Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

00604

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002902		26/05/2023	1.091,40

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/05/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
NEW LAB CIENTIFICA LTDA

CNPJ/CPF
54.511.514/0001-30

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0341/60701190	06267	00000000000000088042	1.091,40

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 9527 REF 04 2023

Autenticação Bancária
3F10E37940404BDFD6408A1

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 NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 28/04/2023 - DEST. / REM.: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - VALOR TOTAL: R$ 1.091,40

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000009527
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP

R MONS PAULA RODRIGUES, 205 - VILA BELMIRO -
CEP:11075-350 - SANTOS - SP
TEL: (13)3237-1684

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000009527 fl. 1 /2
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3523 0454 5115 1400 0130 5500 1000 0095 2711 7513 5452

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: 135230645995787 28/04/2023 17:37:48

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
633265124115		54.511.514/0001-30

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	28/04/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
Rua Amador Bueno, 333 CONJ 1816	Centro	11013-153	28/04/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SANTOS	(13)99705-5502	SP		17:37:47

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	26/05/2023	1.091,40									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.091,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.091,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
862	RIOHEX 2% CLOREXIDINA DEGERMANTE 1000ML	30049047	0500	5929	lt	1,0000	35,0000	0,00	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
874	RIODEINE TOPICO 1000ML (VERMELHO)	30039099	3500	5929	lt	2,0000	45,0000	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4429	MASCARA FACIAL NAO REINALAÇÃO ADULTO	90192010	2102	5929	un	20,0000	48,0000	0,00	960,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1317	SONDA NASO GASTRICA LONGA N.14	90183929	0102	5929	un	2,0000	1,5000	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2707	SONDA NASO GASTRICA LONGA N.16	90183929	0102	5929	un	2,0000	1,7000	0,00	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 28/04/23
ASS

Rafael de Almeida
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
04/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ECF Ref.:(modelo: 2B ECF: 2 COO: 57088)
"Contrato de Gestão nº 003/18 e Termo Aditivo nº 02/2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatão – SP"
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.

RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP

R MONS PAULA RODRIGUES, 205 - VILA BELMIRO -
CEP:11075-350 - SANTOS - SP
TEL: (13)3237-1684

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000009527 fl. 2 /2
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3523 0454 5115 1400 0130 5500 1000 0095 2711 7513 5452

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
135230645995787 28/04/2023 17:37:48

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
633265124115		54.511.514/0001-30

CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 28 de Abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 057.5.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto
A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra dos itens abaixo para uso no Pronto Socorro Central.

01 un Riohex 2% Clorexidina dergemante 1L;

02 un Riodeine topico 1L vermelho;

20 un Mascara Facial não reinalação adulto;

02 un Sonda Naso Gastrica longa n14;

02 un Sonda Naso Gastrica longa n16;

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

compras@alphainstituto.com.br

De:	Ane Marotti <admcub@alphainstituto.com.br>
Enviado em:	quinta-feira, 11 de maio de 2023 16:56
Para:	Financub
Cc:	Rogério Compras; Valmir
Assunto:	C.I. 057.5.2023 - Material de consumo + NF 9527 NewLab
Anexos:	C.I. 057.5.2023 - Material de consumo + NF 9527 NewLab.pdf

Boa tarde,

Segue C.I. 057.5.2023 - Material de consumo + NF 9527 NewLab para pagamento via deposito.

Segue dados bancários:

Banco Itaú

A. 6267

C/C 08804-2

FAV. New Lab Cientifica Ltda

CNPJ 54511514/0001-30

PIX: 13974226236

--

Att,

Ane Caroline Marotti Barthalo
Analista Adm. III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Tel.: (13) 98100-8338

00609

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002907		29/05/2023	366,70

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
CARLOS RENATO DA SILVA

CNPJ/CPF
251.959.818-25

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	0123
Conta	00000000000010691063

Número do Documento
900002907
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO RPA 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E379CF53712CF168C7E

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)

00610

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 Sessenta e Seis Reais e Setenta 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: 12543899032

