000510

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003153
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
20/07/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Codigo de Barras:	84640000007-7 06230162202-3 30720573000-4 00273239475-0
Convenio de Arrecadacao:	0033001000100403202 5
Valor:	R$ 706,23
Data de Pagamento:	20/07/2023
Hora da Transacao:	10:10:53
Data da Transacao:	20/07/2023
Autenticacao:	3F10E37D76136F5ABC53441

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

Canal:	PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FAT 5731761591891 REF 06 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)

000511

Claro

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

Código
573/176159189

CPF/CNPJ
14.512.229/0001-10

Vencimento:
20/07/2023

Valor:
706,23

Forma de Pagamento:
BOLETO BANCÁRIO

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.
Demais mensagens consideradas como Importantes, encontra-se na NF da NET abaixo das informações sobre NF.

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

Descrição	Total
CLARO TV	**+**
NET Fone	**44,04**
Itens Eventuais	**13,41**

Valor Total
706,23

Claro tv +

Mensalidade Claro tv +

01/06/23 A 30/06/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/06/23 A 30/06/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/06/23 A 30/06/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/06/23 A 30/06/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/06/23 A 30/06/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	142,67
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	**252,11**

A La Carte

01/06/23 A 30/06/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	36,01
01/06/23 A 30/06/23 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

01/06/23 A 30/06/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01
01/06/23 A 30/06/23 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

DURAÇÃO

ASSINATURA	44,04
Total NET Fone	**44,04**

Itens Eventuais

Encargos/Juros/Multas

MULTA	12,98
JUROS PGTO EM ATRASO	0,43
Sub-Total Encargos/Juros/Multas	**13,41**
Total Itens Eventuais	**13,41**

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
130
COMPETÊNCIA
06/2023

"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

Últimos Registros de Atendimento
573234166532475, 573234141116600, 573234141116584, 573234131079503, 573234130335930

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 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	Junho/2023	20/07/2023	706,23

84640000007-7 06230162202-3 30720573000-4 00273239475-0

Pague com

Detalhamento de ligações NET FONE via Embratel

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R$)	
Telefone: 1333290447--FRANQUIA 001						01/01
FONE EMPR ILIMITADO BRASIL 1L					36,54	
22/05/2023	21/06/2023		**SubTotal**		**36,54**	
SERVICOS DIGITAIS FONE					7,50	
22/05/2023	21/06/2023		**SubTotal**		**7,50**	
			SubTotal		**44,04**	
			Total Serviço		**44,04**	

000513

Claro

Claro NXT Telecomunicações S.A
Rua Henri Dunant,780
Santo Amaro
04.709-110 - São Paulo - SP
CNPJ 66.970.229/0001-67
IE - 114.166.101.115

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: 573/1761591 MÊS Junho/2023
NÚMERO 0104236234 EMISSÃO: 07/07/2023
I.E: ISENTO VENCIMENTO: 20/07/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.

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

Discriminação do Serviço

		ICMS	
TV POR ASSINATURA		17,12	142,67
01/06/23 A 30/06/23	MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	4,95	41,27
01/06/23 A 30/06/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,32	36,01
01/06/23 A 30/06/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	3,28	27,36
01/06/23 A 30/06/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/06/23 A 30/06/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/06/23 A 30/06/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/06/23 A 30/06/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	1,84	15,37
MENSALIDADE PACOTE NOW			344,76
SUB TOTAL	TV POR ASSINATURA		
BANDA LARGA		27,36	152,01
01/06/23 A 30/06/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
01/06/23 A 30/06/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE		272,02
SUB TOTAL	BANDA LARGA		616,78

TOTAL DA NOTA FISCAL

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

Reservado ao Fisco

D725.7369.732B.E892.52A5.F701.D44C.DA7F

Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 90,31 - FUST TOTAL 5,07 - FUNTTEL TOTAL 2,54

- 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

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

Claro

CLARO S.A.
RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A
CEP 04,709-110 -SAO PAULO-SP
CNPJ 40432544000147
I.E 114.814.878.119

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA
AV 9 DE ABRIL 02800
CENTRO
CUBATAO SP
CPF/CNPJ 14512229000110

Código Cliente:
00155682626-0000

UF: **SP** **VIA ÚNICA**
NF: **011259336**
SÉRIE **B1**
DATA EMISSÃO: **01/07/2023**
No. FATURA: **2307903308095**

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

000514

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

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

Reservado ao Fisco:
731e.281c.d793.7112.cbd2.d6dd.ecae.6e3a

	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 DE CARATER FISCAL
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Contribuição FUST NET FONE = R$0,28 ContribuiÃ§ao FUNTEL NET FONE = R$0,14
Lei 12,741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 6,58

