0525

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003028

No. compromisso cliente

Data do Crédito
26/06/2023

Valor
455,20

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/06/2023

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
KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVE

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
17.232.837/0001-69

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02869.214003.00012.300174.6.93910000045520

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 17523 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E375644967374864E94

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.300174 6 93910000045520

Recibo do Pagador

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

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

Sacador / Avalista.

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
28692140000012300	17523	24/06/2023	455,20	

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

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

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

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento
25/05/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
25/05/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 3.00.02

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

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.300174 6 93910000045520

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
24/06/2023

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

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

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento
25/05/2023	17523	NF	N	25/05/2023

Nosso Número
28692140000012300

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

(=)Valor do Documento
455,20

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 3.00.02

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

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

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

Sacador / Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

0527

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRACA TAQUARITINGA, 160

PQ FERN JORGE

Cubatao SP

CEP 11500-060

Fone (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA | 1

No: 000017523

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0517 2328 3700 0169 5500 1000 0175 2319 4433 4133

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

Protocolo de Autorização de Uso 135230807298600 25/05/2023 15:50:39

351172328370001690001125004 4

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
283060995114

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO
25/05/2023

ENDEREÇO
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAIDA
25/05/2023

MUNICÍPIO
SANTOS

FONE / FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAIDA
15:50:05

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	24/06/2023	455,20									

CALCULO DO IMPOSTO

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

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
9-SEM OCORRENCIA

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (R$)	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1857484-1	COPO DESC. 180ML C/2500 BR - COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 25/05/23
ASS.
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1211

COMPETÊNCIA
05/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- CONTRATO DE GESTAO N 003/18 E TERMO ADITIVO N 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO SP/ ENDERECO ENTREGA: AV. 9 DE ABRIL,2800 CENTRO CUBATAO SP CEP: 11510-000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 163,19 (35,85%) Fonte : IBPT.

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 25 de maio de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 076.2023 – 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 item(s) abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

04 cxs Copo descartável 180ml c/2500 unidades cada.

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

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

0529

No. compromisso banco
900003029

No. compromisso cliente

Data do Crédito
26/06/2023

Valor
5.295,16

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
CENTRO AP M. P. S - CAMPS

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
58.253.667/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.57007.04770.138073.90156.920002.9.93920000529516

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
5.295,16	0,00	0,00	5.295,16

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 24844 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37B814C534CEC96E2A

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)

0530

RECIBO DO PAGADOR

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04770.138073 90156.920002 9 93920000529516**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.	Vencimento **25/06/2023**
Beneficiário **CENTRO AP M. P. S - CAMPS** **CNPJ/CPF:** 58.253.667/0001-86 AV WASHINGTON LUIS, 02, , 11050200 - VL MATHIAS - SANTOS - SP	Agência/Código Beneficiário 8079/01569-2
Data do documento 15/06/2023 · Núm. do documento 24844/06R · Espécie Doc. DSI · Aceite N · Data Processamento 15/06/2023	Nosso Número 157 / 00047701 - 3
Uso do Banco · Carteira 157 · Espécie R$ · Quantidade · Valor	(=) Valor do Documento **5.295,16**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS REF. PAGTO RESCISAO DA JOVEM LORENA PHYETRA DE SOUZA SILVA CONFORME DEMONSTRATIVO	(-) Descontos/Abatimento (+) Juros/Multa (=) Valor Cobrado
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430 **CNPJ/CPF:** 14.512.229/0001-10 ALAMEDA ITAPECURU , 06454080 - ALPHAVILLE CENT - BARUERI - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:**	