NO CPF: 25195981825

Documento de identidade

Número 2653679677 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
São Vicente	31/05/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$		412,02
II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$		
Soma....R$		412,02
DESCONTO		
III IRRF.....R$	0,00	
IV INSS.....R$	45,32	
V Outros.....R$	0,00	
VALOR LÍQUIDO R$		366,70

Assinatura

Nome Completo

CARLOS RENATO DA SILVA

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 Sessenta e Seis Reais e Setenta 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: 12543899032

NO CPF: 25195981825

Documento de identidade

Número 2653679677 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
São Vicente	31/05/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$		412,02
II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$		
Soma....R$		412,02
DESCONTO		
III IRRF.....R$	0,00	
IV INSS.....R$	45,32	
V Outros.....R$	0,00	
VALOR LÍQUIDO R$		366,70

Assinatura

Nome Completo

CARLOS RENATO DA SILVA

CENTRO DE CUSTO 100

CÓDIGO GERENCIAL 1018

COMPETÊNCIA 05/2023

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 25 de maio de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 074-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço RPA –Carlos Renato da Silva – Operador de Radio Tarms

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 da RPA compreendida no dia 02, 04 e 06/05/2023, em virtude de necessidade por afastamento de colaborador.

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

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES 00612
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002908		29/05/2023	31.030,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
29/05/2023

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
BEN BENEFICIOS E SERVICOS INSTI

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
30.798.783/0001-61

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
03399.04997.27790.000015.29725.101017.3.93650003103000

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
31.030,00	0,00	0,00	31.030,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 805209 VA 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E377485C5DCDDC9E6E9

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)

OURATÃO

00613

Recibo do Pagador

Santander | 033-7 | 03399049972779000001529725101017393650003103000

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO, CEP: 11013151SANTOS SP

Pagador/Avalista:

Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Cobrado
900000129725-1	805209	29/05/2023	31.030,00	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BEN BENEFICIOS E SERVICOS S.A. CPF/CNPJ: 30798783000161

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399049972779000001529725101017393650003103000

Local de Pagamento					Data de Vencimento
"					29/05/2023
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência / Código do Beneficiário
BEN BENEFICIOS E SERVICOS S.A. CPF/CNPJ: 30798783000161					02271/0499277
Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número
23/05/2023	805209	99	N	23/05/2023	900000129725-1
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento
	101	R$			31.030,00

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO

CEP: 11013151SANTOS-SP

Pagador/Avalista:

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1031

COMPETÊNCIA
06 | 2023

ben

Preencha as informações dos funcionários que receberão o benefício. Cada linha representa um beneficiário e um produto.

Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Produto	Valor do crédito	Data do crédito
ADRIANA FERNANDES LUIZ	27455069863	25/12/1975	1	R$ 290,00	01/06/2023
ADRIANA ARAUJO ALVES DE GODOY	33786080801	08/09/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
AGUINAL DOUGLAS CORREIA FERREIRA DE SOUZ	28625311890	15/06/1977	1	R$ 290,00	01/06/2023
ALEXANDRE DOS SANTOS SILVA	22619137888	20/10/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
ALLANNA MARQUES GOMES	06935334390	17/03/1995	1	R$ 290,00	01/06/2023
AMANDA LARISSA SILVEIRA MENEZ	45907178833	03/09/1998	1	R$ 290,00	01/06/2023
AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA	42919226800	23/03/1994	1	R$ 290,00	01/06/2023
ANA CAROLINE DOS SANTOS DE SALES MARQUE	41772793825	20/04/1993	1	R$ 290,00	01/06/2023
ANDREA DE JESUS ANTUNES CARMO	25664870818	15/12/1975	1	R$ 290,00	01/06/2023
ANDRESSA DE JESUS ABREU	39492872803	07/11/1990	1	R$ 290,00	01/06/2023
ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO INDAUI	45988894895	20/09/1996	1	R$ 290,00	01/06/2023
ANA CAROLINI REZENDE DANTAS	45517850839	12/09/1996	1	R$ 290,00	01/06/2023
BIANCA ALVES DA SILVA	39024181844	09/08/1988	1	R$ 290,00	01/06/2023
BIANCA ATALAIA ALVES DE JESUS	49030970804	07/07/1999	1	R$ 290,00	01/06/2023
BRUNO GOMES PESSOA	40397287852	28/12/1991	1	R$ 290,00	01/06/2023
CAMILA DA SILVA ALENCAR	46408344895	17/10/1997	1	R$ 290,00	01/06/2023
CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS	24867476803	06/03/1975	1	R$ 290,00	01/06/2023
CRISTIANE REIS ROSATO GIMENES	25948357813	24/03/1975	1	R$ 290,00	01/06/2023
DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS	32942247886	26/02/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
DANESSA DE SOUZA SANTANA	35308219850	03/02/1993	1	R$ 290,00	01/06/2023
DANILO SILVEIRA DE MELO	22817467809	26/10/1985	1	R$ 290,00	01/06/2023

