000556

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900003165
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
25/07/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Agente Arrecadador:	CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Codigo de Barras:	85810000027-7 47220385232-2 06070123184-3 98838060694-2
Data de Pagamento:	25/07/2023
Numero do Documento:	07.01.23184.9883806-0
Valor Total:	R$ 2.747,22
Autenticacao:	3F10E375EBA671DE3489DFB
Convenio de Arrecadacao:	00336916000900000097
Tipo de Pagamento:	TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO
Data de Vencimento:	25/07/2023
Canal:	PGFOR

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

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em:	25/07/2023
Hora da Transacao:	15:23:32

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PIS FOLHA 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)

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ	14.512.229/0001-10
Razão Social	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Período de Apuração	30/06/2023
Data de Vencimento	25/07/2023
Número do Documento	07.01.23184.9883806-0
Pagar este documento até	25/07/2023
Valor Total do Documento	2.747,22

Observações

PIS FOLHA 06.2023 - CUBATÃO

Darf emitido pelo Sicalc Web

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
8301	PIS - FOLHA PAGAMENTO 02 PIS - FOLHA DE SALARIOS PA 06/2023 Vencimento 25/07/2023	2.747,22			2.747,22
	Totais	2.747,22	0,00	0,00	2.747,22

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1019
COMPETÊNCIA
06/2023

SENDA (Versão:5.1.6) Página: 1 / 1 03/07/2023 11:06:12

85810000027 7 47220385232 2 06070123184 3 98838060694 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85810000027 7 47220385232 2 06070123184 3 98838060694 2

CNPJ:	14.512.229/0001-10
Número:	07.01.23184.9883806-0
Pagar até:	25/07/2023
Valor:	2.747,22

Pague com o PIX

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003166

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
6.488,28

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
34191.57007.04784.098073.90156.920002.8.94220000648828

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
6.488,28	0,00	0,00	6.488,28

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 24988 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E375697192DEC15F24C

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 04784.098073 90156.920002 8 94220000648828**

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

Vencimento: **25/07/2023**

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
12/07/2023	24988/07	DSI	N	12/07/2023	157 / 00047840 - 9

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**6.488,28**

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 JULHO/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 04784.098073 90156.920002 8 94220000648828**

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

Vencimento: **25/07/2023**

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
12/07/2023	24988/07	DSI	N	12/07/2023	157 / 00047840 - 9

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**6.488,28**

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 JULHO/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

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685(demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itau.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722

000360

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 24988

Data e Hora da Emissão	12/07/2023 08:51:03	Competência	12/7/2023	Código de Verificação	ZHD3TH0TH
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$ 2.652,78

REPASSE - PROJETO AVANTE PARA O FUTURO

SALÁRIO R$ 2.670,00
VT R$ 1.165,50

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1016
COMPETÊNCIA
07/2023

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$	6.488,28	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	6.488,28
(-) 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$	6.488,28	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 Socioeducacionais de Adolescentes. Registrado nos Programas de Aprendizagem Profissional do Ministério da Economia - ME.

Santos, 03 de julho 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 **julho de 2023** e benefícios para o mês de **agosto de 2023.**

QUANTIDADE DE APRENDIZES:
3

REG.	NOME	DIAS	SALÁRIO	CONT. INST. 70%	DIAS VT	VT | MÊS 08/23	TOTAL
16470	Myllena de Jesus Deslgado	31	R$ 930,00	R$ 924,00	23	R$ 241,50	**R$ 2.095,50**
17050	Nikole Alves Justo da Silva	29	R$ 870,00	R$ 864,39	23	R$ 241,50	**R$ 1.975,89**
	beneficios julho/2023				21	R$ 220,50	**R$ 220,50**
17058	THAINA NASCIMENTO DE JESUS	29	R$ 870,00	R$ 864,39	23	R$ 241,50	**R$ 1.975,89**
	beneficios julho/2023				21	R$ 220,50	**R$ 220,50**
	VALOR TOTAL		**R$ 2.670,00**	**R$ 2.652,78**		**R$ 1.165,50**	**R$ 6.488,28**

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

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003167

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
989,10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.33782.672936.82430.820009.9.94280000098910

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
989,10	0,00	0,00	989,10

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
DOC 3000518801 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37BA0FCEF5C107E5C1

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)

000563

Whirlpool S.A.

Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emília 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **31/07/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01337826-7**	No. Documento **3000518801**	Valor do Documento **989,10**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

✂- -

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 33782.672936 82430.820009 9 94280000098910

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **31/07/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/07/2023**	No. Documento **3000518801**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **04/07/2023**	Nosso Número **109 / 01337826-7**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **989,10**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO)

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

http://agua.brastemp.com.br/

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA - 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL 2800
11510-003 - CENTRO - CUBATAO - SP

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

✂- -

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

CNPJ/CPF 14512229000110

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0945633901	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633902	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633904	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 132 BARROSO	CUBATAO	SP
0945633905	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV N SRA DE FATIMA SN EDUARDO	CUBATAO	SP
0948053674	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 RECEPCAO	CUBATAO	SP
0948053675	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 MEDICACAO	CUBATAO	SP
0948053676	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 EMERGENCIA	CUBATAO	SP
0948074484	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 76 REPOUSO I	CUBATAO	SP
0948074788	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 SALA ALPHA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$00000000989,1

DESPESA BANCARIA R$000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$00000000989,1

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1399
COMPETÊNCIA
07/2023

000585

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003168

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
113,43

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.33782.832936.82430.820009.7.94280000011343

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
113,43	0,00	0,00	113,43

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
DOC 3000521202 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37F47C4BEE1FA35C99

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emília 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **31/07/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01337828-3**	No. Documento **3000521202**	Valor do Documento **113,43**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 33782.832936 82430.820009 7 94280000011343

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **31/07/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**			CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**		Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/07/2023**	No. Documento **3000521202**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **04/07/2023**	Nosso Número **109 / 01337828-3**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **113,43**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO)

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

http://agua.brastemp.com.br/

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA - 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL 2800
11510-003 - CENTRO - CUBATAO - SP

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

Whirlpool S.A.

Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

CNPJ/CPF 14512229000110

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0948106281	Ecohouse Prestacao		01/07/23	31/07/23	030	0000000113,43	AV NOVE DE ABRIL 2800 COPA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$0000000113,43

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$0000000113,43

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1399

COMPETÊNCIA
07/2023

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003169

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
532,05

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
PROMEDIC P O MED IND COML LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
01.799.597/0001-49

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.09198.609225.81008.720005.1.94240000053205

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
532,05	0,00	0,00	532,05

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 39602 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37341F7A19EA73535E

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)

000569

PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA

Promedic

CPF/CNPJ do Beneficiário: 01.799.597/0001-49 - Agência/Código do Beneficiário: 9228/00872-
R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090

Recibo do Pagador

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	**CPF/CNPJ** 14.512.229/0001-10
Endereço RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681	**Bairro** JARDIM BRASÍLIA
Município SÃO PAULO	**UF** SP / **CEP** 05847-620

Vencimento	Nosso Número	Valor Cobrado
27/07/2023	109/01091986-0	R$ 532,05

Mensagens:
RPS: 0008332
NF 39.602

Resumo do(s) Serviço(s) Prestado(s):

12 - Hemograma com contagem de plaquetas
5 - Exame médico Admissional
4 - Exame médico Periódico
4 - Exame médico Demissional

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1038
COMPETÊNCIA
07/2023

Número do Documento	Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(=) Valor Cobrado
15121-1	R$ 532,05	R$ 0,00	R$ 532,05

Autenticação mecânica

Data de Emissão: 17/07/2023

Corte na linha

Itaú Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09016 09198.609225 81008.720005 1 94240000053205

Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.	Vencimento: 27/07/2023
Beneficiário: PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA - 01.799.597/0001-49	Agência/Código Beneficiário: 9228/00872-
Endereço do Beneficiário: R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090	

Data do Documento	Número do Documento	PD	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
17/07/2023	15121-1	DP	N	17/07/2023	109/01091986-0

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			532,05

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
Cobrar multa por atraso de 2,000%.
Cobrar juros de mora de R$ 0,18 ao dia.
Protestar no dia 11/08/2023
Não aceitamos depósito em C/C. Caso ocorra, não quitará esta fatura!