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04770.138073 90156.920002 9 93920000529516**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.	Vencimento **25/06/2023**
Beneficiário **CENTRO AP M. P. S - CAMPS** **CNPJ/CPF:** 58.253.667/0001-86 AV WASHINGTON LUIS, 02, , 11050200 - VL MATHIAS - SANTOS - SP	Agência/Código Beneficiário 8079/01569-2
Data do documento 15/06/2023 · Núm. do documento 24844/06R · Espécie Doc. DSI · Aceite N · Data Processamento 15/06/2023	Nosso Número 157 / 00047701 - 3
Uso do Banco · Carteira 157 · Espécie R$ · Quantidade · Valor	(=) Valor do Documento **5.295,16**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS REF. PAGTO RESCISAO DA JOVEM LORENA PHYETRA DE SOUZA SILVA CONFORME DEMONSTRATIVO	(-) Descontos/Abatimento (+) Juros/Multa (=) Valor Cobrado
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430 **CNPJ/CPF:** 14.512.229/0001-10 ALAMEDA ITAPECURU , 06454080 - ALPHAVILLE CENT - BARUERI - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:**	

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

0531

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
24844

Data e Hora da Emissão	15/06/2023 16:13:51	Competência	15/6/2023	Código de Verificação	RQIIRZC50
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	CENTRO DE APRENDIZAGEM E MOBILIZACAO PROFISSIONAL E SOCIAL - CAMPS				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	58.253.667/0001-86	Inscrição Municipal	264354	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA WASHINGTON LUÍS ,2 - VILA MATHIAS CEP: 11050-200				
Complemento:	0000 / S/N	Telefone:	(13)3226-6464	e-mail:	compras@camps.org.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	BARUERI - SP
Endereço e CEP	ALAMEDA Itapecuru ,1230 - Alphaville Centro Industrial e Empresarial/Alphaville. CEP: 06454-080				
Complemento:	CONJ 1230	Telefone:		e-mail:	FINANCUB@ALPHAINSTITUTO.COM.BR

Discriminação dos Serviços

DIAS TRABALHADOS R$ 750,00 | CONT. INSTITUCIONAL R$ 745,16
FÉRIAS VENCIDAS + 1/3 - 12/12 AVOS - R$ 1.200,00 | CONT. INSTITUCIONAL R$ 1.232,00
FÉRIAS + 1/3 - 3/12 AVOS - R$ 300,00| CONT. INSTITUCIONAL R$ 308,00
13° SALARIO 5/12 AVOS - R$ 375,00| CONT. INSTITUCIONAL R$ 385,00

TOTAL - VERBAS RESCISÓRIAS R$ 2.625,00
TOTAL - CONTRIBUIÇÃO INSTITUCIONAL R$ 2.670,16

APRENDIZ: LORENA PHYETRA DE SOUZA SILVA

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1016
COMPETÊNCIA
06/2023

Código do Serviço / Atividade

27.01 / 8800600 - serviços de assistência social sem alojamento

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	5.295,16	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	5.295,16
(-) Desconto Incondicionado		4-Imune	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum		
Outras Retenções		Opção Simples Nacional		
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter:	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	5.295,16	Incentivador Cultura 2-Não		

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

CENTRO DE APRENDIZAGEM E MOBILIZAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIAL
CNPJ: 58.253.667/0001-86
Entidade beneficente certificada no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Declarado de Utilidade pública federal pelo Decreto Federal de 22/11/1991. Declarado de Utilidade pública estadual, pela Lei n° 4.135 de 04/07/1954. Declarado de Utilidade pública municipal pela Lei n° 3.822 de 03/10/1973, publicado no Diário Oficial da União no dia 23/11/1991. Registrado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Santos – CMDCA sob o n° 119 de 05/10/2006. Registrado no Conselho Municipal de Assistência Social de Santos - CMAS sob o n° 25 de 02/09/2001.Filiado à FEBRAEDA - Federação Brasileira das Associações Socieducacionais de Adolescentes. Registrado nos Programas de Aprendizagem Profissional do Ministério da Economia - ME

Santos, 01 de junho de 2023.