DIEGO DE ARAUJO MENEZES	36761880807	07/12/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
DJAIANE DOS SANTOS ALMEIDA	38952309871	24/02/1996	1	R$ 290,00	01/06/2023
ELAINE LOPES DE OLIVEIRA	37379932896	25/01/1985	1	R$ 290,00	01/06/2023
ELIANE APARECIDA CONTIJO	64201082920	05/01/1969	1	R$ 290,00	01/06/2023
ELIANE CAMPOS PEREIRA	08051698819	05/05/1966	1	R$ 290,00	01/06/2023
ELISABETE PACHECO DE GOES	25685605846	08/02/1978	1	R$ 290,00	01/06/2023
ELISANGELA MARIA DA SILVA	26409701861	30/10/1976	1	R$ 290,00	01/06/2023
ELMO VIEIRA DA SILVA	34024267817	09/07/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
FABIANA PEREIRA DA SILVA	47270174822	14/04/1999	1	R$ 290,00	01/06/2023
FABIANO SA TELES DE SOUZA	33599628858	15/05/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
FABIO JORDAO DE FARIAS	05820912845	14/07/1966	1	R$ 290,00	01/06/2023
GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDA	48656005820	14/11/1997	1	R$ 290,00	01/06/2023
GISELE MORINE DA SILVA AGUIAR	37150674895	31/01/1989	1	R$ 290,00	01/06/2023
HEBERT DO NASCIMENTO SILVA	33609550805	15/06/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	07/11/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
INGRID JANAINE RODRIGUES PINHEIRO	38097832852	16/01/1992	1	R$ 290,00	01/06/2023
IVONEIDE BRASIL DA SILVA LIMA	30998201804	14/09/1978	1	R$ 290,00	01/06/2023
JAMES DE FREITAS SOUZA	28491367861	28/10/1979	1	R$ 290,00	01/06/2023
JESSICA DA SILVA SANTOS	39316583845	08/04/1991	1	R$ 290,00	01/06/2023
JHULLY ANNE SOUZA SANTOS	43144746886	18/04/1997	1	R$ 290,00	01/06/2023
JOSIELLE DOS SANTOS SILVA	36346783807	07/01/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
KARINA FIORI DA SILVA	27821249866	28/06/1976	1	R$ 290,00	01/06/2023
KAUE SANTOS DASILVA	44357667879	24/03/2004	1	R$ 290,00	01/06/2023
KEZIA MAYNARA SOUZA DAMACENO SILVA	41797324837	16/03/1995	1	R$ 290,00	01/06/2023
KLEICY KAROLIM TOME RAMOS	23369446855	29/08/1993	1	R$ 290,00	01/06/2023
LEIA VICENTE DOS SANTOS DE SOUZA	42812350865	05/09/1996	1	R$ 290,00	01/06/2023
LILIAN DE JESUS MORAIS	33063485896	14/08/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVA	30796573816	27/09/1980	1	R$ 290,00	01/06/2023
LUCIANA TATIANE GIMENES ROSSI	32252664851	28/03/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
LUIZ AUGUSTO GALVAO DE SA FILHO	44760196846	02/09/1996	1	R$ 290,00	01/06/2023
MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇÃO	25288295824	10/09/1975	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARCELINO GUILHERME RIBERO	09107512856	02/06/1967	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARCELA APARECIDA DOS SANTOS SILVA	38596379835	06/02/1999	1	R$ 290,00	01/06/2023