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

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681
05847-620 JARDIM BRASÍLIA SÃO PAULO SP
Sacador/Avalista

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Código de Baixa
109/01091986-0

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

000570

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES - CENTRO - CUBATAO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	39602	17/07/2023	DARC-ANHE

Promedic

PROMEDIC PREVENCAO E ORIENTACAO MEDICA INDUSTRIAL E COMERCIAL LTDA

11500-090 - RUA MARECHAL CARMONA, 194 - JD ANCHIETA
CUBATAO - SP - CEP: 11500-090
CNPJ/CPF:01.799.597/0001-49 Inscr. Estadual/RG:
Email: contato@promedic.net.br
Telefone: (13) 3361-2976 CCM 9590 Inscr. Municipal: 0097934

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO
Natureza Operação: Prestação de Serviços
Competência: 07/2023
Atividade: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Nota Fiscal Fatura	Fatura Nro	39602	Valor R$	532,05	Vencimento	27/07/2023

Dados do Tomador de Serviço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816 - CENTRO
SANTOS - SP - - CEP: 11.013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail:
End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF:
- - - - CEP:

Valor por extenso	QUINHENTOS E TRINTA E DOIS REAIS E CINCO CENTAVOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	1	Exames clínicos e laboratoriais - 01/06/2023 até 30/06/2023	558,00	558,00

Valor Aprox. Tributos: R$ 79,96 (14,33%) **Fonte:** 12741/2012

Observação:

Forma de Pagamento: Única

Total dos Serviços		558,00
Total de Deduções		0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%	16,74
Desc. Incondicionado		0,00
Desc. Condicionado		0,00

Total da Nota	RETENÇÕES				Total Liquido
			INSS	OUTROS	532,05

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003172

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
1.514,32

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
34191.57007.04791.918073.90156.920002.5.94220000151432

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.514,32	0,00	0,00	1.514,32

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 25069 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37574F9627BA36A6AE

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 04791.918073 90156.920002 5 94220000151432**

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

Vencimento: **25/07/2023**

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
13/07/2023	25069/07	DSI	N	13/07/2023	157 / 00047919 - 1

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**1.514,32**

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 FATURA COMPLEMENTAR MES JULHO/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 04791.918073 90156.920002 5 94220000151432**

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

Vencimento: **25/07/2023**

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
13/07/2023	25069/07	DSI	N	13/07/2023	157 / 00047919 - 1

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**1.514,32**

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 FATURA COMPLEMENTAR MES JULHO/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

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685(demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itau.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722

000573

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 25069

Data e Hora da Emissão	13/07/2023 16:21:28	Competência	13/7/2023	Código de Verificação	0PPC1HCVG
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$ 566,32

REPASSE - PROJETO AVANTE PARA O FUTURO

SALÁRIO R$ 570,00
VT R$ 378,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1016
COMPETÊNCIA
07/2023

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$	1.514,32	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	1.514,32
(-) 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$	1.514,32	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 Socioeducacionais de Adolescentes. Registrado nos Programas de Aprendizagem Profissional do Ministério da Economia - ME.

Santos, 13 de julho 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 **julho de 2023** e benefícios para o mês de **agosto de 2023.**

QUANTIDADE DE APRENDIZES:
1

REG.	NOME	DIAS	SALÁRIO	CONT. INST. 70%	DIAS VT	VT | MÊS 08/23	TOTAL
17078	LEONARDO DA SILVA	19	R$ 570,00	R$ 566,32	23	R$ 241,50	**R$ 1.377,82**
	beneficios julho/2023		R$ -	R$ -	13	R$ 136,50	**R$ 136,50**
	VALOR TOTAL		**R$ 570,00**	**R$ 566,32**		**R$ 378,00**	**R$ 1.514,32**

Elaborado por:
Ariadne França
Departamento Financeiro - CAMPS

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003174		25/07/2023	5.593,60

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
34191.57007.04795.898073.90156.920002.6.94240000559360

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
5.593,60	0,00	0,00	5.593,60

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 25108 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37790595BEFE3352A3

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)

000576

RECIBO DO PAGADOR

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04795.898073 90156.920002 6 94240000559360**

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

Vencimento: **27/07/2023**

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
17/07/2023	25108/07R	DSI	N	17/07/2023	157 / 00047958 - 9

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**5.593,60**

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
ANA CAROLINA SA VIEIRA
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 04795.898073 90156.920002 6 94240000559360**

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

Vencimento: **27/07/2023**

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
17/07/2023	25108/07R	DSI	N	17/07/2023	157 / 00047958 - 9

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	157	R$			**5.593,60**

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
ANA CAROLINA SA VIEIRA
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

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685(demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itau.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722