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE - 1430
CNPJ: 14.512.229/0001-10
AT. SETOR FINANCEIRO

MOTIVO:
TÉRMINO DE CONTRATO

Enviar o faturamento para:
financub@alphainstituto.com.br

Referente: RESCISÃO DE CONTRATO DE APRENDIZAGEM

Pela presente, enviamos os valores das verbas rescisórias do(a) Aprendiz abaixo discriminado(a) cujo pagamento deverá ser efetuado de acordo com o **VENCIMENTO DO BOLETO**, através de boleto bancário que será enviado por e-mail.

Nome e nº do(a) Aprendiz:			**LORENA PHYETRA DE SOUZA SILVA - 15931**
Período:			**03/03/2022 a 25/05/2023**
Salário base:	**R$**	**900,00**	**Salário Hora Atividade**
Salário base p/ férias + 1/3:	**R$**	**1.200,00**	**Salário Hora Atividade + 1/3**
Salário base p/ contribuição institucional:	**R$**	**1.320,00**	**Salário mínimo**
Salário base p/ férias + 1/3 contribuição institucional:	**R$**	**1.760,00**	**Salário mínimo + 1/3**

DISCRIMINAÇÃO	**REFERÊNCIA|AVOS**	**VERBAS RESCISÓRIAS**	**CONT. INSTITUCIONAL %**
DIAS TRABALHADOS	25	R$ 750,00	R$ 745,16
FÉRIAS VENCIDAS + 1/3	12	R$ 1.200,00	R$ 1.232,00
FÉRIAS PROP. + 1/3	3	R$ 300,00	R$ 308,00
13º SALÁRIO	5	R$ 375,00	R$ 385,00
(-) Descontos			
V.T. não utilizados			
V.R. não utilizados			
TOTAL APRENDIZ		**R$ 2.625,00**	**R$ 2.670,16**
TOTAL		**R$**	**5.295,16**

Elaborado por:
Ariadne França
Departamento Financeiro - CAMPS

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

0533

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003030		26/06/2023	2.044,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/06/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
CENTRO AP M. P. S - CAMPS

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
58.253.667/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.57007.04753.488073.90156.920002.2.93920000204450

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
2.044,50	0,00	0,00	2.044,50

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 24710 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A570967B931E8DDC

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 Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04753.488073 90156.920002 2 93920000204450**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.

Vencimento: **25/06/2023**

Beneficiário
CENTRO AP M. P. S - CAMPS **CNPJ/CPF:** 58.253.667/0001-86
AV WASHINGTON LUIS, 02, , 11050200 - VL MATHIAS - SANTOS - SP

Agência/Código Beneficiário: 8079/01569-2

Data do documento	Núm. do documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
07/06/2023	24710/06	DSI	N	07/06/2023	157 / 00047534 - 8

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**2.044,50**

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.

APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS
REF. PAGTO DO FATURAMENTO DO MES DE JUNHO/2023
CONFORME DEMONSTRATIVO

(-) Descontos/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430 **CNPJ/CPF:** 14.512.229/0001-10
ALAMEDA ITAPECURU , 06454080 - ALPHAVILLE CENT - BARUERI - SP
Beneficiário final: **CNPJ/CPF:**

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04753.488073 90156.920002 2 93920000204450**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.

Vencimento: **25/06/2023**

Beneficiário
CENTRO AP M. P. S - CAMPS **CNPJ/CPF:** 58.253.667/0001-86
AV WASHINGTON LUIS, 02, , 11050200 - VL MATHIAS - SANTOS - SP

Agência/Código Beneficiário: 8079/01569-2

Data do documento	Núm. do documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
07/06/2023	24710/06	DSI	N	07/06/2023	157 / 00047534 - 8

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**2.044,50**

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.

APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS
REF. PAGTO DO FATURAMENTO DO MES DE JUNHO/2023
CONFORME DEMONSTRATIVO

(-) Descontos/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430 **CNPJ/CPF:** 14.512.229/0001-10
ALAMEDA ITAPECURU , 06454080 - ALPHAVILLE CENT - BARUERI - SP
Beneficiário final: **CNPJ/CPF:**

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

0535

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 24710

Data e Hora da Emissão	07/06/2023 10:43:36	Competência	7/6/2023	Código de Verificação	Q36BGSGGC
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	CENTRO DE APRENDIZAGEM E MOBILIZACAO PROFISSIONAL E SOCIAL - CAMPS				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	58.253.667/0001-86	Inscrição Municipal	264354	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA WASHINGTON LUÍS ,2 - VILA MATHIAS CEP: 11050-200				
Complemento:	0000 / S/N	Telefone:	(13)3226-6464	e-mail:	compras@camps.org.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	BARUERI - SP
Endereço e CEP	ALAMEDA Itapecuru ,1230 - Alphaville Centro Industrial e Empresarial/Alphaville. CEP: 06454-080				
Complemento:	CONJ 1230	Telefone:		e-mail:	FINANCUB@ALPHAINSTITUTO.COM.BR

Discriminação dos Serviços

CONTRIBUIÇÃO INSTITUCIONAL R$ 924,00

REPASSE - PROJETO AVANTE PARA O FUTURO

SALÁRIO R$ 900,00
VT R$ 220,50

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1016
COMPETÊNCIA
06/2023

Código do Serviço / Atividade

27.01 / 8800600 - serviços de assistência social sem alojamento

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	2.044,50	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	2.044,50
(-) Desconto Incondicionado		4-Imune	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum		
Outras Retenções		Opção Simples Nacional		
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter:	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	2.044,50	Incentivador Cultura		
		2-Não		

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

CENTRO DE APRENDIZAGEM E MOBILIZAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIAL
CNPJ: 58.253.667/0001-86
Entidade beneficente certificada no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Declarado de Utilidade pública federal, pelo Decreto Federal de 22/11/1991. Declarado de Utilidade pública estadual pela Lei nº 4.135 de 04/07/1984. Declarado de Utilidade pública municipal pela Lei nº 3.822 de 03/10/1973, publicado no Diário Oficial da União no dia 25/11/1991. Registrado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Santos - CMDCA sob o nº 119 de 05/10/2006. Registrado no Conselho Municipal de Assistência Social de Santos - CMAS sob o nº 25 de 02/09/2001.Filiado à FEBRAEDA - Federação Brasileira das Associações Socieducacionais de Adolescentes. Registrado nos Programas de Aprendizagem Profissional do Ministério da Economia - ME.

Santos, 01 de junho de 2023.

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE - 1430
CNPJ: 14.512.229/0001-10
AT. SETOR FINANCEIRO

Enviar o faturamento para:
financub@alphainstituto.com.br

Condição de Pagamento: Hora Atividade
Contribuição Institucional: 70% Salário Mínimo
Benefícios: Vale Transporte

Pelo presente, solicito a V. Sª os valores referente ao Contrato de Aprendizagem das adolescentes aprendizes abaixo relacionadas, correspondente ao mês de **junho de 2023** e benefícios para o mês de **julho de 2023.**

QUANTIDADE DE APRENDIZES:								
1								
REG.	**NOME**	**DIAS**	**SALÁRIO**	**CONT. INST. 70%**	**DIAS VT**	**VT | MÊS 07/23**	**TOTAL**
16470	Myllena de Jesus Deslgado	30	R$ 900,00	R$ 924,00	21	R$ 220,50	**R$ 2.044,50**
	VALOR TOTAL		**R$ 900,00**	**R$ 924,00**		**R$ 220,50**	**R$ 2.044,50**

Lorena Phyetra de Souza Silva - TERMINO EM 25/05/23
Ryan Taira Alexandrino TERMINO EM 07/06/23
Ana Carolina Sá Vieira TERMINO EM 27/06/23

Elaborado por:
Ariadne França
Departamento Financeiro - CAMPS

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos 0537

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003031		26/06/2023	1.907,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/06/2023

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
23790.04506.90000.073255.14034.603200.6.93940000190750

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 136768 REF 05 2023

Autenticação Bancária
3F10E37695595C5A3DFBAD0

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 30/05/2023 11:43 am

LORES COMERCIAL LTDA
R Joaquim Tavora, 65
Vila Mathias, Santos-SP CEP 11075300
Fone (13) 3234-9813
www.lores.com.br - vendas@lores.com.br

Disponivel para agendamento após 2 dias uteis.