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003155
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
20/07/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Codigo de Barras:	84880000003-5 25400162202-3 30722130890-0 85904111922-4
Data de Pagamento:	20/07/2023
Valor:	R$ 325,40
Data da Transacao:	20/07/2023
Hora da Transacao:	10:10:53
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E370D5B26DB4D8766EB

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
FAT 130890859 REF 06 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)

000516

Claro-empresas

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

Período de uso
de 05/06/2023 a 04/07/2023
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
22/07/2023

Veja aqui o que está sendo cobrado:

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

Total a pagar R$ 325,40

MENSAGENS IMPORTANTES:
Comunicamos que o Contrato de Prestação do Serviço Móvel Pessoal na modalidade corporativo foi alterado. Você poderá ter acesso a versão atualizada no site da Claro. Importante mencionar que a atualização em questão não resulta em alteração das regras dos planos de serviço contratados e valores vigentes.

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		325,40
Claro Internet Empresa [075]		
Aplicativos Digitais		
SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO	**R$**	**325,40**

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R$
DADOS	286.720,000 MB	3.335,340 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 167401429/072023

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**

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAI
1302
COMPETÊNCIA
06/2023

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
22/07/2023

Valor
R$ 325,40

84880000003-5 25400162202-3 30722130890-0 85904111922-4

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da

Pague com

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 160885297/072023

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 705 - 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: 05/07/2023
Período: 05/06/2023 a 04/07/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
2b3d.13d0.39f1.aba0.0f1a.9e0d.361f.3a0d

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)

Serviço	**Mbytes Utilizados**	**Tarifa (R$)**	**Valor Total (R$)**	**Valor Cobrado (R$)**
Internet	904,682	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	11,376	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**916,058**			**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)

Serviço	**Mbytes Utilizados**	**Tarifa (R$)**	**Valor Total (R$)**	**Valor Cobrado (R$)**
Internet	2.407,805	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	11,476	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**2.419,280**			**0,00**

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

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003156		20/07/2023	617,02

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/07/2023

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
03399.02538.63100.000601.72253.301013.1.94170000061702

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
617,02	0,00	0,00	617,02

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 502 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37F3AF8621BC701AF4

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)

000520

Santander 033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 20/07/2023

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
07/07/2023	000000502	DM	N	07/07/2023

Nosso Número: 6072253-3

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL		

(=) Valor do Documento: 617,02

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
6072253-3
Pagador / Avalista
CNPJ/CPF: 14512229000110

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

Santander 033-7

Ficha de Caixa

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 20/07/2023

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
07/07/2023	000000502	DM	N	07/07/2023

Nosso Número: 6072253-3

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL		

(=) Valor do Documento: 617,02

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
6072253-3
Pagador / Avalista
CNPJ/CPF: 14512229000110

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

Santander 033-7 03399.02538 63100.000601 72253.301013 1 94170000061702

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no B Santander

Vencimento: 20/07/2023

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
07/07/2023	000000502	DM	N	07/07/2023

Nosso Número: 6072253-3

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL		

(=) Valor do Documento: 617,02

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
6072253-3
Pagador / Avalista
CNPJ/CPF: 14512229000110

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

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA
47.497.565.0001-90
Sequência da Fatura: 66072253

07/07/2023 11:45

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$	
000000502	**07/07/2023**	**20/07/2023**	**617,02**	**SEISCENTOS E DEZESSETE REAIS E DOIS CENTAVOS**

Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendimento
CF	44476/1	19/06/2023	SDU-3F65	32,180	GASOLINA C COMUM	167,01	26.626	26.286	10,57
CF	45377/1	20/06/2023	SDU-3F64	26,000	GASOLINA C COMUM	134,94	0	0	0,00
CF	46220/1	22/06/2023	SDU-3F65	36,661	GASOLINA C COMUM	186,60	27.174	26.626	14,95
CF	48301/1	26/06/2023	SDU-3F64	25,240	GASOLINA C COMUM	128,47	9.809	0	0,00

Total Item:	**617,02**
Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):	**0,00**
Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):	**0,00**
Total Fatura:	**617,02**

RESUMO

Item		Quantidade	R$ Unitário	R$ Total
1	GASOLINA C COMUM	120,081	5,138	617,02
Total		**120,081**		**617,02**

000522

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: 000000502
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: 000000502
SÉRIE: 002

CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
3523 0747 4975 6500 0190 5500 2000 0005 0218 9971 4907

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			135231077037734 07/07/2023 11:05:36
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	06/07/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA
R AMADOR BUENO,333	CENTRO	11013153		
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DE SAÍDA
SANTOS	1397405642	SP		06/07/2023