000577

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 25108

Data e Hora da Emissão	17/07/2023 12:24:45	Competência	17/7/2023	Código de Verificação	EJFSCYVMT
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$ 810,00 | CONT. INSTITUCIONAL R$ 831,60
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 6/12 AVOS - R$ 450,00 | CONT. INSTITUCIONAL R$ 462,00

TOTAL - VERBAS RESCISÓRIAS R$ 2.760,00
TOTAL - CONTRIBUIÇÃO INSTITUCIONAL R$ 2.833,60

APRENDIZ: ANA CAROLINA DA VIERA

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$	5.593,60	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	5.593,60
(-) 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$	5.593,60	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 04/07/1964. Declarado de Utilidade pública municipal pela Lei n° 3.822 de 03/10/1973, publicado no Diario Oficial da União no dia 25/11/1991. 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 da Assistência Social de Santos - CMAS sob o n° 25 de 02/09/2001.Filiado à FEBRAEDA - Federação Brasileira das Associações Socioeducacionais de Adolescentes. Registrado nos Programas de Aprendizagem Profissional do Ministério da Economia - ME.

Santos, 06 de julho 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:			**ANA CAROLINA DA VIEIRA - 15996**
Período:			**04/04/2022 a 27/06/2023**
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	27	R$ 810,00	R$ 831,60
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	6	R$ 450,00	R$ 462,00
(-) Descontos			
V.T. não utilizados			
V.R. não utilizados			
TOTAL APRENDIZ		**R$ 2.760,00**	**R$ 2.833,60**
TOTAL		**R$**	**5.593,60**

Elaborado por:
Ariadne França
Departamento Financeiro - CAMPS

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003176

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
1.707,95

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
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
10499.77059.34000.100049.00000.838607.1.94240000170795

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.707,95	0,00	0,00	1.707,95

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
VT 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E3740FDB96ACE0075D7

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)

000580

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 00000.838607 1 94240000170795

Beneficiário EXPRESSO FENIX LTDA - CUBATÃO	Agência / Código do Beneficiário 3104/977053-4	Espécie R$	Quantidade	Carteira / Nosso número 14/000000000008386-6

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

Número do documento 8337	CPF/CNPJ 05.849.495/0017-09	Vencimento 27/07/2023	Valor documento R$ 1.707,95

(-) 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: 10715-128

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 00000.838607 1 94240000170795

Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE					Vencimento 27/07/2023
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 24/07/2023	Nº documento 8337	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 24/07/2023	Carteira / Nosso número 14/000000000008386-6
Uso do banco	Carteira RG	Espécie R$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento R$ 1.707,95

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: 10715-128

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1032
COMPETÊNCIA
08/2023

(-) 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

Sacador / Avalista:

Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

Situação do Pedido

dastro: 10715 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

24/07/2023

Liberado em: --/--/----

edido: *10715-128*

artão	Tipo	Nome	Doc. Federal	Quantidade	Valor Unit.	Total (R$)	Data	Situação
.325.321.458	COMUM	ROSANGELA ZALOBNICKI	027.784.439-83	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
.731.995.214	COMUM	ANA CAROLINI REZENDE DANTAS	455.178.508-39	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
.318.984.306	COMUM	BIANCA ATALAIA ALVES DE JESUS	490.309.708-04	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
.187.351.970	COMUM	JOSIELE DOS SANTOS SILVA	363.467.838-07	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
.093.617.671	COMUM	LEIA SANTIAGO DA SILVA	274.339.208-89	30	5,00	150,00	--/--/----	Não Liberado
2.778.385.737	COMUM	LILIAN DE JESUS MORAIS	330.634.858-96	56	5,00	280,00	--/--/----	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	52	5,00	260,00	--/--/----	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			1.740,00		
Subtotal:		10 Cartão(ões)				1.740,00		
tal:		10 Cartão(ões)						

165 - R$ 2.4,50

24/07/2023 12:29

TD0082.3

ID/Login: 10715 - prontosocorro

000581

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003177		25/07/2023	455,20

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
00190.00009.02869.214003.00012.686176.5.94250000045520

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 17863 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37806AC52B1A1AFA75

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 Entrega

000583

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.686176 5 94250000045520

BB Cobrança 3.00.02

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69	Agência / Código do Beneficiário 01006-5 / 73122-6
Pagador/CNPJ/CPF INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10	Nosso-Número 28692140000012686
Data de Vencimento: 28/07/2023 · Nr Documento: 17863-1 · Espécie: NF · Moeda: R$	Valor do Documento 455,20
Recebi(emos) o boleto com essas características. · Assinatura	Data da Entrega · Nome