MARCELO SANTOS	13386154832	24/09/1972	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARCIO DE CARVALHO BOSSAN	00575306700	21/10/1970	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARIA APARECIDA DA MATTA HERNANDES	09795835866	21/09/1972	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARIA APARECIDA MARTINS FARIAS GALVAO	24918802885	26/12/1971	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARISA MARIA DA SILVA	27749834877	16/08/1978	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARIO RODRIGUES DE SOOUZA	09500619806	25/07/1971	1	R$ 290,00	01/06/2023
MAYARA MARTINS ARAUJO	38986732866	28/12/1989	1	R$ 290,00	01/06/2023
MIRACI DE SOUZA SILVA FERREIRA	27639034876	28/02/1978	1	R$ 290,00	01/06/2023
MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO	31486773826	17/10/1982	1	R$ 290,00	01/06/2023
MIRIAN DE JESUS VIEIRA	29012873878	04/07/1980	1	R$ 290,00	01/06/2023
NADIA MACIEL RAMOS GOMES	33846931837	07/06/1985	1	R$ 290,00	01/06/2023
NADIA SOUZA DA SILVA DOS ANJOS	41344721800	23/07/1991	1	R$ 290,00	01/06/2023
NATALI BRAGA PEREIRA BUENO	36558743833	26/12/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
NATALINE DA SILVA JESUS	42891693841	06/03/1994	1	R$ 290,00	01/06/2023
ODETE DO CARMO SILVA	13050767880	25/11/1968	1	R$ 290,00	01/06/2023
OLIVIA GUEDES SILVA	27438136876	27/08/1980	1	R$ 290,00	01/06/2023
PAMELA DE OLIVEIRA FIGUEREDO	40031001823	08/06/1992	1	R$ 290,00	01/06/2023
PETALA PEREIRA MARCONDES	44666345809	07/10/1995	1	R$ 290,00	01/06/2023
PRISCILA REGINA FERREIRA	34508925847	24/10/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
QUEITE ROSA CAFE FERREIRA DOS SANTOS	27571600871	12/06/1976	1	R$ 290,00	01/06/2023
RAFAEL DE ANDRADE MENDONÇA	32976245827	09/04/1985	1	R$ 290,00	01/06/2023
RENATA FRANCISCA DE BARROS	15919689846	16/05/1973	1	R$ 290,00	01/06/2023
RINIA BRAMMERLOO	10825095824	05/05/1969	1	R$ 290,00	01/06/2023
ROBERTO GREGORIO CLARO	32938720858	14/12/1984	1	R$ 290,00	01/06/2023
ROCHELE ALVES MARIN	07884331560	08/07/1998	1	R$ 290,00	01/06/2023
RODRIGO DENER DE PAULA	29839250809	23/03/1981	1	R$ 290,00	01/06/2023
ROSANGELA ZALOBNICKI	02778443983	08/08/1976	1	R$ 290,00	01/06/2023
ROSEMEIRE SILVA DOS SANTOS	28365312824	22/04/1978	1	R$ 290,00	01/06/2023
RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA	08047882864	31/01/1970	1	R$ 290,00	01/06/2023
SAIONARA SANTOS DE SOUZA	30836199871	17/11/1981	1	R$ 290,00	01/06/2023
SANDRA CRISTINA COSTA MOTA	16958166841	09/05/1974	1	R$ 290,00	01/06/2023
SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	12134208813	16/02/1970	1	R$ 290,00	01/06/2023
SANDRA SANTOS DE CARVALHO	15917822875	18/05/1970	1	R$ 290,00	01/06/2023