FATURA/DUPLICATA

001 20/07/2023 617,02

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	617,02

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	617,02

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	61,901	5,090	315,07	0,00	0,00	0,00	0	0
1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LT	58,18	5,190	301,95	0,00	0,00	0,00	0	0

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT
Val. Aprox. Tributos Estadual: 111,67 (18,10%), Federal: 43,18 (7,00%), Municipal: 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT
,,,,
- REFERENTE CF-e SAT: 44476, 45377, 46220, 48301

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1341
COMPETÊNCIA
06/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003148

No. compromisso cliente

Data do Crédito
20/07/2023

Valor
1.904,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/07/2023

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 DESCA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
17.232.837/0001-69

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02869.214003.00012.465175.1.94160000190400

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.904,00	0,00	0,00	1.904,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 17753 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D347D0931666DDCD

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.465175 1 94160000190400

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
28692140000012465	17753	19/07/2023	1.904,00	

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
19/06/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
19/06/2023

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 00012.465175 1 94160000190400

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
19/07/2023

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

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

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
19/06/2023	17753	NF	N	19/06/2023	28692140000012465

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=)Valor do Documento
	17 / 27	R$			1.904,00

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado

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

BB Cobrança 3.00.02

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

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: 000017753

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0617 2328 3700 0169 5500 1000 0177 5319 7633 4132

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

Protocolo de Autorização de Uso: 135230960199383
19/06/2023 16:06:24

3511723283700016900011190044

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
Venda		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
283060995114		17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	19/06/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAIDA
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	CENTRO	11013-153	19/06/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA
SANTOS	(13) 339-4510	SP			16:05:58

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	19/07/2023	1.904,00									

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	649,64	1.904,00

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	**1.904,00**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
7891191003733 -1	SULFITE A4 REPORT PREMIUM 075G/M2 210X297MM 10X500	48025610	0500	5405	PC	7	272,0000	1.904,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 14/06/23
ASS

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

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
06/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 649,64 (34,12%) Fonte : IBPT. - CONTRATO DE GESTAO N 003/18 E TERMO ADITIVO N 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATAO SP/ ENDERECO PARA ENTREGA: AV 9 DE ABRIL, 2800 CENTRO CUBATAO SP CEP: 11510-000

-

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 19 de junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 086.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

Alpha Instituto
A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

70 unidades Resma Papel Sulfite A4.

Ane Maroti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003149		20/07/2023	455,20

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/07/2023

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 DESCA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
17.232.837/0001-69

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02869.214003.00012.476172.7.94170000045520

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 17766 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37612520BA7B6CB8EF

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)

000528

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.476172 7 94170000045520

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
28692140000012476	17766	20/07/2023	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
20/06/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
20/06/2023

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 00012.476172 7 94170000045520

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
20/07/2023

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

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

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
20/06/2023	17766	NF	N	20/06/2023	28692140000012476

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

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado

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

BB Cobrança 3.00.02

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

000529

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: 000017766

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0617 2328 3700 0169 5500 1000 0177 6612 9633 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: 135230967265727 20/06/2023 14:41:39

35117232837000169000112000 44

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
283060995114		17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	20/06/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAIDA
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	CENTRO	11013-153	20/06/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA
SANTOS	(13) 339-4510	SP			14:41:13

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	20/07/2023	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	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-SEM OCORRENCIA				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
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%

CENTRO DE CUSTO
150
CÓDIGO GERENCIAL
COMPETÊNCIA

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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 20/06/23
ASS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- CONTRATO DE GESTAO N 003/18 E TERMO ADITIVO N 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO SP / ENDERECO PARA ENTREGA: AV. 9 DE ABRIL N 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
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 22 junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 087.2023 – 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 as compras do item abaixo de uso diário no Pronto Socorro Central.

04 cxs Copo Descartável 180ml c/ 2500 unidades.

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

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003147

No. compromisso cliente

Data do Crédito
20/07/2023

Valor
8.128,02

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/07/2023

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
8.128,02

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FAT 1310 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E3708F8D3190FED1A63

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)

000532

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

1310/23

Emissão **07/07/2023**

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
Cidade : Cubatão
UF: SP
CEP:

Telefone :

CONTRATO:

Higienização e Locação
De Enxoval

PAGAMENTO :

Transferência bancaria

Vencimento da Fatura
20/07/2023

Discriminação Dos Serviços :
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
PSC Guiomar Ferreira Roebblen

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1133
COMPETÊNCIA
06/2023

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$	8.128,02

Valor Total da Fatura R$ 8.128,02

Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 24/06/2023 até 30/06/2023

Produto	24/06	25/06	26/06	30/06													Qde.	Total	Média
* PESO	58,32	116,45	96,10	114,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	384,87	1685,73	4,38
Total do Grupo	58,32	116,45	96,10	114,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	384,87	1685,73	4,38
Total Geral	58,32	116,45	96,10	114,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	384,87	**1685,73**	**4,38**