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$ 4.39
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 136768Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	27/06/2023
Nosso Número	09/00000732514-5
Número do Documento	136768
Agência/Código Beneficiário	045/0346032-0
(=) Valor do Documento	1.907,50

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

BRADESCO | **237-2** | **23790.04506 90000.073255 14034.603200 6 93940000190750**

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

Vencimento: 27/06/2023
Agência/Código Beneficiário: 045/0346032-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
30/05/2023	136768	DM	N	30/05/2023	09/00000732514-5

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
09	REAL			1.907,50

(Texto de responsabilidade do Cedente)

Instruções:
Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R$ 4.39
Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento
Este titulo refere-se a nota fiscal 136768Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

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

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$ 1.907,50	NF-e Nº: 000.136.768 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		

LORES COMERCIAL LTDA

LORES

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 000.136.768
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0500 4804 0700 0163 5500 1000 1367 6811 3676 8119

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
135230832281553 - 30/05/2023 11:42:54

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	30/05/2023
ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO 333 1816	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		CEP: 11013-151	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO: Santos	FONE/FAX: (13) 3394-5103	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	27/06/2023	1.907,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.907,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.907,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	0 - Rem.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
0	GRANEL	DIVERSAS	0	0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	O/CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1132	PAPEL SULFITE A4 REPORT 210X297 PT500 BR REPORT	48025610	0 60	5405	UN	70,0000	27,25	1.907,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 30/05/23
ASS.
Rafael de A. Menezes
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1.2.1.1
COMPETÊNCIA
05/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor aproximado dos tributos: R$ 212,88(11,160%) - Fonte: IBPT ; Contrato de Gestao N 003 18 e Termo Aditivo N 02 2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao - SP Endereco para entrega: Av. 9 de abril, 2800 - Centro - Cubatao - SP CEP 11510-00;CONF. CLAUDIO 7 VOL E 11:38	

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 01 de junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 077.2023 – 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 item(s) abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

70 und Resma de Papel sulfite A4.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

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

0541

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003032

No. compromisso cliente

Data do Crédito
26/06/2023

Valor
1.590,35

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/06/2023

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
EXPRESSO FENIX VIACAO LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
05.849.495/0017-09

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código de Barras
10499.77059.34000.100049.00000.806315.9.93930000159035

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.590,35	0,00	0,00	1.590,35

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 10715 127 VT 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E3790E300117232814O

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)

0542

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador

CAIXA | 104-0 | 10499.77059 34000.100049 00000.806315 9 93930000159035

Beneficiário	Agência / Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
EXPRESSO FENIX LTDA - CUBATÃO	3104/977053-4	R$		14/000000000008063-8

Endereço Beneficiário
Rua Tenente-Coronel-Policia Militar Geraldo Aparecido Gomes , 60, Sitio Cafezal - Cubatao / SP - CEP: 11505-025

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
8014	05.849.495/0017-09	26/06/2023	R$ 1.590,35

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Instruções
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios). Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492. Ouvidoria: 0800 725 7474. caixa.gov.br.
Boleto referente ao pedido: 10715-127

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
AMADOR BUENO, 333
CENTRO - SANTOS/SP - CEP: 11013-151

Autenticação mecânica - Recibo do Pagador

Corte na linha pontilhada

CAIXA | 104-0 | 10499.77059 34000.100049 00000.806315 9 93930000159035

Local de pagamento
PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE

Vencimento: 26/06/2023

Beneficiário
EXPRESSO FENIX LTDA - CUBATÃO - CPF/CNPJ: 05.849.495/0017-09
Rua Tenente-Coronel-Policia Militar Geraldo Aparecido Gomes , 60, Sitio Cafezal - Cubatao / SP - CEP: 11505-025

Agência / Código Beneficiário: 3104/977053-4

Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento
23/06/2023	8014	DM	N	23/06/2023

Carteira / Nosso número: 14/000000000008063-8

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor
	RG	R$		

(=) Valor documento: R$ 1.590,35

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios). Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492. Ouvidoria: 0800 725 7474. caixa.gov.br.
Boleto referente ao pedido: 10715-127

(-) Desconto / Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
AMADOR BUENO, 333
CENTRO - SANTOS/SP - CEP: 11013-151

Cód. baixa

Sacador / Avalista:

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

CENTRO DE CUSTO 100

Corte na linha pontilhada

CÓDIGO GERENCIA 10392

COMPETÊNCIA

Situação do Pedido

Cadastro: 10715 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Data: 23/06/2023

Pedido: *10715-127* Liberado em: --/--/----

Cartão	Tipo	Nome	Doc. Federal	Quantidade	Valor Unit.	Total (R$)	Data	Situação
0.325.321.458	COMUM	ROSANGELA ZALOBNICKI	027.784.439-83	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
2.731.995.214	COMUM	ANA CAROLINI REZENDE DANTAS	455.178.508-39	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
0.318.984.306	COMUM	BIANCA ATALAIA ALVES DE JESUS	490.309.708-04	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
4.187.351.970	COMUM	JOSIELE DOS SANTOS SILVA	363.467.838-07	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
1.093.617.671	COMUM	LEIA SANTIAGO DA SILVA	274.339.208-89	46	5,00	230,00	--/--/----	Não Liberado
2.778.385.737	COMUM	LILIAN DE JESUS MORAIS	330.634.858-96	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
1.443.639.277	COMUM	PAMELA DE OLIVEIRA FIGUEREDO	400.310.018-23	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
0.277.432.953	COMUM	SANDRA CRISTINA COSTA MOTA	169.581.668-41	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
0.322.352.434	COMUM	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	121.342.088-13	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
1.816.072.548	COMUM	SIDNEIA DOS SANTOS PIRES	320.701.178-04	38	5,00	190,00	--/--/----	Não Liberado
Subtotal:		10 Cartão(ões)				1.620,00		
Total:		10 Cartão(ões)				1.620,00		

Santander

Internet Banking Empresarial

0544

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
ALLANNA MARQUES GOMES

CPF
069.353.343-90

Conta Informada
0033-0123-000010779613

Conta Salário
0033-0123-000710349749

Conta Creditada
0033-0123-000010779613

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002949

Nro Compromisso Cliente
100

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
3.573,44

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E05F9002732E631D27

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)

28/06 0545

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: ALLANNA MARQUES GOMES		(000100) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 02294475 Serie: 00050	Admissão: 05/08/2018	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 70

PERÍODOS

Período aquisitivo 05/08/2021 a 04/08/2022	Período Gozo das Férias 02/07/2023 a 31/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	550,49	
151 DSR Ad. Noturno 40%	105,34	
402 Hora Extra 100%	156,07	
420 DSR Hora Extra	33,35	
597 1/3 Férias	1.038,64	
902 INSS Férias		407,54
913 IRRF Férias		173,58
Totais	**********4.154,56	**********581,12
	Líquido:	**********3.573,44

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAI 1005
COMPETÊNCIA 06/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE a importância de R$3.573,44 estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos 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: ALLANNA MARQUES GOMES		(000100) / Depto.: 0000
CTPS 02294475 / 00050	Admissão 05/08/2018	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 05/08/2021 a 04/08/2022	Período a ser gozado 02/07/2023 a 31/07/2023
Data 02/06/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/06/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO

CPF
459.888.948-95

Conta Informada
0033-4355-000010956268

Conta Salário
0033-4355-000713124456

Conta Creditada
0033-4355-000010956268

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002950

Nro Compromisso Cliente
676

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
2.303,30

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0C25B84F8F3AFC330

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)

28/06 0548

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: ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO INDAUI		(000676) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00024659 Serie: 00405	Admissão: 14/06/2021	Função: ANALISTA ADM III	N.Registro: Livro : 1 Folha: 204

PERÍODOS

Período aquisitivo 14/06/2022 a 13/06/2023	Período Gozo das Férias 03/07/2023 a 17/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.750,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	132,00	
597 1/3 Férias	627,33	
902 INSS Férias		206,03
Totais	**********2.509,33	**********206,03
	Líquido:	**********2.303,30

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$2.303,30
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: ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO INDAUI		(000676) / Depto.: 0000
CTPS 00024659 / 00405	Admissão 14/06/2021	Função: ANALISTA ADM III

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data: 30/05/2023	Assinatura do Funcionário
Data: 30/05/2023	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 15 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 14/06/2022 a 13/06/2023	Período a ser gozado 03/07/2023 a 17/07/2023
Data 02/06/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/06/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Convênio
0033-0123-008303883109

Dados do Funcionário

Nome
FABIANO SA TELES DE SOUZA

CPF
335.996.288-58

Conta Creditada
0033-0551-000010796046

Conta Informada
0033-0551-000010796046

Conta Salário
0033-0551-000710438105

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002951

Nro Compromisso Cliente
924

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
2.495,22

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0FEE874068B960C55

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

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

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: FABIANO SA TELES DE SOUZA		(000924) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00038613 Serie: 00271	Admissão: 18/03/2022	Função: Técnico em farmácia	N.Registro: Livro : 1 Folha: 213

PERÍODOS

Período aquisitivo 18/03/2022 a 17/03/2023	Período Gozo das Férias 02/07/2023 a 31/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.734,85	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	38,78	
151 DSR Ad. Noturno 40%	6,35	
597 1/3 Férias	681,33	
902 INSS Férias		230,09
Totais	**********2.725,31	**********230,09
	Líquido:	**********2.495,22

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1006
COMPETÊNCIA 05/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.495,22
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: FABIANO SA TELES DE SOUZA		(000924) / Depto.: 0000
CTPS 00038613 / 00271	Admissão 18/03/2022	Função: Técnico em farmácia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 18/03/2022 a 17/03/2023	Período a ser gozado 02/07/2023 a 31/07/2023
Data 02/06/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/06/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Convênio
0033-0123-008303883109

Dados do Funcionário

Nome
KARINA FIORI DA SILVA

CPF
278.212.498-66

Conta Creditada
0033-0123-000010608722

Conta Salário
0033-0123-000710456838

Conta Informada
0033-0123-000010608722

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002952

Nro Compromisso Cliente
270

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
4.833,51

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E08282B3C414D4E90E

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)

28/06 0554

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: KARINA FIORI DA SILVA		(000270) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00018496 Serie: 00200	Admissão: 04/11/2019	Função: Enfermeiro	N.Registro: Livro : 1 Folha: 172

PERÍODOS

Período aquisitivo 04/11/2021 a 03/11/2022	Período Gozo das Férias 02/07/2023 a 31/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
070 Adicional noturno 35%	843,72	
152 DSR Ad. Noturno 35%	148,11	
597 1/3 Férias	1.532,61	
902 INSS Férias		684,17
913 IRRF Férias		612,76
Totais	**********6.130,44	**********1.296,93
	Líquido:	**********4.833,51

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1006
COMPETÊNCIA 06/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE a importância de R$4.833,51
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos
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: KARINA FIORI DA SILVA		(000270) / Depto.: 0000
CTPS 00018496 / 00200	Admissão 04/11/2019	Função: Enfermeiro

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 04/11/2021 a 03/11/2022	Período a ser gozado 02/07/2023 a 31/07/2023
Data 02/06/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/06/2023	Assinatura da Empresa		

29/06/2023, 09:03

Santander

Internet Banking Empresarial

0556

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Convênio
0033-0123-008303883109