SCARLET ANDRESSA DE CASTRO ESCANHOELA DOS SA	45614618848	19/06/1995	1	R$ 290,00	01/06/2023
SERGIO APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS	05754343841	08/12/1964	1	R$ 290,00	01/06/2023
SHIRLEY SANTOS DA SILVA	45249929877	06/03/1999	1	R$ 290,00	01/06/2023
SIDNEY SPINASSI	00336463847	24/10/1960	1	R$ 290,00	01/06/2023
SILVIA ALVES GUIMARAES	25819292863	07/07/1977	1	R$ 290,00	01/06/2023
STEFANI APARECIDA DE SOUSA RIBEIRO	11839781629	17/03/1993	1	R$ 290,00	01/06/2023
THAIS SOARES DA SILVA	46162197883	25/01/1999	1	R$ 290,00	01/06/2023
THIAGO PONCIANO DA CONCEIÇÃO	23113560896	02/05/1988	1	R$ 290,00	01/06/2023
THIFANI PAIXAO DE CARVALHO	48964497899	15/07/1998	1	R$ 290,00	01/06/2023
VALERIA CRISTINA DA SILVA FERREIRA	33350313850	16/05/1985	1	R$ 290,00	01/06/2023
VALMIR MAZIERO	00888936850	01/08/1960	1	R$ 290,00	01/06/2023
VALQUIRIA OLIVEIRA RODRIGUES	22916052836	24/10/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
VANESSA CARVALHO THOMAZ	50193719800	21/11/2000	1	R$ 290,00	01/06/2023
VANESSA FRANCISCA DA CRUZ	26298318844	02/05/1977	1	R$ 290,00	01/06/2023
VANESSA SILVA DOS SANTOS	33403418855	07/11/1984	1	R$ 290,00	01/06/2023
VANUSA CAMPOS SANTOS	52279081504	17/02/1973	1	R$ 290,00	01/06/2023
VERA LUCIA DA SILVA	36146747890	02/06/1981	1	R$ 290,00	01/06/2023
VERONICA SANTOS DE OLIVEIRA ANUNCIACAO	16959042810	19/07/1974	1	R$ 290,00	01/06/2023
VERUSKA RAQUELA FRANCO PROVAZI	30977623882	21/08/1982	1	R$ 290,00	01/06/2023
VIVIANE FERREIRA DE SOUZA	18505525841	02/12/1972	1	R$ 290,00	01/06/2023

00618

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002909

No. compromisso cliente

Data do Crédito
29/05/2023

Valor
2.610,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
29/05/2023

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
BEN BENEFICIOS E SERVICOS INSTI

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
30.798.783/0001-61

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
03399.04997.27790.000015.29724.301014.9.93650000261000

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
2.610,00	0,00	0,00	2.610,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 805208 VA 05 2023 COMPLEMENTAR

Autenticação Bancária
3F10E37480CB7D76C2B5D31

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)

ben

Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Produto	Valor do crédito	Data do crédito
ADRIANA ARAUJO ALVES DE GODOY	33786080801	08/09/1983	1	R$ 290,00	01/06/2023
BIANCA ALVES DA SILVA	39024181844	09/08/1988	1	R$ 290,00	01/06/2023
KAUE SANTOS DASILVA	44357667879	24/03/2004	1	R$ 290,00	01/06/2023
MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇÃO	25288295824	10/09/1975	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARCELA APARECIDA DOS SANTOS SILVA	38596379835	06/02/1999	1	R$ 290,00	01/06/2023
MARIO RODRIGUES DE SOOUZA	09500619806	25/07/1971	1	R$ 290,00	01/06/2023
NATALI BRAGA PEREIRA BUENO	36558743833	26/12/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023
ROCHELE ALVES MARIN	07884331560	08/07/1998	1	R$ 290,00	01/06/2023
VALQUIRIA OLIVEIRA RODRIGUES	22916052836	24/10/1986	1	R$ 290,00	01/06/2023

00620

Recibo do Pagador

Santander | 033-7 | 03399049972779000001529724301014993650000261000

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO, CEP: 11013151SANTOS SP

Pagador/Avalista:

Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Cobrado
900000129724-3	805208	29/05/2023	2.610,00	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BEN BENEFICIOS E SERVICOS S.A. CPF/CNPJ: 30798783000161

Autenticação Mecânica

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Santander | 033-7 | 03399049972779000001529724301014993650000261000

Local de Pagamento

"

Data de Vencimento

29/05/2023

Beneficiário/CPF/CNPJ

BEN BENEFICIOS E SERVICOS S.A. CPF/CNPJ: 30798783000161

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento
23/05/2023	805208	99	N	23/05/2023
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
	101	R$		

Nosso Número

900000129724-3

(=) Valor do Documento

2.610,00

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(=) Valor Cobrado

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO

CEP: 11013151SANTOS-SP

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Pagador/Avalista:

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1031

COMPETÊNCIA
05/2023

Santander

Internet Banking Empresarial

00621

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
MIRACI DE SOUZA SILVA FERREIRA

CPF
276.390.348-76

Conta Informada
0033-3112-000010810195

Conta Salário
0033-3112-000713168148

Conta Creditada
0033-3112-000010810195

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002842

Nro Compromisso Cliente
324

Data do Crédito
30/05/2023

Valor R$
4.829,50

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E079B986A31FF87239

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

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: MIRACI DE SOUZA SILVA FERREIRA		(000324) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00076621 Serie: 00217	Admissão: 18/04/2020	Função: ENFERMEIRO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 20

PERÍODOS

Período aquisitivo 18/04/2022 a 17/04/2023	Período Gozo das Férias 02/06/2023 a 01/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 02 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	185,77	
070 Adicional noturno 35%	650,21	
152 DSR Ad. Noturno 35%	110,40	
151 DSR Ad. Noturno 40%	29,08	
597 1/3 Férias	1.527,15	
902 INSS Férias		667,87
913 IRRF Férias		611,24
Totais	**********6.108,61	**********1.279,11
	Líquido:	**********4.829,50

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos a importância de R$4.829,50
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10			
Funcionário: MIRACI DE SOUZA SILVA FERREIRA			(000324) / Depto.: 0000
CTPS 00076621 / 00217	Admissão 18/04/2020	Função: ENFERMEIRO	

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 02	Período aquisitivo 18/04/2022 a 17/04/2023	Período a ser gozado 02/06/2023 a 01/07/2023
Data 03/05/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/05/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1005

COMPETÊNCIA
05/2023

Santander

Internet Banking Empresarial

00624

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
NADIA MACIEL RAMOS GOMES

CPF
338.469.318-37

Conta Informada
0033-0135-000020058572

Conta Salário
0033-0135-000710637861

Conta Creditada
0033-0135-000020058572

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002843

Nro Compromisso Cliente
253

Data do Crédito
30/05/2023

Valor R$
2.779,64

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E05F4BD8E2C8A4A4DD

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

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: NADIA MACIEL RAMOS GOMES			(000253) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00071564 Serie: 00313	Admissão: 17/07/2019	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 158

PERÍODOS

Período aquisitivo 17/07/2021 a 16/07/2022	Período Gozo das Férias 02/06/2023 a 01/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	4,41	
151 DSR Ad. Noturno 40%	0,84	
402 Hora Extra 100%	22,30	
420 DSR Hora Extra	4,17	
597 1/3 Férias	767,46	
902 INSS Férias		266,82
913 IRRF Férias		23,39
Totais	**********3.069,85	**********290,21
	Líquido:	**********2.779,64

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.779,64
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: NADIA MACIEL RAMOS GOMES		(000253) / Depto.: 0000
CTPS 00071564 / 00313	Admissão 17/07/2019	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 17/07/2021 a 16/07/2022	Período a ser gozado 02/06/2023 a 01/07/2023
Data 03/05/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/05/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
05/2023