Relação de Rdls: 103752 104627 104542 104623 104782

(*) Item contém peso ou metro
(**) Produto tabela diferente

Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 01/06/2023 até 30/06/2023

Produto	01/06	02/06	04/06	06/06	07/06	09/06	11/06	13/06	14/06	15/06	16/06	17/06	18/06	19/06	20/06	23/06	Qde.	Total	Média
* PESO	126,10	81,11	99,10	115,00	81,25	105,41	89,11	90,25	142,80	68,21	90,10	50,15	96,60	74,10	51,20	110,35	1470,84	6442,29	4,38
Total do Grupo	126,10	81,11	99,10	115,00	81,25	105,41	89,11	90,25	142,80	68,21	90,10	50,15	96,60	74,10	51,20	110,35	1470,84	6442,29	4,38
Total Geral	126,10	81,11	99,10	115,00	81,25	105,41	89,11	90,25	142,80	68,21	90,10	50,15	96,60	74,10	51,20	110,35	1470,84	**6442,29**	**4,38**

Relação de Rols: 101558, 101702, 101946, 102101, 102803, 102295, 103279, 102745, 102508, 102887, 103387, 103353, 102991, 103175, 103403, 103467, 103780

(*) Item contém peso ou metro
(**) Produto tabela diferente

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003158		20/07/2023	23.847,55

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
SANDRO CORREIA DE ANDRADE ME

CNPJ/CPF
09.564.629/0001-39

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	1093
Conta	00000000000130003602

Número do Documento
900003158
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 153 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E3715D3FA3FCE44ADF9

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)

000536

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e: 153

Data e Hora da Emissão	17/07/2023 10:29:54	Competência	17/7/2023	Código de Verificação	FBYQNUOIO
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	09.564.629/0001-39	Inscrição Municipal	1820933	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA CAMPOS MELLO ,332 - ENCRUZILHADA CEP: 11015-012				
Complemento:	0000	Telefone:	(13)3468-2466	e-mail:	universo@iron.com.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	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151				
Complemento:	CONJ. 1816	Telefone:	13991065947	e-mail:	financub@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO DE CONTROLADORIA DE ACESSO - CONTRATO DE GESTÃO CUBATÃO - NÚMERO 003/2018 - ADITAMENTO 002/2022
PERÍODO: 01/06/2023 A 30/06/2023 - UNIDADE PRONTO SOCORRO CENTRAL E INFANTIL DE CUBATÃO.

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1132
COMPETÊNCIA 06/2023

Código do Serviço / Atividade

17.05 / 8111700 - serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)	3.042,84	CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	27.662,16	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	27.662,16
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	3.042,84	0-Nenhum	Base de Cálculo	27.662,16
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,79
(-) ISS Retido	771,77	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	23.847,55	Incentivador Cultura	(=) Valor do ISS: R$	771,77
		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.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003159		20/07/2023	21.083,76

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
YTALO BRUNO DO NASCIMENTO SOARES

CNPJ/CPF
034.391.583-90

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/00000000	04863	00000000000000120421	21.083,76

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 58 SERVICOS MEDICOS REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37739D508FEB47F29B

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)

000538

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

Número da NFS-e
58

Data e Hora da Emissão	12/07/2023 10:06:27	Competência	12/7/2023	Código de Verificação	OHQNTHJ12
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	YTALO BRUNO DO NASCIMENTO SOARES 03439158390				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	37.706.255/0001-84	Inscrição Municipal	2914770	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA VAHIA DE ABREU ,95 - BOQUEIRÃO CEP: 11050-120				
Complemento:	0025	Telefone:	13981476082	e-mail:	fiscal@cvmcontabil.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal	2861988	Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	AV AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	Conjunto 1816	Telefone:	(13)4141-3837	e-mail:	CT@LDMASSESSORIA.COM

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos
PRONTO SOCORRO CENTRAL - 16 Plantões de 12 horas
Período de 01/06/2023 a 30/06/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - ADITIVO 005/2023
SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO

CENTRO DE CUSTO

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630599 - atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

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$	21.600,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	21.600,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	21.600,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,39
(-) ISS Retido	516,24	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	21.083,76	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	516,24

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.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

000539

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003161

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/07/2023

Valor
583,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
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
23792.06606.90000.001900.56000.118002.1.94180000058300

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
583,00	0,00	0,00	583,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 30291 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E379FDA0D79CDC1759D

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)