Dados do Funcionário

Nome
MARCELINO GUILHERME RIBERO

CPF
091.075.128-56

Conta Creditada
0341-0097-000000444251

Conta Salário
0033-3512-000713162247

Conta Informada
0033-3512-000010023124

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002953

Nro Compromisso Cliente
119

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
2.007,78

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E079C7A0C602F8DBFF

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)

28/06 0557

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: MARCELINO GUILHERME RIBERO			(000119) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00091243 Serie: 00076	Admissão: 01/08/2018	Função: Recepcionista	N.Registro: Livro : 1 Folha: 89

PERÍODOS

Período aquisitivo 01/08/2021 a 31/07/2022	Período Gozo das Férias 01/07/2023 a 30/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.370,53	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	3,17	
151 DSR Ad. Noturno 40%	0,74	
597 1/3 Férias	546,15	
902 INSS Férias		176,81
Totais	**********2.184,59	**********176,81
	Líquido:	**********2.007,78

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1002
COMPETÊNCIA 06/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE a importância de R$2.007,78 estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos 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: MARCELINO GUILHERME RIBERO		(000119) / Depto.: 0000
CTPS 00091243 / 00076	Admissão 01/08/2018	Função: Recepcionista

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 01/08/2021 a 31/07/2022	Período a ser gozado 01/07/2023 a 30/07/2023
Data 01/06/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/06/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

0559

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Convênio
0033-0123-008303883109

Dados do Funcionário

Nome
PETALA PEREIRA MARCONDES

CPF
446.663.458-09

Conta Creditada
0336-9999-000000002308

Conta Informada
0033-3112-000010893190

Conta Salário
0033-3112-000713159298

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002954

Nro Compromisso Cliente
600

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
1.908,93

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E053A934EB84A84D85

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)

20/06

0560

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: PETALA PEREIRA MARCONDES			(000600) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00029340 Serie: 00417	Admissão: 17/03/2021	Função: Auxiliar de lavanderia	N.Registro: Livro : 1 Folha: 201

PERÍODOS

Período aquisitivo 17/03/2022 a 16/03/2023	Período Gozo das Férias 01/07/2023 a 30/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 01 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.292,97	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	518,99	
902 INSS Férias		167,03
Totais	**********2.075,96	**********167,03
	Líquido:	**********1.908,93

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1006
COMPETÊNCIA
06/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE a importância de R$1.908,93
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos
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: PETALA PEREIRA MARCONDES		(000600) / Depto.: 0000
CTPS 00029340 / 00417	Admissão 17/03/2021	Função: Auxiliar de lavanderia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

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

Santander

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Convênio
0033-0123-008303883109

Dados do Funcionário

Nome
SAIONARA SANTOS DE SOUZA

CPF
308.361.998-71

Conta Creditada
0033-3553-000010870105

Conta Salário
0033-3553-000713246144

Conta Informada
0033-3553-000010870105

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900002955

Nro Compromisso Cliente
149

Data do Crédito
28/06/2023

Valor R$
3.471,22

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E089D84CA139BB7211

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)

28/06 0563

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: SAIONARA SANTOS DE SOUZA		(000149) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00019265 Serie: 00237	Admissão: 13/09/2018	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 122

PERÍODOS

Período aquisitivo 13/09/2021 a 12/09/2022	Período Gozo das Férias 01/07/2023 a 30/07/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	528,47	
151 DSR Ad. Noturno 40%	100,49	
402 Hora Extra 100%	89,19	
420 DSR Hora Extra	19,13	
597 1/3 Férias	1.002,65	
902 INSS Férias		387,39
913 IRRF Férias		151,99
Totais	**********4.010,60	**********539,38
	Líquido:	**********3.471,22

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 06/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE a importância de R$3.471,22 estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos 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: SAIONARA SANTOS DE SOUZA		(000149) / Depto.: 0000
CTPS 00019265 / 00237	Admissão 13/09/2018	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 13/09/2021 a 12/09/2022	Período a ser gozado 01/07/2023 a 30/07/2023
Data 01/06/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/06/2023	Assinatura da Empresa		