Santander

Internet Banking Empresarial 00027

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
NATALINE DA SILVA JESUS

CPF
428.916.938-41

Conta Informada
0033-0123-000010779905

Conta Salário
0033-0123-000710444459

Conta Creditada
0033-0123-000010779905

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002844

Nro Compromisso Cliente
7

Data do Crédito
30/05/2023

Valor R$
3.563,91

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0C0D74DE27031CCCE

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

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: NATALINE DA SILVA JESUS		(000007) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00087074 Serie: 00377	Admissão: 22/12/2017	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 32

PERÍODOS

Período aquisitivo 22/12/2021 a 21/12/2022	Período Gozo das Férias 02/06/2023 a 01/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 02 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	654,25	
151 DSR Ad. Noturno 40%	108,65	
402 Hora Extra 100%	44,59	
420 DSR Hora Extra	9,56	
597 1/3 Férias	1.029,24	
902 INSS Férias		393,35
913 IRRF Férias		159,70
Totais	**********4.116,96	**********553,05
	Líquido:	**********3.563,91

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$3.563,91
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: NATALINE DA SILVA JESUS		(000007) / Depto.: 0000
CTPS 00087074 / 00377	Admissão 22/12/2017	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 02	Período aquisitivo 22/12/2022 a 21/12/2023	Período a ser gozado 01/06/2023 a 30/06/2023
Data 02/05/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/05/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1005

COMPETÊNCIA
05/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

00630

No. compromisso banco
900002912

No. compromisso cliente

Data do Crédito
30/05/2023

Valor
1.907,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
30/05/2023

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
03399.01985.14800.000078.28423.301010.5.93660000190750

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 135619 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37643E374627280656

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 02/05/2023 11:28 am

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 135619Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	30/05/2023
Nosso Número	000000728423-3
Número do Documento	135619
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 28423.301010 5 93660000190750**

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 30/05/2023
Agência/Código Beneficiário 3650/0198148

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
02/05/2023	135619	DM	N	02/05/2023	000000728423-3

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 135619Este 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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 02/05/2023
ASS

Rafaela A. Mendonça
Coordenador Administrativo

00632

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: 000.135.619 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 000.135.619
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0500 4804 0700 0163 5500 1000 1356 1911 3561 9115

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
135230659337601 - 02/05/2023 11:28:24

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	02/05/2023
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	30/05/2023	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 02/05/23
ASS
Rafael de N. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
05/2023

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 Inst Alpha e a Prefeitura de Cubatao - SP - Entrega: Av. 9 de abril , 2800 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00;SEP. JE- CONF. CLAUDIO 7 VOL E

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 02 de abril de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 058.1-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Clínica

Ref.: Material de consumo

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

70 unidades Resma de Papel Sulfite A4.

Ane Maretti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

00634

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002914		30/05/2023	12.000,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	0123
Conta	00000000000130041245

Número do Documento
900002914
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E372FB53740895643ED

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)

00635

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900002913
No. compromisso cliente

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

Convênio
0033-0123-004906738922
Data da Solicitação
30/05/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Convenio de Arrecadacao:	00336496000900003219
Empresa:	PM SAO PAULO
Data de Pagamento:	30/05/2023
Codigo de Barras:	81810000043-0 40095701230-1 53100997898-6 25010089967-5
Valor:	R$ 4.340,09
Data de Vencimento:	31/05/2023
Hora da Transacao:	12:11:07
Data da Transacao:	30/05/2023
Autenticacao:	3F10E3796004F64992F75E1
Canal:	PGFOR

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

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PARCELAMENTO PMSP PARCELA 11 DE 36

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

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

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

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

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

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

IDENTIFICADOR DO DÉBITO AUTOMÁTICO: **200.000.000.000.000.507.956.993.0**

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	31/05/2023

00636

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO 99789825-9-01
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$ **********4.210,89	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR 4.398.678-1	07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390 / 08-NR: / 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC / 11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CREDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$ **********	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: ** / 14-PARCELA: 011/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 000			18-VALOR R$ **********4.340,09 19- 20-
29-OUTRAS INFORMAÇÕES VALORES GRAFADOS EM REAIS TERMO DE ACORDO:5.079.569 EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA			21-MULTA R$ 22- 23-DESCONTO R$ 24-
30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$ **********2.089,07	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$ **********586,76	32-JUROS R$ **********1.534,89	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA / 25-DATA DE VALIDADE: 31/05/2023 / 26-TOTAL A PAGAR R$: **********4.340,09