000540

Recibo do pagador

237-2 23792.06606 90000.001900 56000.118002 1 94180000058300

Beneficiário EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ:	Agencia / Codigo Beneficiário 2066-4/0001180-0	Motivo de 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**	Nosso Número 09/00000019056-2	

Vencimento	Para uso do banco	Número do Documento	Espécie	Valor do Documento
21/07/2023		30291-1	DM	583,00

Recebemos o Título / Ausente com as características acima	Data	Assinatura

✂

237-2 23792.06606 90000.001900 56000.118002 1 94180000058300

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

Vencimento **21/07/2023**

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	Nosso Número
23/06/2023	30291-1	DM	S	23/06/2023	09/00000019056-2

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
		09	R$			**583,00**

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: 297390

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

Cobrar juros de R$ 1,11 por dia de atraso para pagamento após o vencimento.
Cobrar multa de R$11,66 para pagamento a partir de 22/07/2023.

(=) Valor Cobrado

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

CPF / CNPJ
14.512.229/0001-10

Código de Baixa

Beneficiário Final:

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 000030291 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3523 0648 7138 6100 0143 5500 1000 0302 9113 7089 4871

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: 135230989136132 23/06/2023 13:39:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
633183730111		48.713.861/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	23/06/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
Rua Amador Bueno, 333 CJ.1816	Centro	11013-153	23/06/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SANTOS	(13)99705-5502	SP		13:39:24

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	21/07/2023	583,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	583,00

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	583,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
117	ENEMA DE GLICERINA 12% 500ML	30049099	0102	5102	un	15,0000	22,0000	330,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
271	SONDA URETRAL Nº12	90183929	0102	5102	un	20,0000	1,1000	22,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
923	SONDA NASOGASTRICA LONGA MARK MED Nº14	90183929	0102	5102	un	20,0000	1,6500	33,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4075	SONDA URETRAL Nº06 (MARK MED)	90183929	0102	5102	un	20,0000	0,9500	19,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3160	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL C/VALVULA Nº10 (MARKM	90183929	0102	5102	un	20,0000	1,4500	29,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7023	ELETRODO DESC.DE ESPUMA ADULTO C/50 DESCARPACK	90181100	0102	5102	pc	6,0000	25,0000	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL
DATA 23/09/23

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido(s): 297390 Vendedor(es): 1724

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1001
COMPETÊNCIA 06/2023

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 23 junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 088.2023 – 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 as compras dos itens abaixo para uso interno no Pronto Socorro Central.

15 und Enema Glicerinado 12% 500ml;

20 und Sonda uretral nº12;

20 und Sonda nasogastrica longa nº 14;

20 und Sonda uretral nº 06;

20 und Sonda de aspiração traqueal c/ válvula nº10;

06 pcts Eletrodo desc. De espuma afulto c/50 unidades cada.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003162

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/07/2023

Valor
122,28

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/07/2023

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
00190.00009.02595.115003.08430.414170.2.94180000012228

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
122,28	0,00	0,00	122,28

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 153184 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37E9A19AA83AB79969

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 08430.414170 2 94180000012228

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

Nosso Número	Nº Documento	Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
25951150008430414	153184-1	21/07/2023	122,28	

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

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

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08430.414170 2 94180000012228

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

Vencimento 21/07/2023

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

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

Data Documento	Nº Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento
30/06/2023	153184-1	DM	N	30/06/2023
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie**	**Quantidade**	**X Valor**
	17	R$		

Nosso Número 25951150008430414

(=) Valor do Documento 122,28

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Juros/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

MORA DIÁRIA: 0,33% (R$ 0,40) - MULTA: 2,00% (R$ 2,45)

A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO.
7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO
.
NFE 153184

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

Sacador/Avalista:

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Comprovante de entrega

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08430.414170 2 94180000012228

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

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

Nosso Número	Nº Documento	Vencimento	Valor do Documento
25951150008430414	153184-1	21/07/2023	122,28

( ) 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

RECEBEMOS DE SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO	VALOR NOTA	NF-e
___/___/___		INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	R$ 122,28	Nº: 000.153.184 SÉRIE : 1

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 000.153.184
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0618 8351 9800 0199 5500 1000 1531 8410 0155 6355

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI	135231032587312 - 30/06/2023 15:15:11

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	30/06/2023
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	21/07/2023	122,28

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
122,28	22,01	0,00	0,00	122,28

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	38,46	122,28

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 LIQUIDO
6	GAS/CILINDRO			3.000.000,000	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 6 CILINDRO(S)	28044000	0 00	5102	M3	6,0000	20,380000000	122,28	122,28	22,01	0,00	18,00	0,00	38,46

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-O-144/23 FAB:19/06/2023
Valor Aproximado dos Tributos R$ 38,46 (31,45%) Fonte: IBPT