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.686176 5 94250000045520

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
28692140000012686	17863-1	28/07/2023	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$		

BB Cobrança 3.00.02

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

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento
25/07/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
25/07/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

Autenticação Mecânica

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.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.686176 5 94250000045520

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data do Vencimento
28/07/2023

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
25/07/2023	17863-1	NF	N	25/07/2023	28692140000012686

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

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

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.538179 6 94250000045520

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
28692140000012538	17863	28/07/2023	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

BB Cobrança 3.00.02

Data Processamento
28/06/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
28/06/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

Autenticação Mecânica

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.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.538179 6 94250000045520

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
28/07/2023

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
28/06/2023	17863	NF	N	28/06/2023	28692140000012538

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

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

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

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: 000017863
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0617 2328 3700 0169 5500 1000 0178 6319 8733 4130

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: 135231018392065 28/06/2023 16:36:34

35117232837000169000112800 44

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

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10	DATA EMISSÃO: 28/06/2023
ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 11013-153	DATA DA SAIDA: 28/06/2023
MUNICÍPIO: SANTOS	FONE / FAX: (13) 339-4510	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA: 16:36:02

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	28/07/2023	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
65689	COPO DESC. 180ML C/2500 TR - COPOMAIS	39241000	0500	5102	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
06/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- CONTRATO DE GESTAO N : 003/18 E TERMO ADITIVO N : 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO SP / ENDERECO PARA ENTEGA: AV 9 DE ABRIL N 2.800 - CENTRO -CUBATAO/SP - CEP 11.510.000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Total aprox. de impostos R$ 163,19 (35,85%) Fonte : IBPT.
-

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 28/06/23
ASS
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 28 junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 092.2023 – Alpha – Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

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

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003178

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
1.904,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
00190.00009.02869.214003.00012.687174.1.94230000190400

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 17864 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E379D4765D53B369C2B

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)

000588

Recibo de Entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.687174 1 94230000190400

BB Cobrança 3.00.02

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69	Agência / Código do Beneficiário 01006-5 / 73122-6
Pagador/CNPJ/CPF INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10	Nosso-Número 28692140000012687
Data de Vencimento: 26/07/2023 · Nr Documento: 17864-1 · Espécie: NF · Moeda: R$	Valor do Documento 1.904,00
Recebi(emos) o boleto com essas características. · Assinatura	Data da Entrega · Nome
Local do Pagamento **Pagável em qualquer banco.**	

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.687174 1 94230000190400

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
28692140000012687	17864-1	26/07/2023	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$		

BB Cobrança 3.00.02

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

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento: 25/07/2023
Espécie DOC: NF
Data do Documento: 25/07/2023
Aceite: N
(-) Desconto / Abatimento
(+) Juros / Multa
(=) Valor Cobrado

Autenticação Mecânica

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.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.687174 1 94230000190400

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data do Vencimento: 26/07/2023

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
25/07/2023	17864-1	NF	N	25/07/2023	28692140000012687

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

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

000589

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.537171 9 94230000190400

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
28692140000012537	17864	26/07/2023	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
28/06/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
28/06/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 3.00.02

Autenticação Mecânica

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.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.537171 9 94230000190400

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
26/07/2023

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
28/06/2023	17864	NF	N	28/06/2023	28692140000012537

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

BB Cobrança 3.00.02

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

000590

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: 000017864
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0617 2328 3700 0169 5500 1000 0178 6410 9733 4134

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: 135231018405463 28/06/2023 16:38:00

35117232837000169000112800 44

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

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10
DATA EMISSÃO	28/06/2023
ENDEREÇO	R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816
BAIRRO/DISTRITO	CENTRO
CEP	11013-153
DATA DA SAIDA	28/06/2023
MUNICÍPIO	SANTOS
FONE / FAX	(13) 339-4510
UF	SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL	
SUFRAMA	
HORA DA SAIDA	16:37:43

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	26/07/2023	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	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS 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%

CENTRO DE CUSTO

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- CONTRATO DE GESTAO N 003/18 E TERMO ADITIVO N 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO - SP / ENDERECO PARA ENTREGA: AV 9 DE ABRL N 2.800 - CENTRO - CUBATAO/SP - CEP 11.510-000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 649,64 (34,12%) Fonte : IBPT.