008 009978982501

81810000043-0 40095701230-1 53100997898-6 25010089967-5

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

Via Banco

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	31/05/2023

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO 99789825-9-01
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$ **********4.210,89	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR 4.398.678-1	07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390 / 08-NR: / 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC / 11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$ **********	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: ** / 14-PARCELA: 011/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 000			18-VALOR R$ **********4.340,09 19- 20-
29-OUTRAS INFORMAÇÕES VALORES GRAFADOS EM REAIS TERMO DE ACORDO:5.079.569 EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA			21-MULTA R$ 22- 23-DESCONTO R$ 24-
30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$ **********2.089,07	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$ **********586,76	32-JUROS R$ **********1.534,89	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA / 25-DATA DE VALIDADE: 31/05/2023 / 26-TOTAL A PAGAR R$: **********4.340,09

008 009978982501

81810000043-0 40095701230-1 53100997898-6 25010089967-5

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Simulação válida para 08/06/2022

Cidade de São Paulo

Procuradoria Geral do Município

Simulação Parcelamento

Valor da Dívida: R$ 128.434,05

Informações da Simulação

Nome do Contribuinte: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

ISS - 4398678/1

Exercício: 17 18 19 20

Data de Vencimento: Último dia útil do mês

Detalhes da Simulação

Valor do Débito: R$ 140.358,81

Quantidade de Parcelas: 36

Entrada: 2,78%

Encargos

GARE: R$ 1.403,45

Honorários: R$ 14.035,76

Despesas: R$ 4,22

Total Encargos: R$ 15.443,43

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

Simulação válida para 08/06/2022

Cidade de São Paulo

Procuradoria Geral do Município

Simulação Parcelamento

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

Débitos ajuizados - honorários parcelados em 010 vezes.

Sr. Cidadão

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

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

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

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

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

00639

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002910

No. compromisso cliente

Data do Crédito
30/05/2023

Valor
113,43

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
30/05/2023

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
34191.09016.29090.392936.82430.820009.5.93660000011343

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 3000345223 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E378F9B0BB86AD5395B

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 Emília
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 **30/05/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01290903-9**	No. Documento **3000345223**	Valor do Documento **113,43**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 29090.392936 82430.820009 5 93660000011343

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **30/05/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/05/2023**	No. Documento **3000345223**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **03/05/2023**	Nosso Número **109 / 01290903-9**
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

CNPJ/CPF 14512229000110

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

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		01/05/23	31/05/23	030	000000113,43	AV NOVE DE ABRIL 2800 COPA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$0000000113,43

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$000000113,43

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1399

COMPETÊNCIA
05/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos
00642

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002911

No. compromisso cliente

Data do Crédito
30/05/2023

Valor
1.099,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
30/05/2023

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
34191.09016.29090.212936.82430.820009.4.93660000109900

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 3000344825 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E376E312F51715F663E

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 Emília
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 **30/05/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01290902-1**	No. Documento **3000344825**	Valor do Documento **1.099,00**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 29090.212936 82430.820009 4 93660000109900

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **30/05/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/05/2023**	No. Documento **3000344825**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **03/05/2023**	Nosso Número **109 / 01290902-1**
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		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633902	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633904	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 132 BARROSO	CUBATAO	SP
0945633905	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV N SRA DE FATIMA SN EDUARDO	CUBATAO	SP
0948050946	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	R AMADOR BUENO 333 CJTO 1816	SANTOS	SP
0948053674	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 RECEPCAO	CUBATAO	SP
0948053675	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 MEDICACAO	CUBATAO	SP
0948053676	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 EMERGENCIA	CUBATAO	SP
0948074484	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 76 REPOUSO I	CUBATAO	SP
0948074788	Ecohouse Prestacao		01/05/23	31/05/23	030	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
CÓDIGO GERENCIAL
1399
COMPETÊNCIA
05/2023