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1204
COMPETÊNCIA
06/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 30/06/23
ASS

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO 190417 (ROMANEIO 49186)
Títulos: Nro 108145/1 Venc. 21-07-2023 Valor 122,28
DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO
.
Local de entrega Pronto Socorro Municipal de

RESERVADO AO FISCO

SPECIAL GASES DO BRASIL

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA.
www.specialgases.com.br

Telefones:
(11) 2412-1517 - (11) 2085-6841
Rua dos Jesuítas, 550 - Cumbica - Guarulhos - SP

PEDIDO
49186

CLIENTE: PS Curitiba DATA: 23/06/23
TEL.: E-MAIL:
ENDEREÇO: Nº:
BAIRRO: CIDADE: Curitiba UF: CEP:
CNPJ Nº. INSCR. EST. Nº.

PRODUTO	QUANTIDADE M³/Kg	QUANTIDADE CILINDROS	QUANTIDADE TOTAL	OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	m³ 6 m³	6	6	Lote: 56-0-144/23 Val: 19/06/23
NITROGÊNIO				
ARGÔNIO				
ACETILENO				
CO_2				
HÉLIO				

LIVRE TROCA	RECARGA	DEVOLUÇÃO
☐	☐	☐

OBSERVAÇÕES:

SPECIAL GASES	CLIENTE
NOME: Cláudia Pinto	NOME: Jefferson Pequeno
ASSINATURA:	ASSINATURA:

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

Santander

000547

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003160		21/07/2023	7.631,40

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
PLASTIC SURGERY SERVICOS DE CIRURGIA PLA

CNPJ/CPF
06.013.950/0001-37

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0756/02038232	05122	00000000000000071617	7.631,40

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 222 SERVICOS MEDICOS REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E3715DA04976D8A7D95

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)

000548

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

Número da NFS-e
13

Data e Hora da Emissão	20/07/2023 17:54:00	Competência	20/7/2023	Código de Verificação	MZMAYSPJB
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	CLINICA SAUDE IDEAL LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	27.592.607/0002-45	Inscrição Municipal	3017401	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA ANA COSTA ,259 - GONZAGA CEP: 11060-001				
Complemento:	0054	Telefone:	(13)3289-1541	e-mail:	depfiscal@hecoecontabilidade.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal	2861988	Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	1816 / BLOCO B	Telefone:	(13)4141-3837	e-mail:	CT@LDMASSESSORIA.COM

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos
PRONTO SOCORRO CENTRAL ¿ 3 Plantões de 12 horas
Período de 01/06/2023 a 30/06/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 ¿ ADITIVO 005/2023
SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO

CENTRO DE CUSTO
NC
CÓDIGO GERENCIAL
NOA
COMPETÊNCIA
06/2023

Código do Serviço / Atividade

4.02 / 8630502 - atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	29,25	COFINS	135,00	IR(R$)	67,50	INSS(R$)		CSLL(R$)	45,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	4.500,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	4.500,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	276,75	0-Nenhum	Base de Cálculo	4.500,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	135,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	4.088,25	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	135,00

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.

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003163

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/07/2023

Valor
4.088,25

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
CLINICA SAUDE IDEAL LTDA

CNPJ/CPF
27.592.607/0001-64

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0171
Conta 00000000000130067105

Número do Documento
900003163
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 13 SERVICOS MEDICOS REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37ADE6A3544624E7CF

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)

000550

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 222

Data e Hora da Emissão	20/07/2023 19:56:36	Competência	14/7/2023	Código de Verificação	K55VUZW4N
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	221	Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	PLASTIC SURGERY - SERVICOS DE CIRURGIA PLASTICA LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	06.013.950/0001-37	Inscrição Municipal	1587593	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA CLÓVIS BEVILÁQUA ,21 - BOQUEIRÃO CEP: 11045-350				
Complemento:	0032	Telefone:	130	e-mail:	neia.fiscal@chagas.cnt.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	instituto alpha de medicina				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	cj1816	Telefone:		e-mail:	financub@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

prestação de servicos médicos
PRONTO SOCORRO CENTRAL - 4 PLANTOESDE 12 HORAS
PERIODO DE 01/06/2023 A 30/06/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATAO X INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA A SAUDE

CONTRATO DE GESTAO 003/2018 = ADITIVO 005/2023

SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATAO/SP COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICIPIO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
06/2023

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630599 - atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	54,60	COFINS	252,00	IR(R$)	126,00	INSS(R$)		CSLL(R$)	84,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	8.400,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	8.400,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	516,60	0-Nenhum	Base de Cálculo	8.400,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	252,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	7.631,40	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	252,00

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.

