantamento [X] Folha [X] Folha complementar

[X] Férias [X] Rescisão [X] Rescisão Complementar

[X] 13º Adiantamento [X] 13º Salário [X] Resilição

Joyce de Barcna Ribeiro

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1014

COMPETÊNCIA
04/2023

00214

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:	**FABRICIA FERREIRA RODRIGUES DE SOUZA**	CPF do Funcionário:	**267.706.998-93**
Número do Cliente:	**341**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002840**
Número da Remessa:	**202305100433FG828352**	Data de Pagamento:	**10/05/2023**
Data do Agendamento:	**10/05/2023**	Data do Débito:	**10/05/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 3.942,96**
Data da Autorização:	**10/05/2023 11:01:48**	Último Usuário Autorizador:	**0008457067**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010779802**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710444363**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0341-0462-000000498353**		

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 19.05.23

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

00215

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			
12505690318	FABRICIA FERREIRA RODRIGUES DE SOUZA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA YOLANDA TRENTINE GIUFFRIDA, 30			CANTO FORTE	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Praia Grande	SP	11700-500	00084814/00160 - SP	26770699893
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
24/11/1978	RITA DE SOUZA FERREIRA			

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	18/04/2020	02/05/2023	02/05/2023	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 2 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	133,78	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	17,60	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	756,89	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 1/12 avos	189,22
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 18/04/2022 a 17/04/2023	2.270,67	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	819,96
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**	**4.188,12**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00	106 Vale-Transporte	0,00
107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	0,00	112.2 Prev Social - 13º Salário	56,76
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 Faltas e Atrasos	57,18
115.2 DSR Faltas	94,20	115.3 Ajuste	37,02		
				TOTAL DEDUÇÕES	**245,16**
				VALOR LÍQUIDO	**3.942,96**

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 12505690318	11 Nome FABRICIA FERREIRA RODRIGUES DE SOUZA			
17 CTPS (nº,série,UF) 00084814/00160 - SP	18 CPF 26770699893	19 Data Nascimento 24/11/1978	20 Nome da Mãe RITA DE SOUZA FERREIRA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO				
24 Data de Admissão 18/04/2020	25 Data do Aviso Prévio 02/05/2023	26 Data de Afastamento 02/05/2023	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$ 3.942,96, 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

CÓDIGO GERENCIAI

COMPETÊNCIA

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas:

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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

Santander

Internet Banking

00217

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:	**KAROLINE AGGIO BRANCO**	CPF do Funcionário:	**464.370.818-21**
Número do Cliente:	**969**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002841**
Número da Remessa:	**202305100433FG828352**	Data de Pagamento:	**10/05/2023**
Data do Agendamento:	***10/05/2023***	*Data do Débito:*	**10/05/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.123,12**
Data da Autorização:	**10/05/2023 11:01:48**	Último Usuário Autorizador:	**0008457067**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0570-000010245851**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0570-000710095048**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0570-000010245851**		

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 10.05.23

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

00218

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			
14845414062	KAROLINE AGGIO BRANCO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
RUA LAGARTO , 247			JARDIM PARAISO	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
São Vicente	SP	11370-580	00012834/00439 -	46437081821
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
11/08/1999	HELENICE AGGIO BRANCO			

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
3.122,08	13/07/2022	02/05/2023	02/05/2023	SJ1

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
. . . -	47.436.373/0001-73 - SEESP CUB (ENFERMEIROS)

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 2 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	222,80	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	17,60	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras 003:16 horas a 100%	121,30	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	1.204,82	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 10/12 avos	3.012,06
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.004,02
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**	**5.582,60**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	3.342,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00
106 Vale-Transporte	0,00	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	27,12
112.2 Prev Social - 13º Salário	90,36	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
				TOTAL DEDUÇÕES	**3.459,48**
				VALOR LÍQUIDO	**2.123,12**

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

00219

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 14845414062	11 Nome KAROLINE AGGIO BRANCO		
17 CTPS (nº,série,UF) 00012834/00439 -	18 CPF 46437081821	19 Data de Nascimento 11/08/1999	20 Nome da Mãe HELENICE AGGIO BRANCO

CONTRATO				
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO				
24 Data de Admissão 13/07/2022	25 Data do Aviso Prévio 02/05/2023	26 Data de Afastamento 02/05/2023	27 Cód. Afast. SJ1	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS 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$ 2.123,12, 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

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

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

00220

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002802		10/05/2023	455,20

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
10/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
KHEFREN DIST HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA

CNPJ/CPF
17.232.837/0001-69

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/00000000	01006	000000000000000731226	455,20

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 17028 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37B42D994C6B0C7652

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)

www.mauriho.com

RECEBEMOS DE KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT OS PRODUTO(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO

Valor: 455,20
Nº Fat: 17028

NF-e
N: 000017028
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

RECEBEDOR: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

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: 000017028
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0317 2328 3700 0169 5500 1000 0170 2814 5923 4132

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: 135230488768231
31/03/2023 15:12:14

35117232837000169000113100 44

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: 31/03/2023

ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
CEP: 11013-153
DATA DA SAIDA: 31/03/2023

MUNICIPIO: SANTOS
FONE/FAX: (13) 339-4510
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL
SUFRAMA
HORA DA SAIDA: 15:10:08

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	28/04/2023	455,20									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. 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
CODIGO ANTT
PLACA VEÍCULO
UF
CNPJ/CPF

ENDEREÇO
MUNICIPIO
UF
INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
65689	COPO DESC. 180ML C/2500 TR - COPOMAIS	39241000	0500	5102	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
03/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 31/03/23
ASSINATURA
Rafael de A. Mendonça

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 30 de Março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 041.3-2023 – 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.

04 cxs Copo descartável 180ml c/2500 unidades.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

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

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002803		10/05/2023	478,50

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
10/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
KHEFREN DIST HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA

CNPJ/CPF
17.232.837/0001-69

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/00000000	01006	00000000000000731226	478,50

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 17029 REF 03 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A175B405A20ED97D

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)

www.magnifica.com

RECEBEMOS DE KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA OS PRODUTOS(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | Valor: 478,50 | Nº Fat: 17029

NF-e
N: 000017029
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO | RECEBEDOR: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

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: 000017029
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0317 2328 3700 0169 5500 1000 0170 2915 5923 4131

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: 135230488811085
31/03/2023 15:17:25

35117232837000169000113100 44

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: 31/03/2023

ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 11013-153 | DATA DA SAIDA: 31/03/2023

MUNICIPIO: SANTOS | FONE/FAX: (13) 339-4510 | UF: SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL: | SUFRAMA: | HORA DA SAIDA: 15:17:01

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	28/04/2023	478,50									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. 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	163,26	478,50

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	**478,50**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO: | MUNICIPIO: | 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	0102	5102	PC	5	59,3000	296,50	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%

CENTRO DE CUSTO

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

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$ 163,26 (34,12%) Fonte : IBPT.
-

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 31/03/23
ASS.
Rafael de A. Menuini...

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 30 de Março de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 041.2-2023 – 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 troca no Pronto Socorro Central e Infantil.

05 unidades Dispenser PVC para água – inox;
04 unidades Assento soft.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde