Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos
0468

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003013		20/06/2023	742,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/06/2023

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
EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
48.713.861/0001-43

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S A

Código de Barras
23792.06606.90000.001884.77000.118008.5.93870000074200

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
742,00	0,00	0,00	742,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 30016 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D05A8423F68F316D

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)

0469

Recibo do pagador

237-2 23792.06606 90000.001884 77000.118008 5 93870000074200

Beneficiário
EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: -

Agencia / Codigo Beneficiário
2066-4/0001180-0

Nosso Número
09/00000018877-0

Motivo do não entrega. (Para uso da empresa entregadora)
[ ] Mudou-se [ ] Ausente [ ] Não existe nº indicado
[ ] Recusado [ ] Não procurado [ ] Endereço insuficiente
[ ] Desconhecido [ ] Falecido [ ] Outros (anotar no verso)

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Vencimento	Para uso do banco	Número do Documento	Espécie	Valor do Documento
20/06/2023		30016-1	DM	742,00

Recebemos o Título / Ausente com as caracteristicas acima — Data — Assinatura

✂

237-2 23792.06606 90000.001884 77000.118008 5 93870000074200

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco ou correspondente não bancário.

Vencimento
20/06/2023

Beneficiário EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: 48.713.861/0
R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES 213 VILA BELMIRO SANTOS SP 11075350

Agência / Código Beneficiário
2066-4/0001180-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
23/05/2023	30016-1	DM	S	23/05/2023

Nosso Número
09/00000018877-0

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
		09	R$		

(=) Valor do Documento
742,00

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
Este documento não pode ser substituído por depósito/ordem de pagto.
REF.: PEDIDO: 295270

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

Cobrar juros de R$ 1,41 por dia de atraso para pagamento após o vencimento.
Cobrar multa de R$14,84 para pagamento a partir de 21/06/2023.

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Rua Amador Bueno 333 - CJ.1816 Centro
11013153 SANTOS SP

Rafael de N. Menezes
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CPF / CNPJ
14.512.229/0001-10

Beneficiário Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

✂

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP

R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES, 213 - VILA BELMIRO - CEP 11075-350 - SANTOS - SP
TEL: (13)3222-8564

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000030016 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3523 0548 7138 6100 0143 5500 1000 0300 1613 6776 4874

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
135230789285783 23/05/2023 09:01:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633183730111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF
48.713.861/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ / CPF: 14.512.229/0001-10

DATA DA EMISSÃO: 23/05/2023

ENDEREÇO: Rua Amador Bueno, 333 CJ.1816

BAIRRO / DISTRITO: Centro

CEP: 11013-153

DATA SAÍDA / ENTRADA: 23/05/2023

MUNICÍPIO: SANTOS

FONE / FAX: (13)99705-5502

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA: 09:01:33

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	20/06/2023	742,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	742,00

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	742,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA: 9 - SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

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 TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
328	DESCARPACK 13 LITROS (COLETOR PERFUROCORTANTES)	48191000	0102	5102	un	30,0000	11,2000	336,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
618	CLOREXIDINA DEGERMANTE RIOHEX 2% LITRO	30049047	0102	5102	lt	4,0000	34,0000	136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5756	LAMINA DE BISTURI Nº11 (DESCARPACK)	90189029	0102	5102	un	100,0000	0,5500	55,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5761	LAMINA DE BISTURI Nº23 (DESCARPACK)	90189029	0102	5102	un	100,0000	0,5500	55,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6621	IODOPOLIVIDONA VIC PHARMA TOPICO 10% LITRO	30039099	0102	5102	lt	4,0000	40,0000	160,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 23/05/23
ASS.
Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Contrato de Gestão 003/2018 firmado com a Prefeitura Municipal de Cubatão
Pedido(s): 295270 Vendedor(es): 1724

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1604
COMPETÊNCIA 05/2023

Visual Data Lida

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 23 de maio de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 071.2023 – 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 dispensação interna no Pronto Socorro Central.

30 und Descarpack 13L;
04 und Clorexidina Dergemante Riohex 2% 1L;
100 und Lamina de bisturi nº 11;
100 und Lamina de bisturi nº 23;
04 und Iodopovilidona vic tópico 10% 1L.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

0472

No. compromisso banco
900003014

No. compromisso cliente

Data do Crédito
20/06/2023

Valor
7.671,83

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
DBS HIGIENIZACAO TEXTIL LTDA ME

CNPJ/CPF
20.762.941/0002-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0237/60746948

Agência
02281

Conta Corrente
00000000000000348481

Valor
7.671,83

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 1289 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E3773DC71C3CEB0463B

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)

0473

DBS HIGIENIZAÇÃO TEXTIL LTDA - ME
CNPJ: 20.762.941.0002-50
Endereço : Avenida Casa Grande, 620 - Casa Gande
CEP: 09961-350 - Diadema - SP

1289/23

Emissão	**07/06/2023**

DESTINATÁRIO

Razão Social / Nome do Cliente : Instituto Alpha de Medicina para Saude
CNPJ : 14.512.229/0001-10

Endereço: Av. 9 de Abril, 2800
Bairro: Centro
UF: SP
CEP:

Cidade : Cubatão

Telefone :

CONTRATO:	**PAGAMENTO :**	
Higienização e Locação De Enxoval	Transferência bancaria	Vencimento da Fatura 20/06/2023

Discriminação Dos Serviços :
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
PSC Guiomar Ferreira Roebblen

Valor de fechamento atingindo faturamento minimo de acordo com Clausula 7° Paragrafo 7.1.1

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1123
COMPETÊNCIA
05/2023

Forma de pagamento
Transferência
Banco Bradesco
Ag.2281 Conta. 034848-1

NÃO OBRIGATORIEDADE DE EMISSÃO DE NOTA FISCAL DE ACORDO COM LEI COMPLEMENTAR 116/2003 LISTA ANEXA DE SERVIÇOS

Código	**Descrição/ Configuração**			
000-6	LOCAÇÃO DE ENXOVAL PADRÃO	Valor Serviço Prestado	R$	7.671,83

Valor Total da Fatura R$ 7.671,83

Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 01/05/2023 até 31/05/2023

uto	02/05	05/05	06/05	07/05	09/05	12/05	14/05	16/05	18/05	19/05	21/05	22/05	23/05	25/05	26/05	28/05	Qde.	Total	Média
	56,80	146,20	28,30	47,25	73,10	189,20	95,41	92,40	122,40	52,40	123,80	91,20	102,10	112,35	85,10	162,05	1580,05	6920,66	4,38
	56,80	146,20	28,30	47,25	73,10	189,20	95,41	92,40	122,40	52,40	123,80	91,20	102,10	112,35	85,10	162,05	1580,05	6920,66	4,38
l do Grupo	56,80	146,20	28,30	47,25	73,10	189,20	95,41	92,40	122,40	52,40	123,80	91,20	102,10	112,35	85,10	162,05	1580,05	**6920,66**	**4,38**
Total Geral	56,80	146,20	28,30	47,25	73,10	189,20	95,41	92,40	122,40	52,40	123,80	91,20	102,10	112,35	85,10	162,05	1580,05		
Relação de Rols m contémpeso ou metro roduto tabela diferente	98349	98664	98701	98890	98818	99308	99335	99649	99750	99865	100606	100484	100345	100541	100862	100903			

0474

Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 29/05/2023 até 31/05/2023

																	Qde.	Total	Média
uto	29/05	30/05															171,50	751,17	4,38
	78,40	93,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	171,50	751,17	4,38
l do Grupo	78,40	93,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	171,50	**751,17**	**4,38**
Total Geral	78,40	93,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			

Relação de Rds
mcontémpeso ou metro
roduto tabela diferente

100979 100980

0475

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

0476

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003016

No. compromisso cliente

Data do Crédito
20/06/2023

Valor
943,44

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
47.497.565/0001-90

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.02538.63100.000429.74485.701010.7.93870000094344

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
943,44	0,00	0,00	943,44

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 394 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D495D49B0EFE84FD

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Santander 033-7

Recibo do Pagador 047

Local de Pagamento
Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 20/06/2023

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

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/06/2023	000000394	DM	N	07/06/2023	4274485-7

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL			943,44

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

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
4274485-7
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

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

Santander 033-7

Ficha de Caixa

Local de Pagamento
Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 20/06/2023

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

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/06/2023	000000394	DM	N	07/06/2023	4274485-7

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL			943,44

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

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
4274485-7
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

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

Santander 033-7 **03399.02538 63100.000429 74485.701010 7 93870000094344**

Local de Pagamento
Pagar preferencialmente no B Santander

Vencimento: 20/06/2023

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

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Num do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/06/2023	000000394	DM	N	07/06/2023	4274485-7

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL			943,44

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

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
4274485-7
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

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

0478

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

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N.º: 000000394
SÉRIE: 002

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

POSTOS VALE+

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

SAÍDA
N.º: 000000394
SÉRIE: 002
Page 1 of 1

CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
3523 0647 4975 6500 0190 5500 2000 0003 9418 7898 1148

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE			135230890004631 07/06/2023 16:45:53
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ	
283004394110		47.497.565/0001-90	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14512229000110	07/06/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DESTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA
R AMADOR BUENO,333	CENTRO	11013153		
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DE SAÍDA
SANTOS	1397405642	SP		07/06/2023

FATURA/DUPLICATA

001 20/06/2023 943,44

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	943,44

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	943,44

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LT	35,31	4,970	175,49	0,00	0,00	0,00	0	0
1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LT	116,582	4,990	581,73	0,00	0,00	0,00	0	0
1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LT	35,881	5,190	186,22	0,00	0,00	0,00	0	0

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1314
COMPETÊNCIA
05/2023

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT
Val. Aprox. Tributos Estadual: 170,75 (18,10%), Federal: 66,03 (7,00%), Municipal: 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT
,,,,,,
- REFERENTE CF-e SAT: 28827, 30937, 31176, 33809, 34239, 34912

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA
47.497.565.0001-90
Sequência da Fatura: 64274485

07/06/2023 16:55

FATURA DE CLIENTE

Cliente: 13112 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Telefone: 13974056429
Logradouro: R AMADOR BUENO,333
Bairro: CENTRO
Cidade: SANTOS **Estado:** SP **CNPJ:** 14.512.229/0001-10 **IE:** ISENTO

NÚMERO	EMISSÃO	VENCIMENTO	VALOR R$
000000394	**07/06/2023**	**20/06/2023**	**943,44**

NOVECENTOS E QUARENTA E TRES REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS

Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendimento
CF	28827/1	17/05/2023	SDU-3F65	35,881	GASOLINA C COMUM	186,22	0	0	0,00
CF	30937/1	22/05/2023	SDU-3F65	15,331	GASOLINA C COMUM	76,50	0	0	0,00
CF	31176/1	23/05/2023	SDU-3F64	41,171	GASOLINA C COMUM	205,44	0	0	0,00
CF	33809/1	28/05/2023	SDU-3F65	30,540	GASOLINA C COMUM	152,39	0	0	0,00
CF	34239/1	29/05/2023	SDU-3F65	29,540	GASOLINA C COMUM	147,40	0	0	0,00
CF	34912/1	30/05/2023	SDU-3F64	35,310	GASOLINA C COMUM	175,49	8.439	0	0,00

Total Item:	**943,44**
Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):	**0,00**
Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):	**0,00**
Total Fatura:	**943,44**

RESUMO

Item		Quantidade	R$ Unitário	R$ Total
1	GASOLINA C COMUM	187,773	5,024	943,44
Total		**187,773**		**943,44**

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900003022
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
21/06/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Codigo de Barras:	85800000026-7 73430385231-2 74070123153-3 42872860999-7
Agente Arrecadador:	CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Numero do Documento:	07.01.23153.4287286-0
Autenticacao:	3F10E37AF050E2779E71D0B
Data de Pagamento:	21/06/2023
Tipo de Pagamento:	TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO
Valor Total:	R$ 2.673,43
Convenio de Arrecadacao:	00336916000900000097
Canal:	PGFOR
Data de Vencimento:	23/06/2023

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em:	21/06/2023

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

Hora da Transacao:	17:12:26

Tipo de Serviço
20

Complemento do Tipo de Serviço
PIS FOLHA REF 05 2023

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

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

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

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

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

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ	14.512.229/0001-10
Razão Social	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Período de Apuração	31/05/2023
Data de Vencimento	23/06/2023
Número do Documento	07.01.23153.4287286-0
Pagar este documento até	23/06/2023
Valor Total do Documento	2.673,43

Observações

PIS FOLHA 05.2023 - CUBATAO

Darf emitido pelo Sicalc Web

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
8301	PIS - FOLHA PAGAMENTO 02 PIS - FOLHA DE SALARIOS PA 05/2023 Vencimento 23/06/2023	2.673,43			2.673,43
	Totais	2.673,43	0,00	0,00	2.673,43

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1019
COMPETÊNCIA
05/2023

SENDA (Versão:5.1.6) Página: 1 / 1 02/06/2023 10:10:31

85800000026 7 73430385231 2 74070123153 3 42872860999 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800000026 7 | 73430385231 2 | 74070123153 3 | 42872860999 7

CNPJ:	14.512.229/0001-10
Número:	07.01.23153.4287286-0
Pagar até:	23/06/2023
Valor:	2.673,43

Pague com o PIX

0482

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003017		21/06/2023	3.626,40

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAU

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IM

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
04.027.894/0001-64

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
03399.01100.24500.000609.82179.501018.2.93890000362640

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
3.626,40	0,00	0,00	3.626,40

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 327006 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E378AB9204DEA754A04

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

santander | 033-7 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
22/06/2023	3793 / 0110245	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
3.626,40		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	0000060821795	2327006U

Pagador
INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)

Autenticação Mecânica

santander | 033-7 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
22/06/2023	3793 / 0110245	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
3.626,40	0000060821795	2327006U

Pagador
INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)

Assinatura do recebedor	Data entrega

santander | 033-7 | 03399.01100 24500.000609 82179.501018 2 93890000362640

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER.
APOS VENCIMENTO SOMENTE NAS AGENCIAS SANTANDER.

VENCIMENTO: 22/06/2023

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0007-50

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3793 / 0110245

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
23/05/2023	2327006U	DM	N	23/05/2023	0000060821795

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	101	R$			3.626,40

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 2,41 ao dia após o vencimento.
CEDIDO FIDUCIARIAMENTE AOS DEBENTURISTAS DA 2ª EMISSAO DA
ELFA MEDICAMENTOS S.A.
MULTA DE 4% APOS VENCIDO.

COBRANCA SANTANDER

(-) DESCONTO/ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) MULTA/MORA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) Valor Cobrado

Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894) CNPJ.: 14.512.229/0001-10
RUA AMADOR BUENO, 333 - CENTRO
CEP.: 11013-151 SANTOS-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

Rafael de Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

0484

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA: 1

Nº 327006
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0504 0278 9400 0750 5500 1000 3270 0610 0099 8348

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 MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135230794567018 23/05/2023 21:11:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)	14.512.229/0001-10	23/05/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
RUA AMADOR BUENO, 330	CENTRO	11013-151	23/05/2023

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
SANTOS	01532835090	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22.06.2023 3.626,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.626,40	560,23	0,00	0,00	3.626,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.626,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - Sao Paulo (43)	0 - DO EMITENTE				12270745000400

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RODOVIA ADAUTO CAMPO DALL'ORTO, 41	SUMARE	SP	671495090114

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			12,00	12,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
163	TRANSAMIN 250MG 5/5ML - NIKKHO (Lote: 0123044, Qtde: 20, Dt Val: 31/01/2025 ,Data Fab: 01/02/2023)	30039099	500	5102	CX	100 unid 20	25,0000	500,00	500,00	90,00		18,00	
52010	IMIPENEM/CILASTAT.500MG C/10 F/A GEN(I) -ABL (Lote: 1116005E2, Qtde: 5, Dt Val: 28/02/2024 ,Data Fab: 31/03/2022)	30042094	500	5102	CX	50 unid 5	214,0000	1.070,00	1.070,00	128,40		12,00	
9183	XYLESTESIN 2% C/V SP/10/20ML-CRISTA (Lote: 22120371, Qtde: 10, Dt Val: 30/-06/2024 ,Data Fab: 01/12/2022)	30049043	000	5102	CX	100 unid 10	110,0000	1.100,00	1.100,00	198,00		18,00	
28184	TERBUTIL 50/1ML -UNIAO QUIMICA (Lote: 2149454, Qtde: 4, Dt Val: 31/12/2023 ,Data Fab: 01/12/2021)	30049099	000	5102	CX	200 unid 4	121,1000	484,40	484,40	87,19		18,00	
34768	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50/4ML GEN - HYPO-FARMA (Lote: 22091094, Qtde: 4, Dt Val: 01/09/2024 ,Data Fab: 01/11/2022)	30039099	000	5102	CX	200 unid 4	118,0000	472,00	472,00	56,64		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Contrato de Gestão nº 003/18 e Termo Aditivo nº 002/2021 entre o Inst. Alpha e Pref. de Cubatão - SP - Entrega:: Av 9 de abril, 2800 Centro Cubatao SP CEP 11510-000
ITENS 2,5 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX TRIBUTOS, R$ 560,23. Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 560,23
Pedido: 365645
Representante: REGIAO SPC - (BRUNO)
Representante: REGIAO SPC - (BRUNO)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3 ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

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

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1202
COMPETÊNCIA
05/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

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

Ofício 787/2023/SMS/DAFS/llp.

Cubatão, 22 de maio de 2023

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

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

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

- Máscara oxigênio - 32un
- Cateter intrav. 20G - 1000un
- Coletor perfurocortante 13L - 100un
- Lidocaína 2% (sem vaso) - 80un
- Scalp 21G - 500un
- Ácido tranexâmico 250mg/5ml - 100un
- Imipenem 500mg - 50un
- Lidocaína 2% + Epinefrina 0,0005UI (com vaso) - 100un
- Noradrenalina (noraepinefrina) 2ml/ml - 200un
- Terbutalina 0,5mg/ml - 200un
- Atadura gessada 20cm - 60un
- Atadura gessada 10cm - 25un

Atenciosamente,

MÁRCIO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde - Adjunto

0486

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003018		21/06/2023	1.539,60

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INST ALPHA MEDICINA PARA SAUDE

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
FIVE MED D MEDICAMENTOS LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
30.535.468/0001-41

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
34191.09008.00073.551574.13881.470002.3.93900000153960

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.539,60	0,00	0,00	1.539,60

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 10237 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37823DB104C0255554

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)

FIVEMED

FIVEMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA SANTA MONICA, 710
Cep:06715-865 – COTIA – SP
Fone:(11)3565-7555

Banco Itaú S.A.

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário:	Agência/Cod.Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
FIVEMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA	**1571/38814-7**	**24/05/2023**	**23/06/2023**
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE (1623) RUA AMADOR BUENO,333 CJ 1816 - CENTRO 11013-151 - SANTOS-SP CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10	Número Documento: 10237-01	Nosso Número: 00000735	Valor do Documento: **1.539,60**

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09008 00073.551574 13881.470002 3 93900000153960**

Local de Pagamento: **ATE O VCTO, PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU, APOS O VENCIMENTO, PAGUE SOMENTE NO ITAU.**					Vencimento **23/06/2023**
Beneficiário **FIVEMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA - 30.535.468/0001-41**					Agência/Cód.Beneficiário **1571/38814-7**
Endereço **RUA SANTA MONICA, 710 - 06715-865-COTIA-SP**					
Data do documento: **24/05/2023**	No. do documento **10237-01**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **24/05/2023**	Cart./Nosso Número **109/00000735-5**
Uso do Banco	Carteira **109**	Espécie Moeda **R$**	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento **1.539,60**
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 5,13 AO DIA PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 30,79 PROTESTAR APOS 7 DIAS DO VENCIMENTO.					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

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

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE (1623)
RUA AMADOR BUENO,333 CJ 1816 - CENTRO
11013-151 - SANTOS-SP
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FIVEMED

FIVEMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA SANTA MONICA, 710
PARQUE IND SAN JOSE - 06715-865
COTIA - SP Fone/Fax: 1135657555

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.010.237
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0530 5354 6800 0141 5500 1000 0102 3710 0030 8810

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	135230796332897 - 24/05/2023 08:19:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
278393448114		30.535.468/0001-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	24/05/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ 1816	CENTRO	11013-151	

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
SANTOS	SP	1333227379		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

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

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800	CENTRO	11510-003

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
CUBATAO	SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	23/06/2023
Valor	R$ 1.539,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
789,60	142,13	0,00	0,00	0,00	0,00	1.539,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.539,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
FIVEMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA	0-Remetente				30.535.468/0001-41

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SANTA MONICA,710	COTIA	SP	278393448114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	Volumes				

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1847	CATETER INTRAV 20GX32MM 50UND/SOLIDOR Lote: 052207E Qt: 1000 Val: 30/06/27	90183929	160	5405	UNID	1.000	0,6400	640,00	0,00	0,00			0,00	
951	COLETOR PERF 13 LITROS ECOLOGIC (AMARELO)/DESCARBOX Lote: 7488 Qt: 100 Val: 03/02/28	48191000	000	5102	UNID	100	4,9200	492,00	492,00	88,56			18,00	
5386	LIDOCAINA 2% ISOBARICO S/VASO FR20ML (SIMI) 40AMP/CRISTALIA S+ Lote: 22100039 Qt: 80 Val: 01/10/25	30049043	000	5102	AMPOLA	80	3,7200	297,60	297,60	53,57			18,00	
1437	SCALP IV INFUSAO 21G LOCK PVC S/DISPOSITIVO DE SEG/LABOR IMPORT/COD 42 Lote: 20210320 Qt: 500 Val: 19/03/26	90183929	160	5405	UNID	500	0,2200	110,00	0,00	0,00			0,00	

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
24 / 05 / 23
Diego de A. Mendonça
Coordenador Administrativo

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte:
Contrato de Gestao no 003/18 e Termo Aditivo no ADM/005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP
/Endereco para entrega: Av. 9 de abril,2800 Centro Cubatao SP CEP 11510-000
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 253,61 Estadual: R$ 214,27 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) Imposto Rec.P/Sub.Trib.Art.313-A (RICMS)/SP

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
05/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

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

Ofício 787/2023/SMS/DAFS/llp.

Cubatão, 22 de maio de 2023

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

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

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

- Máscara oxigênio - 32un
- Cateter intrav. 20G - 1000un
- Coletor perfurocortante 13L - 100un
- Lidocaína 2% (sem vaso) - 80un
- Scalp 21G - 500un
- Ácido tranexâmico 250mg/5ml - 100un
- Imipenem 500mg - 50un
- Lidocaína 2% + Epinefrina 0,0005UI (com vaso) - 100un
- Noradrenalina (noraepinefrina) 2ml/ml - 200un
- Terbutalina 0,5mg/ml - 200un
- Atadura gessada 20cm - 60un
- Atadura gessada 10cm - 25un

Atenciosamente,

MÁRCIO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde - Adjunto

0490

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003019

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/06/2023

Valor
556,21

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/06/2023

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
MEDIHOSP

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
22.949.063/0001-21

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S A

Código de Barras
23793.39308.90000.012980.49000.239308.3.93900000055621

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
556,21	0,00	0,00	556,21

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 180555 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E3782A7D9F83C3D980E

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)

BRADESCO | **237-2** | **Recibo do Pagador**

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.

Vencimento: 23/06/2023

Beneficiário: MEDIHOSP DIST DE MAT MEDICO-HOSP LTDA - CNPJ: 22.949.063/0001-21
RUA ROBERT BOSCH, 315 - PQ INDTOMAS EDSON - SÃO PAULO / SP - CEP: 01141010

Agência/Código do Beneficiário: 3393-6/0002393-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
24/05/2023	180555/1-1	DM	N	24/05/2023

Nosso Número: 009/00000129849-9

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda	Valor
		009	R$		x

(=) Valor do Documento: 556,21

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
APÓS O VENCIMENTO MULTA DE 2%
APÓS 5 DIAS ENVIAR P/PROTESTO.
COM.PERMANÊNCIA DE R$ 2,78 POR DIA

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa/Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO, 333
11013-153 CENTRO SANTOS SP

CPF/CNPJ do Pagador: CNPJ: 14.512.229/0001-10

Código de Baixa

Pagador / Avalista

Autenticação mecânica

Recebimento através do cheque núm. do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

BRADESCO | **237-2** | **Ficha de Caixa**

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.

Vencimento: 23/06/2023

Beneficiário: MEDIHOSP DIST DE MAT MEDICO-HOSP LTDA - CNPJ: 22.949.063/0001-21
RUA ROBERT BOSCH, 315 - PQ INDTOMAS EDSON - SÃO PAULO / SP - CEP: 01141010

Agência/Código do Beneficiário: 3393-6/0002393-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
24/05/2023	180555/1-1	DM	N	24/05/2023

Nosso Número: 009/00000129849-9

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda	Valor
		009	R$		x

(=) Valor do Documento: 556,21

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
APÓS O VENCIMENTO MULTA DE 2%
APÓS 5 DIAS ENVIAR P/PROTESTO.
COM.PERMANÊNCIA DE R$ 2,78 POR DIA

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa/Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO, 333
11013-153 CENTRO SANTOS SP

CPF/CNPJ do Pagador: CNPJ: 14.512.229/0001-10

Código de Baixa

Pagador / Avalista

Autenticação mecânica

BRADESCO | **237-2** | 23793.39308 90000.012980 49000.239308 3 93900000055621

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.

Vencimento: 23/06/2023

Beneficiário: MEDIHOSP DIST DE MAT MEDICO-HOSP LTDA - CNPJ: 22.949.063/0001-21
RUA ROBERT BOSCH, 315 - PQ INDTOMAS EDSON - SÃO PAULO / SP - CEP: 01141010

Agência/Código do Beneficiário: 3393-6/0002393-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
24/05/2023	180555/1-1	DM	N	24/05/2023

Nosso Número: 009/00000129849-9

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda	Valor
		009	R$		x

(=) Valor do Documento: 556,21

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)
APÓS O VENCIMENTO MULTA DE 2%
APÓS 5 DIAS ENVIAR P/PROTESTO.
COM.PERMANÊNCIA DE R$ 2,78 POR DIA

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

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa/Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO, 333
11013-153 CENTRO SANTOS SP

CPF/CNPJ do Pagador: CNPJ: 14.512.229/0001-10

Código de Baixa: 009/00000129849-9

Sacador / Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

...HOSP DIST DE MAT MEDICOHOSP LTDA
RUA ROBERT BOSCH, 315
PQ INDTOMAS EDSON
SAO PAULO
SP
CEP: 01141010
TELEFONE: 1125016272
E-MAIL:

MEDIHOSP
EXCELÊNCIA EM DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº : 000.180.555
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0522 9490 6300 0121 5500 1000 1805 5510 0200 5770

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 MERCADORIA REC ADQ DE TERCEIROS	135230798079780 - 24/05/2023 11:30:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
144846810112		22.949.063/0001-21

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	24/05/2023
ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		CEP: 11013-153	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO: SANTOS	FONE/FAX: 13974164932	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA

FATURA
Número: 180555 Valor Original: 556,21 Valor Desconto: 0,00 Valor Líquido: 556,21

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
556,21	100,12	0,00	0,00	556,21

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	264,59	556,21

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS	0 - Rem.				06.321.409/0001-96

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JABAQUARA 1909 MIRANDOPOLIS	SAO PAULO	SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR TOTAL IMPOSTOS
6351	MASCARA OXIGENIO ALTA CONCENTRACAO AD C/RESERV E TUBO O2 FM	90192010	200	5102	UN	32	17,3815	556,21	556,21	100,12	0,00	18,00	0,00	264,59
		Lote : FY2207008				Fab : 18/08/2022		Val : 17/08/2027		Qtde. Lote : 13		Agregação :		
		Lote : FY2207049				Fab : 28/08/2022		Val : 27/08/2027		Qtde. Lote : 19		Agregação :		

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 24/05/23
ASS.
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1001
COMPETÊNCIA
05/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Parcela Num.: 001, Venc.: 23/06/2023, Valor: 556,21
PEDIDO: 218269 CLIENTE: 006368

Contrato de Gestao N 003/18 e Termo Aditivo N ADM 005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP Entrega Av 9 de abril,2800 Centro Cubatao SP CEP 11510000 PS Central
Val Aprox. dos Tributos R$ 264.59(Percentagem 47,57). FONTE IBPT

RESERVADO AO FISCO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

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

Ofício 787/2023/SMS/DAFS/llp.

Cubatão, 22 de maio de 2023

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

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

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

- Máscara oxigênio - 32un
- Cateter intrav. 20G - 1000un
- Coletor perfurocortante 13L - 100un
- Lidocaína 2% (sem vaso) - 80un
- Scalp 21G - 500un
- Ácido tranexâmico 250mg/5ml - 100un
- Imipenem 500mg - 50un
- Lidocaína 2% + Epinefrina 0,0005UI (com vaso) - 100un
- Noradrenalina (noraepinefrina) 2ml/ml - 200un
- Terbutalina 0,5mg/ml - 200un
- Atadura gessada 20cm - 60un
- Atadura gessada 10cm - 25un

Atenciosamente,

MÁRCIO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde - Adjunto

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003020

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/06/2023

Valor
754,30

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/06/2023

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
LORES COMERCIAL LTDA

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
237 - BCO BRADESCO S A

Código de Barras
23790.04506.90000.073115.51034.603202.6.93890000075430

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
754,30	0,00	0,00	754,30

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 136626 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A55D4404165E6AAE

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 25/05/2023 4:11 pm

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.

BRADESCO | **237-2** | **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$ 1.73
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 136626Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	22/06/2023
Nosso Número	09/00000731151-9
Número do Documento	136626
Agência/Código Beneficiário	045/0346032-0
(=) Valor do Documento	754,30

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**

BRADESCO | **237-2** | **23790.04506 90000.073115 51034.603202 6 93890000075430**

Local de Pagamento: Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso

Beneficiário/CPF/CNPJ
LORES COMERCIAL LTDA
R Joaquim Tavora, 65 Vila Mathias, Santos-SP CEP 11075300
CNPJ(MF): 00.480.407/0001-63

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento
25/05/2023	136626	DM	N	25/05/2023

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
09	REAL		x

Vencimento	22/06/2023
Agência/Código Beneficiário	045/0346032-0
Nosso Número	09/00000731151-9
(=) Valor do Documento	754,30
(-) Desconto	
(-) Abatimento	
(+) Mora	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

(Texto de responsabilidade do Cedente)

Instruções:
Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 1.73
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 136626Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

6.410

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

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
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$ 754,30	NF-e Nº: 000.136.626 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		

LORES COMERCIAL LTDA

LORES Suprimentos para Escritorio

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 000.136.626
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 2

CHAVE DE ACESSO
3523 0500 4804 0700 0163 5500 1000 1366 2611 3662 6165

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
135230807467026 - 25/05/2023 16:11:03

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	25/05/2023

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	22/06/2023	754,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
457,04	82,26	0,00	0,00	754,30

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	754,30

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
4790	FITA ADESIVA CRISTAL 45X100 KORETECH KORETECH	39191010	0 00	5102	UN	16,0000	7,92	126,72	126,72	22,81	0,00	18,00	0,00	0,00
885	GRAMPO 26 6 CX 5000 PRATEADO CIS CIS	83052000	0 00	5102	UN	5,0000	7,00	35,00	35,00	6,30	0,00	18,00	0,00	0,00
3231	TINTA CARIMBO PRETA RADEX	32151900	0 00	5102	UN	3,0000	3,99	11,97	11,97	2,15	0,00	18,00	0,00	0,00
3232	TINTA CARIMBO AZUL RADEX	32151900	0 00	5102	UN	1,0000	3,99	3,99	3,99	0,72	0,00	18,00	0,00	0,00
559	ENVELOPE KN32 SACO 229X324 SCRITY	48171000	0 60	5405	UN	50,0000	0,71	35,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5890	ENVELOPE PLASTICO UNITARIO 4 FUROS MEDIO 0.10 ACP	39232110	0 00	5102	UN	50,0000	0,34	17,00	17,00	3,06	0,00	18,00	0,00	0,00
6358	PILHA PEQUENA (AA) ALCALINA MAXPRINT PT04 REF 756343 MAXPRINT	85061019	2 00	5102	UN	12,0000	6,77	81,24	81,24	14,62	0,00	18,00	0,00	0,00
6357	PILHA PALITO (AAA) ALCALINA MAXPRINT PT04 REF 756362 MAXPRINT	85061019	2 00	5102	UN	12,0000	6,16	73,92	73,92	13,31	0,00	18,00	0,00	0,00
2556	PILHA BATERIA 3V CR2032 LITHIUM MAXPRINT	85068090	0 00	5102	UN	4,0000	3,00	12,00	12,00	2,16	0,00	18,00	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
7520	CLIPS 8 0 CX 137 PCS LINHA LEVE WIREPLAST TOP	83059000	0 00	5102	UN	1,0000	12,45	12,45	12,45	2,24	0,00	18,00	0,00	0,00
11420	PINCEL QUADRO BRANCO AZUL RECARREGAVEL MASTERPRINT MASTERPRINT	96082000	2 60	5405	UN	10,0000	3,30	33,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11444	PINCEL QUADRO BRANCO PRETO RECARREGAVEL MASTERPRINT MASTERPRINT	96082000	0 60	5405	UN	10,0000	3,30	33,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor aproximado dos tributos: R$ 121,08(16,052%) - Fonte: IBPT ; Te
rmo de Fomento N ADM 013 2021 firmado entre o Instituto Alpha e a Pr
efeitura de Cubatao - SP Endereco para entrega: Av. 9 de abril, 280
0 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-000;SEP. LUCCAS- CONF. CLAUDIO 1
VOL E 16:02

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 25/05/23

RECEBEMOS DE LORES COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			VALOR DA NOTA R$ 754,30	NF-e Nº: 000.136.626 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 000.136.626
SÉRIE: 1
FOLHA: 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
3523 0500 4804 0700 0163 5500 1000 1366 2611 3662 6165

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
135230807467026 - 25/05/2023 16:11:03

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

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
11442	LIVRO PROTOCOLO CORRESPONDENCIA 1 4 52FLS REF 126861 TILIBRA	48201000	0 60	5405	UN	5,0000	9,29	46,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1042	LIVRO ATAS 200FLS 202 X 300 MM TILIBRA	48202000	0 60	5405	UN	4,0000	25,20	100,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2085	CAPA ENCADERNACAO A4 PRETA CONTRA CAPA REF.1312 LASSANE	39211200	0 00	5102	UN	50,0000	0,45	22,50	22,50	4,05	0,00	18,00	0,00	0,00
2083	CAPA ENCADERNACAO A4 INCOLOR LASSANE	39211200	0 00	5102	UN	50,0000	0,52	26,00	26,00	4,68	0,00	18,00	0,00	0,00
1752	PINCEL MARCA TEXTO AMARELA REF 96010 MARCAS	96082000	0 60	5405	UN	12,0000	1,34	16,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3478	PINCEL MARCADOR CD DVD 2 PONTAS AZUL KAZ MAXPRINT	96082000	0 60	5405	UN	2,0000	4,59	9,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2961	PINCEL MARCADOR CD DVD 2 PONTAS PRETO KAZ MAXPRINT	96082000	0 60	5405	UN	2,0000	4,57	9,14	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
11222	TESOURA 21 CM REF 1001.13.100 PLANETA	82130000	2 60	5405	UN	1,0000	9,19	9,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11396	GRAMPEADOR 20 FLS MAXPRINT 11,5 CM BASE MX-G20C MAXPRINT	84729040	2 00	5102	UN	2,0000	10,90	21,80	21,80	3,92	0,00	18,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 25/05/23.

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

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
05/2023

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 25 de maio de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 075-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

16 und Fita adesiva cristal 45x100;
05 und Grampo para grampeador 26/6;
03 und Tinta para carimbo radex – preta;
01 und Tinta para carimbo radex – azul;
50 und Envelope kraft KN32;
50 und Envelope plástico c/ 04 furos médio;
12 cart Pilha alcalina AA c/04 und cada;
12 cart Pilha alcalina AAA c/04 und cada;
04 und Baterial 3V lithium;
01 cx Clips 2/0 linha leve;
01 cx Clips 8/0 linha leve;
10 und Pincel quadro branco – azul;
10 und Pincel quadro branco – preto;
05 und Livro protocolo/correspondência 52fls;
04 und Livro ATA 200fls;
50 und Capa encadernação A4 preta;
50 und Capa encadernação A4 incolor;

ALPHA
INSTITUTO

12 und Pincel marca texto amarela;
02 und Pincel marcador permanente – azul;
02 und Pincel marcador permanente – preto;
02 und Régua 30cm;
01 und Tesoura 21cm;
02 und Grampeador 20fls maxprint.

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

0500

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003021

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/06/2023

Valor
142,66

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
18.835.198/0001-99

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
00190.00009.02595.115003.08429.911178.5.93900000014266

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
142,66	0,00	0,00	142,66

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 150659 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A54CE263E018B633

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Recibo do Pagador

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08429.911178 5 93900000014266

Nome do Pagador/Cpf/Cnpj/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO - 333
11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP
14.512.229/0001-10

Nosso Número	Nº Documento	Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
25951150008429911	150659-1	23/06/2023	142,66	

Nome do Beneficiário/Cpf/Cnpj/Endereço
SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA
R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060
18.835.198/0001-99

Agência /Código do Beneficiário
4770-8/35191-1

Autenticação Mecânica

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08429.911178 5 93900000014266

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Vencimento: 23/06/2023

Nome do Beneficiário
SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA
18.835.198/0001-99

Agência /Código do Beneficiário: 4770-8/35191-1

Data Documento	Nº Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento
02/06/2023	150659-1	DM	N	02/06/2023
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie**	**Quantidade**	**X Valor**
	17	R$		

Nosso Número: 25951150008429911

(=) Valor do Documento: 142,66

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

MORA DIÁRIA: 0,33% (R$ 0,47) - MULTA: 2,00% (R$ 2,85)

A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO.
7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO
.
NFE 150659

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Juros/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO - 333
11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP
14.512.229/0001-10

Sacador/Avalista:

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Comprovante de entrega

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08429.911178 5 93900000014266

Nome do Pagador/Cpf/Cnpj/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Nome do Beneficiário/Cpf/Cnpj/Endereço
SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

Nosso Número	Nº Documento	Vencimento	Valor do Documento
25951150008429911	150659-1	23/06/2023	142,66

( ) Mudou-se
( ) Ausente
( ) Recusado
( ) Outros - anotar no verso

Recebi(emos) o boleto / título com as caracteristicas acima

Data **Nome** **Assinatua**

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

0502

RECEBEMOS DE SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			VALOR NOTA R$ 142,66	NF-e Nº: 000.150.659 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

R DOS JESUITAS, 550
CIDADE INDL. SATELITE
GUARULHOS
SP
TEL/FAX: 1124121517
CEP: 07231060

SPECIAL

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº 000.150.659
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0618 8351 9800 0199 5500 1000 1506 5910 0153 0799

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI	135230853918624 - 02/06/2023 08:49:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
796140310113		18.835.198/0001-99

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	02/06/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	CENTRO		11013-151	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SANTOS		SP		

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	23/06/2023	142,66

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
142,66	25,68	0,00	0,00	142,66

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44,87	142,66

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7	GAS/CILINDRO			3.500.000,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2 (5.1) - CAP 1,00M3 7 CILINDRO(S)	28044000	0 00	5102	M3	7,0000	20,3800	142,66	142,66	25,68	0,00	18,00	0,00	44,87

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-O-125/23 FAB:30/05/2023
Valor Aproximado dos Tributos R$ 44,87 (31,45%) Fonte: IBPT

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 02/06/23
ASS. Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1204
COMPETÊNCIA
06/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO 188644 (romaneio 49079)
Titulos: Nro 106830/1 Venc. 23-06-2023 Valor 142,66
DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS O PERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO

RESERVADO AO FISCO

Santander

Internet Banking Empresarial

0503

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
VALMIR MAZIERO

CPF
008.889.368-50

Conta Informada
0033-3553-000010042331

Conta Salário
0033-3553-000713244087

Conta Creditada
0033-3553-000010042331

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002948

Nro Compromisso Cliente
096

Data do Crédito
22/06/2023

Valor R$
3.725,48

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E05F16AE1297CA6FD5

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)

22/06 0504

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: VALMIR MAZIERO		(000096) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00077953 Serie: 00022	Admissão: 16/07/2018	Função: GERENTE ADMINISTRATIVO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 68

PERÍODOS

Período aquisitivo 16/07/2021 a 15/07/2022	Período Gozo das Férias 26/06/2023 a 10/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.201,82	
597 1/3 Férias	1.067,27	
902 INSS Férias		352,85
913 IRRF Férias		190,76
Totais	**********4.269,09	**********543,61
	Líquido:	**********3.725,48

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 06/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$3.725,48
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: VALMIR MAZIERO		(000096) / Depto.: 0000
CTPS 00077953 / 00022	Admissão 16/07/2018	Função: GERENTE ADMINISTRATIVO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
15 Dias	00	16/07/2021 a 15/07/2022	26/06/2023 a 10/07/2023
Data 26/05/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 26/05/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

0506

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003023		22/06/2023	67.356,70

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
CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI EPP

CNPJ/CPF
20.025.921/0001-16

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0569
Conta 00000000000130014317

Número do Documento
900003023
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 190 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E376E5A74D368DEFAAD

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 Nº 000.000.190 Série 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

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 000.000.190
Série 1
Folha 1 de 1

Chave de Acesso
3523 0620 0259 2100 0116 5500 1000 0001 9012 7889 3478

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	**135230972945669 21/06/2023 10:24:59**

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	21/06/2023

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		10:25:35

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	67.356,70

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	67.356,70

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	1015	5,80	0,00	5.887,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10026	COLACAO	21069029	0102	5102	UN	1015	5,60	0,00	5.684,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10027	ALMOCO	21069029	0102	5102	UN	1049	17,50	0,00	18.357,50	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10028	LANCHE	21069029	0102	5102	UN	992	5,80	0,00	5.753,60	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10029	JANTAR	21069029	0102	5102	UN	1002	17,50	0,00	17.535,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10030	CEIA	21069029	0102	5102	UN	993	5,60	0,00	5.560,80	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10031	FORMULA	19011010	0102	5102	UN	275	5,00	0,00	1.375,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10032	AGUA	22011000	0102	5102	LT	1229	2,20	0,00	2.703,80	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10033	DIETA ENTERAL	21069030	0102	5102	UN	150	30,00	0,00	4.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %

CENTRO DE CUSTO

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

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

Trib aprox R$: 8933,37 Fed, 11826,79 Est e 0,00 Mun
R$ 20760,16(30,82%) de tributos Fonte: IBPT [M2L5P8]

RESERVADO AO FISCO

CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI - PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR

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

UNIDADE HOSPITALAR: _____

mai/23

DATA 01/05/23 `a 31/05/23			
	QTD.	VLR. UN.	VLT. TOTAL
Desjejum	1015	R$ 5,80	R$ 5.887,00
Colação	1015	R$ 5,60	R$ 5.684,00
Almoço	1049	R$ 17,50	R$ 18.357,50
Lanche	992	R$ 5,80	R$ 5.753,60
Jantar	1002	R$ 17,50	R$ 17.535,00
Ceia	993	R$ 5,60	R$ 5.560,80
Formulas	275	R$ 5,00	R$ 1.375,00
Agua	1229	R$ 2,20	R$ 2.703,80
Dieta Enteral	150	R$ 30,00	R$ 4.500,00
Total	**7720**		**R$ 67.356,70**

0509

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003024
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
22/06/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Codigo de Barras:	84670000006-6 92820162202-6 30620573000-6 00271463523-8
Data de Pagamento:	22/06/2023
Valor:	R$ 692,82
Data da Transacao:	22/06/2023
Hora da Transacao:	13:53:29
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E3770FFDE2AAB3EDFD1

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COD 573176159189 REF 05 2023

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

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

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

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

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

Claro

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL, 02800 D.O
CENTRO
11510-003 CUBATAO SP

Código
573/176159189

CPF/CNPJ
14.512.229/0001-10

Vencimento
20/06/2023

Valor
692,82

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

0510

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHACLARO.COM.BR

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse claro.com.br/minha-claro, faça seu login ou cadastre-se.

Atenção: o cancelamento de seus serviços CLARO, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Caro cliente, conforme informado na última fatura, o valor promocional do seu plano de telefonia fixa mudou.

Minha Claro:

- PLUS HD PME FID
- Claro net virtua
- FONE EMPRESA ILIM BR 1L

Claro-clube
Cadastre-se em: www.claro.com.br/claro-clube

descrição	total
Claro tv +	344,76
Claro net virtua	304,02
NET Fone	44,04

Valor total
692,82

Claro tv +

Mensalidade Claro tv +	
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/05/23 A 31/05/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	142,67
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	252,11
A La Carte	
01/05/23 A 31/05/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	36,01
01/05/23 A 31/05/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	77,28
Pacotes de Filmes/Conteudo	
MENSALIDADE PACOTE NOW	15,37
Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo	15,37
Total Claro tv +	344,76

Claro net virtua

Mensalidade Claro net virtua	
01/05/23 A 31/05/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01
01/05/23 A 31/05/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	152,01
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	304,02
Total Claro net virtua	304,02

NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO	
ASSINATURA		44,04
Total NET Fone		44,04

FIQUE ATENTO CONTRA FRAUDES E UTILIZE SEMPRE OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO.

A Claro **não entra em contato** por telefone ou WhatsApp com seus clientes para falar sobre:

- INTERRUPÇÃO DE SUA INTERNET
- INTERRUPÇÃO DE SINAL DA SUA TV
- ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO
- INDICAR SERVIÇOS DE OUTRAS OPERADORAS

ESSES SÃO OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO:

Minha Claro residencial – Baixe o app | (11) 99999-10621 – Atendimento via WhatsApp | Central de Atendimento: 10621 | Ligações da Claro para ofertas e vantagens: 0800-728-1234

Juntos contra a fraude.

Conheça nossos **Canais Oficiais** e saiba mais em: **claro.com.br/seguranca**.

Claro – Você merece o novo.

"Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja"
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET fillada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão inclusos nas suas próximas faturas.

Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).
Ligue 10621 para informações, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita).
Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO: 573234141116600, 573234141116584, 573234131079503, 573234130335930, 573234129184737

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA SA., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO INTER S.A., BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO ORIGINAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOJ, MULTIPAGOS

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	NET SERVICOS 5731761591891	Maio/2023	20/06/2023	692,82

84670000006-6 92820162202-6 30620573000-6 00271463523-8

Pague com **Pix** Clique

Claro

Cliente:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:
2306903311886

0511

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHACLARO.COM.BR

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

01/01

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R$)
Telefone: 1333290447--FRANQUIA 001					
FONE EMPR ILIMITADO BRASIL 1L					36,54
22/04/2023 A 21/05/2023			SubTotal		36,54
SERVICOS DIGITAIS FONE					7,50
22/04/2023 A 21/05/2023			SubTotal		7,50
			SubTotal		44,04
			Total Serviço		44,04

Claro NXT Telecomunicações S.A
Rua Henri Dunant,780
Santo Amaro
04709-110 São Paulo - SP
CNPJ: 66.970.229/0001-67
IE: 114166101115

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SERIE D01

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL, 02800 D.O CENTRO
CUBATAO SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10

Código: 573/176159189 Mês: Maio/2023
Número: 0100027161 Emissão: 07/06/2023
I.E: ISENTO Vencimento: 20/06/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

0512

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHACLARO.COM.BR

Discriminação do Serviço

		ICMS	
TV POR ASSINATURA			
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	17,12	142,67
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	4,32	36,01
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,95	41,27
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	1,84	15,37
MENSALIDADE PACOTE NOW			344,76
SUB TOTAL	TV POR ASSINATURA		
BANDA LARGA			
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	27,36	152,01
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
SUB TOTAL	BANDA LARGA		272,02

VALOR DA NOTA FISCAL: **616,78**

ICMS Base de Cálculo: 501,87 Alíquota: 18,00% Valor: 90,31

Reservado ao Fisco

Reservado ao Fisco
6FFF.3405.D5FA.1BBA.AA20.A537.F55E.A860

- Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente./TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto 45.490/00 - SP/- Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003/Central de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n 095166/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 90,31 - FUST TOTAL 5,07 - FUNTTEL TOTAL 2,54

A oferta conjunta NET Virtua + é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais
SVA-SKEELO EMPRESA:R$ 25 / -ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVICE- EMP:R$ 7

CLARO S.A.
RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A E TORRE
CEP: 04709110 SAO PAULO - SP
CNPJ: 40.432.544/0001-47
I.E.: 114.814.878.119

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV 9 DE ABRIL 02800
CENTRO
CUBATAO - SP
CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENTO

Código Cliente: 00155682626-0000 UF: SP VIA ÚNICA
Data Emissão: 01/06/2023 NF: 011073589
Nº Fatura: 2306903311886 Série: B1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

DOC.FISCAL MEIO ELETRONICO RE 036820/2019

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS/ORIGEM	ALÍQ. ICMS	ICMS	VALOR(R$)
NET FONE VIA EMBRATEL / NET FONE VIA EMBRATE	18,00	6,57	36,54

Reservado ao Fisco:
c11d.b125.ccd6.92b3.09db.b6f0.c7ba.93c1

	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENTO	VALOR OUTROS
	36,54	36,54	18,00	6,58	0,00	0,00
TOTAL:	36,54	36,54		6,58	0,00	0,00

MENSAGEM:
1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS , A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 6,58
Contribuição FUST NET FONE = R$ 0,28 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R$ 0,14

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003025
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
22/06/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Codigo de Barras:	84620000006-1 49670162202-9 30620573000-6 00271463536-0
Data de Pagamento:	22/06/2023
Valor:	R$ 649,67
Data da Transacao:	22/06/2023
Hora da Transacao:	13:53:29
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E3733390E670BAE3F2F

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COD 573176159626 REF 05 2023

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

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

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

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

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

Claro

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES, 00132 HOSPITAL SALA 1
VILA NOVA
11520-110 CUBATAO SP

Código
573/176159626

CPF/CNPJ
14.512.229/0001-10

Vencimento
20/06/2023

Valor
649,67

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

0514

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHACLARO.COM.BR

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse claro.com.br/minha-claro, faça seu login ou cadastre-se.

Atenção: o cancelamento de seus serviços CLARO, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Caro cliente, conforme informado na última fatura, o valor promocional do seu plano de telefonia fixa mudou.

Minha Claro:

MIX HD FIDELIDADE

Claro net virtua

ILIM BRASIL TOTAL EMP PME 1L

Claro-clube
Cadastre-se em: www.claro.com.br/claro-clube

descrição	total
Claro tv +	340,01
Claro net virtua	272,72
NET Fone	36,94

Valor total
649,67

Claro tv +

Mensalidade Claro tv +	
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/05/23 A 31/05/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	193,89
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/05/23 A 31/05/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	298,74
A La Carte	
01/05/23 A 31/05/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	41,27
Total Claro tv +	340,01

Claro net virtua

Mensalidade Claro net virtua	
01/05/23 A 31/05/23 OFERTA CONJUNTA BL NET EMP 140 MEGA FID + APLICATIVOS	149,73
01/05/23 A 31/05/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 70 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	122,99
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	272,72
Total Claro net virtua	272,72

NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO	
ASSINATURA		36,94
Total NET Fone		36,94

FIQUE ATENTO CONTRA FRAUDES E UTILIZE SEMPRE OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO.

A Claro **não entra em contato** por telefone ou WhatsApp com seus clientes para falar sobre:

INTERRUPÇÃO DE SUA INTERNET
INTERRUPÇÃO DE SINAL DA SUA TV
ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO
INDICAR SERVIÇOS DE OUTRAS OPERADORAS

ESSES SÃO OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO:
Baixe o app
(11) 9999-10621 Atendimento via WhatsApp
Central de Atendimento: 10621
Ligações da Claro para ofertas e vantagens: 0303-720-1234

Juntos contra a fraude.
Conheça nossos Canais Oficiais e saiba mais em: claro.com.br/seguranca
Claro
Você merece o novo.

"Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja"
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão inclusos nas suas próximas faturas.
Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).
Ligue 10621 para informações, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita).
Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
573234131081699, 573234115698658, 573234109836512, 573234080767181, 573234080766159

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA SA., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO INTER S.A., BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO ORIGINAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOJ, MULTIPAGOS

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	NET SERVICOS 5731761596265	Maio/2023	20/06/2023	649,67

84620000006-1 49670162202-9 30620573000-6 00271463536-0

Pague com **Pix**
Clique

Claro

Cliente:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:
2306903311890

0515

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHACLARO.COM.BR

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel 01/01

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R$)
Telefone: 1333719178--FRANQUIA 001					
FONE EMP ILIM BRASIL TOTAL 1L					29,44
22/04/2023 A 21/05/2023			SubTotal		29,44
SERVICOS DIGITAIS FONE					7,50
22/04/2023 A 21/05/2023			SubTotal		7,50
			SubTotal		36,94
			Total Serviço		36,94

Claro NXT Telecomunicações S.A
Rua Henri Dunant,780
Santo Amaro
04709-110 São Paulo - SP
CNPJ: 66.970.229/0001-67
IE: 114166101115

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SERIE D01

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES, 00132 HOSPITAL SALA 1 VILA NOVA
CUBATAO SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10

Código: 573/176159626 Mês: Maio/2023
Número: 0100027162 Emissão: 07/06/2023
I.E: ISENTO Vencimento: 20/06/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

0516

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHACLARO.COM.BR

Discriminação do Serviço

		ICMS	
TV POR ASSINATURA			
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	23,27	193,89
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,95	41,27
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/05/23 A 31/05/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
SUB TOTAL	TV POR ASSINATURA		340,01
BANDA LARGA			
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 70 MEGA FIDELIDADE	16,38	90,99
01/05/23 A 31/05/23	MENSALIDADE VIRTUA BL NET EMP 140 MEGA FID	21,19	117,73
SUB TOTAL	BANDA LARGA		208,72

VALOR DA NOTA FISCAL: **548,73**

ICMS Base de Cálculo: 435,40 Alíquota: 18,00% Valor: 78,36

Reservado ao Fisco
44E5.B79A.9037.0FDC.C4E6.1F87.C565.DBDF

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente./TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto 45.490/00 - SP/- Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003/Central de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095166/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 78,36 - FUST TOTAL 4,54 - FUNTTEL TOTAL 2,27

A oferta conjunta NET Virtua + é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais
SVA-ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVICB- EMP:R$ 7 / -ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVICB- EMP:R$ 7 / -SKEELO EMPRESA:R$ 25 / -SKEELO EMPRESA:R$ 25

CLARO S.A.
RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A E TORRE
CEP: 04709110 SAO PAULO - SP
CNPJ: 40.432.544/0001-47
I.E.: 114.814.878.119

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES 00132 HOSPITAL SALA 1
CENTRO
CUBATAO - SP
CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENTO

Código Cliente: 00155682626-0008 UF: SP VIA ÚNICA
Data Emissão: 01/06/2023 NF: 011073590
Nº Fatura: 2306903311890 Série: B1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

DOC.FISCAL MEIO ELETRONICO RE 036820/2019

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS/ORIGEM	ALÍQ. ICMS	ICMS	VALOR(R$)
NET FONE VIA EMBRATEL / NET FONE VIA EMBRATE	18,00	5,29	29,44

Reservado ao Fisco:
38b2.09ab.1a9c.0ebe.0734.a5bf.89ca.a8cd

	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENTO	VALOR OUTROS
	29,44	29,44	18,00	5,30	0,00	0,00
TOTAL:	29,44	29,44		5,30	0,00	0,00

MENSAGEM:
1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS , A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 5,30
Contribuição FUST NET FONE = R$ 0,23 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R$ 0,11

0517

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003026
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
22/06/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Codigo de Barras:	84890000003-7 25400162202-3 30622130890-1 85904011922-0
Data de Pagamento:	22/06/2023
Valor:	R$ 325,40
Data da Transacao:	22/06/2023
Hora da Transacao:	13:53:29
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E37AE1025BC3E8F052D

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 157430101062023 REF 05 2023

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

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

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

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

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

Claro-empresas

0518

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR
AV CONSELHEIRO NEBIAS 703 CONJ
2501
BOQUEIRAO
11045-003 SANTOS SP

Período de uso
de 05/05/2023 a 04/06/2023
Nº da conta: 130890859
Nº do cliente: 124180048
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

Vencimento
22/06/2023

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado **R$ 325,40**

Total a pagar R$ 325,40

CANAIS DE ATENDIMENTO:
Atendimento Claro - Ligue 1052
Ouvidoria - Ligue 08007010180
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

1. PLANO CONTRATADO	VALOR R$
Individual Oferta Conjunta Claro MIX Claro Internet Empresa [075] Aplicativos Digitais	325,40
SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO	**R$ 325,40**

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R$
DADOS	286.720,000 MB	2.392,280 MB	-	0,00
TOTAL A PAGAR			R$	325,40

AVISOS AO CLIENTE

Informações sobre regra de suspensão da inadimplência conforme RGC 632/2014 Art 90 a 97: Transcorridos 15 dias da Notificação do débito poderá ocorrer a Susp Parcial, transcorridos 30 dias da susp parcial poderá ocorrer a Susp Total, e transcorridos 30 dias da susp total o contrato poderá ser rescindido. Da rescisão do contrato poderá ocorrer a inclusão do registro do débito junto aos órgãos de Proteção ao crédito. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central Anatel: 1331. Pague sua conta nos bancos credenciados: Bradesco, Banco do Brasil, CEF, Itaú, Santander e outros. As regras do roaming internacional sofrerão mudanças a partir de abril. Para conhecer, consulte o regulamento em https://www.claro.com.br/empresas/celular/claro-passaporte.

DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 163720122/062023

Descrição	Valor ISS (R$)	Valor cobrado (R$)
PJ Hero Adv PJ	1,68	83,60
PJ Revista Full		25,40
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	**1,68**	**109,00**

Prezado Cliente, este boleto não quita saldos de meses anteriores.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

CLIENTE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE-
BANDA LARGA

Débito Automático
130890859

Data de Vencimento
22/06/2023

Valor
R$ 325,40

84890000003-7 25400162202-3 30622130890-1 85904011922-0

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de

Pague com Pix

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 157430101/062023

0519

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, - Santo Amaro Torre A e Torre B
04709-110 - Sao Paulo - SP
CNPJ 40.432.544/0001-47
Inscrição Estadual 114814878119
Atendimento Claro: 1052
www.claro.com.br

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE- BANDA LARGA
AV CONSELHEIRO NEBIAS 703 - CONJ 2501 BOQUEIRAO
11045-003 - SANTOS - SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 130890859
Nº do cliente: 124180048

Modelo: 22 Série B64 Via Única
Data de emissão: 05/06/2023
Período: 05/05/2023 a 04/06/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
8ef5.2a27.a44d.599e.87ae.2a41.b49c.4baa

Serviços	Base de cálculo (R$) ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R$)	Valor (R$)
Claro Internet Empresa	216,40	18,00	38,95		216,40
Valor Total da Nota Fiscal	**216,40**		**38,95**	**0,00**	**216,40**

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

Autorização para Débito em Conta

Autorizo o Débito Automático dos valores devidos em razão de serviço móvel pessoal prestado pela Claro SP DDD 12 a 19 na conta corrente abaixo especificada. Comprometo-me a manter saldo suficiente e disponível para arcar com o débito destes valores na data do seu vencimento. O código de identificação para Débito Automático está impresso abaixo.

Código Débito Automático: **130890859** Claro SP DDD 12 a 19

Agência: _____

Nome do Cliente: CPF/CNPJ: _____

CPF/CNPJ: _____

Banco: _____

Data: _____

VALOR DE COBRANÇAS POR CELULAR - USO POR TIPO DE LIGAÇÃO E SERVIÇOS EXCEDENTES

	(13) 99103 5493	(13) 99204 3015
Cobranças e Descontos		
Oferta Conjunta Claro MIX	R$ 162,70	R$ 162,70
Claro Internet Empresa	-	-
Aplicativos Digitais	-	-
TOTAL PARA CADA CELULAR	**R$ 162,70**	**R$ 162,70**

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99103 5493

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	162,70
Claro Internet Empresa	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 162,70**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	Mbytes Utilizados	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Serviço				
Internet	597,234	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	6,490	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**603,725**			**0,00**

A cobrança do serviço de Internet pode ocorrer até 90 dias após o seu uso, conforme artigo 78 do RGC.

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99204 3015

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	162,70
Claro Internet Empresa	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 162,70**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	Mbytes Utilizados	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Serviço				
Internet	1.775,273	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	13,287	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**1.788,561**			**0,00**

A cobrança do serviço de Internet pode ocorrer até 90 dias após o seu uso, conforme artigo 78 do RGC.

0521

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003027
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
22/06/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

Empresa:	CLARO SA
Codigo de Barras:	84840000001-1 59960162202-3 30620117992-8 84905611922-8
Valor:	R$ 159,96
Hora da Transacao:	13:53:29

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Autenticacao:	3F10E3764D30AA7FD935B4B
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025

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

Data de Pagamento:	22/06/2023
Data da Transacao:	22/06/2023
Canal:	PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço
20

Complemento do Tipo de Serviço
NF 157243091062023 REF 05 2023

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

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

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

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

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

Claro-empresas

0522

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AL ITAPECURU 645 CONJ 1230
ALPHAVILLE CENTRO INDUSTRIAL E
06454-080 BARUERI SP

Período de uso
de 05/05/2023 a 04/06/2023
Nº da conta: 117992849
Nº do cliente: 111568211
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

Vencimento
20/06/2023

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado **R$ 159,96**

Total a pagar R$ 159,96

CANAIS DE ATENDIMENTO:
Atendimento Claro - Ligue 1052
Ouvidoria - Ligue 08007010180
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

1. PLANO CONTRATADO	VALOR R$
Individual	159,96
Oferta Conjunta Claro MIX	
Claro Life Ilimitado 2GB [190]	
Aplicativos Digitais	0,00
PJ Bônus de Internet Turbo - 1GB	
SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO	**R$ 159,96**

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R$
VOZ	Ilimitado	30s	-	0,00
DADOS	12.288,000 MB	-	-	0,00

VALOR DE COBRANÇAS POR CELULAR - USO POR TIPO DE LIGAÇÃO E SERVIÇOS EXCEDENTES

	(13) 99162 6940	(13) 99209 0557	(13) 99209 1101	(13) 99209 1710
Cobranças e Descontos	R$ 39,99	R$ 39,99	R$ 39,99	R$ 39,99
Oferta Conjunta Claro MIX	-	-	-	-
Claro Life Ilimitado 2GB	-	-	-	-
Aplicativos Digitais	-	-	-	-
TOTAL PARA CADA CELULAR	**R$ 39,99**	**R$ 39,99**	**R$ 39,99**	**R$ 39,99**

TOTAL A PAGAR R$ 159,96

AVISOS AO CLIENTE

Informações sobre regra de suspensão da inadimplência conforme RGC 632/2014 Art 90 a 97: Transcorridos 15 dias da Notificação do débito poderá ocorrer a Susp Parcial, transcorridos 30 dias da susp parcial poderá ocorrer a Susp Total, e transcorridos 30 dias da susp total o contrato poderá ser rescindido. Da rescisão do contrato poderá ocorrer a inclusão do registro do débito junto aos órgãos de Proteção ao crédito. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central Anatel: 1331. Pague sua conta nos bancos credenciados: Bradesco, Banco do Brasil, CEF, Itaú, Santander e outros. As regras do roaming internacional sofrerão mudanças a partir de abril. Para conhecer, consulte o regulamento em https://www.claro.com.br/empresas/celular/claro-passaporte.

DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 163500323/062023

Descrição	Valor ISS (R$)	Valor cobrado (R$)
Aplicativos digitais - Be Digital Light		16,00
Serviço de Gestão	0,80	39,60
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	**0,80**	**55,60**

Prezado Cliente, este boleto não quita saldos de meses anteriores.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

CLIENTE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Débito Automático
117992849

Data de Vencimento
20/06/2023

Valor
R$ 159,96

84840000001-1 59960162202-3 30620117992-8 84905611922-8

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de

Pague com Pix

0523

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 157243091/062023

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, - Santo Amaro Torre A e Torre B
04709-110 - Sao Paulo - SP
CNPJ 40.432.544/0001-47
Inscrição Estadual 114814878119
Atendimento Claro: 1052
www.claro.com.br

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL 2800 - CONJ 1230 CENTRO
11510-003 - CUBATAO - SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 117992849
Nº do cliente: 111568211

Modelo: 22 Série B64 Via Única
Data de emissão: 05/06/2023
Período: 05/05/2023 a 04/06/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
bb8c.abbf.a9f6.2470.b640.3730.5dd3.900d

Serviços	Base de cálculo (R$)	ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R$)	Valor (R$)
Claro Life Ilimitado 2GB	78,28		18,00	14,09		78,28
Valor Total da Nota Fiscal	**78,28**			**14,09**	**0,00**	**78,28**

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 2982020/062023

Claro SA
Rua Henri Dunant, 780 - Santo Amaro Torre A e Torre B
04709-110 - Sao paulo - SP
CNPJ 40.432.544/0001-47
Inscrição Estadual 114814878119

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL 2800 - CONJ 1230 CENTRO
11510-003 - CUBATAO - SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 117992849
Nº do cliente: 111568211

Modelo: 22 Série A7C Via Única
Data de emissão: 05/06/2023
Período: 05/05/2023 a 04/06/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
99cf.1839.fda2.4326.4273.4785.cd62.88f0

Serviços	Base de cálculo (R$)	ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R$)	Valor (R$)
Claro Life Ilimitado 2GB	26,08		18,00	4,69		26,08
Valor Total da Nota Fiscal	**26,08**			**4,69**	**0,00**	**26,08**

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99162 6940

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Claro Life Ilimitado 2GB	-
PJ Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 39,99**

Interurbanas e Rec. em viagem

Ligações com o Código 21 - Embratel

Data	Hora	Origem-Destino	Número	Dur. Efetiva	Duração	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
30/05	15:00:16	São Paulo São Paulo (11)	11977292779	00:00:30	00:00:30	0,00	0,00
Total				**00:00:30**	**00:00:30**	**0,00**	**0,00**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	Mbytes Utilizados	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Serviço				
Internet	0,335	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	0,031	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**0,366**			**0,00**

A cobrança do serviço de Internet pode ocorrer até 90 dias após o seu uso, conforme artigo 78 do RGC.

TOTAL **30s**

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 1101

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Claro Life Ilimitado 2GB	-
PJ Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 39,99**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	Mbytes Utilizados	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Serviço				
Internet	1.227,352	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	0,680	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**1.228,031**			**0,00**

A cobrança do serviço de Internet pode ocorrer até 90 dias após o seu uso, conforme artigo 78 do RGC.

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 0557

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Claro Life Ilimitado 2GB	-

Autorização para Débito em Conta

Autorizo o Débito Automático dos valores devidos em razão de serviço móvel pessoal prestado pela Claro SP DDD 12 a 19 na conta corrente abaixo especificada. Comprometo-me a manter saldo suficiente e disponível para arcar com o débito destes valores na data do seu vencimento. O código de identificação para Débito Automático está impresso abaixo.

Código Débito Automático: **117992849** Claro SP DDD 12 a 19

Agência: _____

Nome do Cliente: CPF/CNPJ: _____

CPF/CNPJ: _____

Banco: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Descrição	Total (R$)
PJ Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	R$ 39,99

0524

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 992091710

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Claro Life Ilimitado 2GB	-
PJ Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	R$ 39,99