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003164

No. compromisso cliente

Data do Crédito
24/07/2023

Valor
150,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
24/07/2023

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
JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
08.192.600/0001-00

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
756 - BANCO SICOOB S A

Código de Barras
75691.43790.01084.868908.00406.720011.5.94210000015000

Valor Nominal
150,00

Desc. / Abat.
0,00

Juros
0,00

Valor a Pagar
150,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 6068 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A4593C015AC0E163

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)

SICOOB

Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS BERTA CRAVEIRO LOPES 101 JARDIM INDEPENDENCIA São Vicente - SP	08.192.600/0001-00 11380-510	24/07/2023	150,00
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 25/07/2023 Juros 0,10%/dia A partir 25/07/2023 multa de 2,00% Não conceder desconto.		Data de Emissão 10/07/2023	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário 4379/848689	
		Nosso Número 4067-2	

Dados do Pagador

Nome do pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Número do Documento 6068
Endereço RUA AMADOR BUENO 33		
Bairro / Distrito CENTRO		
Município SANTOS	UF SP	CEP 11013-151
Mensagem Pagador		

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

SICOOB | 756 | 75691.43790 01084.868908 00406.720011 5 94210000015000

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 24/07/2023
Beneficiário JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS 08.192.600/0001-00					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 4379/848689
Data do documento 10/07/2023	N. documento 6068	Espécie DM	Aceite N	Data processamento 10/07/2023	Nosso número 4067-2
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 150,00
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 25/07/2023 Juros 0,10%/dia A partir 25/07/2023 multa de 2,00% Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4379 SICOOB ARENITO					(-) Desconto / Abatimento (-) Outras deduções (+) Mora / Multa
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE 14.512.229/0001-10 RUA AMADOR BUENO 33 CENTRO SANTOS - SP 11013-151 Beneficiário Final TECNOCARD 08.192.600/0001-00					(+) Outros acréscimos (-) Valor cobrado

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

RECEBEMOS DE JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS ME OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 6068
SÉRIE: 1

000050

JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS ME

TECNO CARD

Rua Berta Craveiro Lopes, 101 - Jardim Independencia
São Vicente - SP
CEP: 11380-510
Fone: 1335611518

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº: 6068
Série: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3523 0708 1926 0000 0100 5500 1000 0060 6814 7218 5171

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
135231093004777 10/07/2023 10:44:02

NATUREZA DA OPERAÇÃO	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
VENDA		08.192.600/0001-00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
657254080119

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	10/07/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
Rua Amador Bueno, 333 CJT 1816	Centro	11013-153	10/07/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
Santos		SP		10:43:53

FATURA / DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 150,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 150,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
				0,0000	0,0000

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTA % ICMS	ALIQUOTA % IPI
3759	CARTAO PROX PERSONALIZADO Trib. aprox. R$ 25,86 Federal e R$ 0,00 Estadual	39269090	0102	5102	UN	15	10,0000	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1035
COMPETÊNCIA
06/2023

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
861604			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vl. Aprox. Tributos: R$ 25,86 (17,24%) Federal e R$ 0,00 (0,00%) Estadual - Lei 12.741/12. Fonte: IBPT 18.2.C
Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde
INSTITUTO ALPHA CUBATÃO E INSTITUTO ALHA PMC
PAGAMENTO COM BOLETO BANCARIO VENC: 24/07/2023

RESERVADO AO FISCO

TECNOCARD
www.tecnocard.com.br

SOLUÇÕES EM CONTROLE DE ACESSO E PONTO
Revenda e Centro Autorizado de Assistência Técnica
email: tecnocardsv@gmail.com
Catracas - Crachás - Peças - Acessórios - Relógios de Ponto Convencionais / Informatizados / Biométricos
Rua Berta Craveiro Lopes, 101 - Jardim Independência - São Vicente - SP / Cep 11380-510 / Tel.Fax: (13) 3561-

RAT - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO TÉCNICO **13478**

ENTE Alpha Cubatão FONE
DEREÇO CIDADE UF
PJ INSCR. EST.
LICITANTE SETOR
AIL
ENDIDO POR: DEPTO FONE

- ATIVAÇÃO / 2 - REATIVAÇÃO / 3 - DEMONSTRAÇÃO / 4 - MANUT. PREVENTIVA / 5 - MANUT. CORRETI
5 - MATERIAIS APLICADOS / 7 - (R) RETORNO EM GARANTIA / 8 - PRIMEIRA VISITA

( ) EM GARANTIA ( ) CONTRATO DE MANUTENÇÃO ( ) COBRANÇA AVULSA

Entrega de crachá
Andréa Pinheiro
Dai Cemilton José

OME DO TÉCNICO

DIA	MÊS	ANO
17	05	23

SINATURA DO TÉCNICO

Helder Cabelo
ASSINATURA DO CLIENTE

TECNOCARD
www.tecnocard.com.br

SOLUÇÕES EM CONTROLE DE ACESSO E PONTO
Revenda e Centro Autorizado de Assistência Técnica
email: tecnocardsv@gmail.com
Catracas - Crachás - Peças - Acessórios - Relógios de Ponto Convencionais / Informatizados / Biométricos
Rua Berta Craveiro Lopes, 101 - Jardim Independência - São Vicente - SP / Cep 11380-510 / Tel.Fax: (13) 3561-1518

RAT - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO TÉCNICO **13319**

CLIENTE ALPHA INSTITUTO FONE
ENDEREÇO ALPHA CUBATÃO CIDADE UF
CNPJ INSCR. EST.
SOLICITANTE SETOR
E-MAIL
ATENDIDO POR: DEPTO FONE

1 - ATIVAÇÃO / 2 - REATIVAÇÃO / 3 - DEMONSTRAÇÃO / 4 - MANUT. PREVENTIVA / 5 - MANUT. CORRETIVA
5 - MATERIAIS APLICADOS / 7 - (R) RETORNO EM GARANTIA / 8 - PRIMEIRA VISITA

( ) EM GARANTIA ( ) CONTRATO DE MANUTENÇÃO ( ) COBRANÇA AVULSA

Entrega de crachás
Natali Braga
Kaue Santos
Scarlet Andresso
Katia Aparecida
Valquiria Oliveira
Bianca Alves
Maria Aparecida
Marcela Aparecida
Rochele Alves
Adriana Araujo

NOME DO TÉCNICO

ASSINATURA DO TÉCNICO

DIA	MÊS	ANO
13	06	23

ASSINATURA DO CLIENTE

000054

TECNOCARD
www.tecnocard.com.br

SOLUÇÕES EM CONTROLE DE ACESSO E PONTO
Revenda e Centro Autorizado de Assistência Técnica
email: tecnocardsv@gmail.com
Catracas - Crachás - Peças - Acessórios - Relógios de Ponto Convencionais / Informatizados / Bio
Rua Berta Craveiro Lopes, 101 - Jardim Independência - São Vicente - SP / Cep 11380-510 / Tel.Fax: (1

RAT - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO TÉCNICO

1331!

CLIENTE ACPM INSTITUTO FONE
ENDEREÇO PMC CIDADE UF
CNPJ INSCR. EST.
SOLICITANTE SETOR
E-MAIL
ATENDIDO POR: DEPTO FONE

1 - ATIVAÇÃO / 2 - REATIVAÇÃO / 3 - DEMONSTRAÇÃO / 4 - MANUT. PREVENTIVA / 5 - MANUT. CORR
5 - MATERIAIS APLICADOS / 7 - (R) RETORNO EM GARANTIA / 8 - PRIMEIRA VISITA

( ) EM GARANTIA ( ) CONTRATO DE MANUTENÇÃO ( ) COBRANÇA AVULSA

ENTREGA DE CRACHÁS
PMC
Paola Gomes Silva
Tânio Cristiano Gomes

NOME DO TÉCNICO

ASSINATURA DO TÉCNICO

DIA	MÊS	ANO
13	06	23

ASSINATURA DO CLIENTE

TECNOCARD
www.tecnocard.com.br

SOLUÇÕES EM CONTROLE DE ACESSO E PONTO
Revenda e Centro Autorizado de Assistência Técnica
email: tecnocardsv@gmail.com
Catracas - Crachás - Peças - Acessórios - Relógios de Ponto Convencionais / Informatizados / Biométricos
Rua Berta Craveiro Lopes, 101 - Jardim Independência - São Vicente - SP / Cep 11380-510 / Tel.Fax: (13) 3561-1518

RAT - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO TÉCNICO

13346

CLIENTE ACPM FONE
ENDEREÇO PMC CIDADE UF
CNPJ INSCR. EST.
SOLICITANTE SETOR
E-MAIL
ATENDIDO POR: DEPTO FONE

1 - ATIVAÇÃO / 2 - REATIVAÇÃO / 3 - DEMONSTRAÇÃO / 4 - MANUT. PREVENTIVA / 5 - MANUT. CORRETIVA
5 - MATERIAIS APLICADOS / 7 - (R) RETORNO EM GARANTIA / 8 - PRIMEIRA VISITA

( ) EM GARANTIA ( ) CONTRATO DE MANUTENÇÃO ( ) COBRANÇA AVULSA

ENTREGA DE CRACHÁ
DANIELA MENEZES

NOME DO TÉCNICO

ASSINATURA DO TÉCNICO

DIA	MÊS	ANO
30	06	23

ASSINATURA DO CLIENTE