-

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES N. SITA FISCAL
DATA 28/06/23
ASS.

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

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 28 junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 093.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

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

07 und resmas Papel Sulfite A4.

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

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900003175
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
25/07/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	PM SAO PAULO
Convenio de Arrecadacao:	00336496000900003219
Codigo de Barras:	81850000044-5 32145701230-9 73100997898-9 27010089939-4
Data de Vencimento:	31/07/2023
Data de Pagamento:	25/07/2023
Data da Transacao:	25/07/2023
Valor:	R$ 4.432,14
Canal:	PGFOR
Hora da Transacao:	15:23:32

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Autenticacao: 3F10E37290A1EE06FE4A067

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
DAM SP PARCELA 13/36

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

SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

000593

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

IDENTIFICADOR DO DÉBITO AUTOMÁTICO: 200.000.000.000.000.507.956.993.0

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	31/07/2023

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO 99789827-5-01
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$ **********4.264,37	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR 4.398.678-1	07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390 / 08-NR: / 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC / 11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$ **********	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: ** / 14-PARCELA: 013/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 620			18-VALOR R$: **********4.432,14 19- 20-
29-OUTRAS INFORMAÇÕES TERMO DE ACORDO:5.079.569 VALORES GRAFADOS EM REAIS EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA			21-MULTA R$ 22- 23-DESCONTO R$ 24-
30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$: **********2.089,04	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$: **********586,76	32-JUROS R$: **********1.588,42	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA / 25-DATA DE VALIDADE: 31/07/2023 / 26-TOTAL A PAGAR R$: **********4.432,14

008 009978982701

81850000044-5 32145701230-9 73100997898-9 27010089939-4

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

Via Banco

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	31/07/2023

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO 99789827-5-01
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$ **********4.264,37	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR 4.398.678-1	07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390 / 08-NR: / 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC / 11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$ **********	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: ** / 14-PARCELA: 013/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 620			18-VALOR R$: **********4.432,14 19- 20-
29-OUTRAS INFORMAÇÕES TERMO DE ACORDO:5.079.569 VALORES GRAFADOS EM REAIS EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA			21-MULTA R$ 22- 23-DESCONTO R$ 24-
30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$: **********2.089,04	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$: **********586,76	32-JUROS R$: **********1.588,42	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA / 25-DATA DE VALIDADE: 31/07/2023 / 26-TOTAL A PAGAR R$: **********4.432,14

008 009978982701

81850000044-5 32145701230-9 73100997898-9 27010089939-4

000594

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003170		25/07/2023	3.951,75

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
21.659.864/0001-90

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
03399.78041.58000.000040.13239.401014.4.94280000395175

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
3.951,75	0,00	0,00	3.951,75

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PGTO VT 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E37724A4FBDC523889C

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)

000595

BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA

BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA S.A. - SPE
CNPJ: 21.659.864/0001-90
AV FRANCISCO MANOEL, 1050 - JABAQUARA SANTOS - SP
CEP:11.075-110

Recibo do Pagador

Beneficiário **BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90**	Agência Código Beneficiário **22713/780458-0**	Vencimento **31/07/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**	Número do Documento **1462869**	Nosso Número **000000413239-4**
Espécie **RS** / Quantidade / (x) Valor	(=) Valor do Documento **3.951,75**	(-) Desconto
Demonstrativo:	(-) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado

OS CRÉDITOS DO PEDIDO SERÃO LIBERADOS PARA A RECARGA APÓS 72H DO PAGAMENTO.

Taxa Adminstrativa:R$ 115,10

Autenticação Mecânica

Corte Aqui

Santander | 033-7 | 03399.78041 58000.000040 13239.401014 4 94280000395175

Local de Pagamento **Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação**					Vencimento **31/07/2023**
Beneficiário **BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90**					Agência/Código Beneficiário **22713/780458-0**
Data Documento **21/07/2023**	Número do Documento **1462869**	Espécie Doc. **RC**	Aceite **N**	Data Processamento **21/07/2023**	Nosso Número **000000413239-4**
	Carteira **Cob. Simples COB**	Espécie **RS**	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento **3.951,75**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) SR CAIXA, NÃO RECEBER APÓS VENCIMENTO					(-) Desconto (-) Mora/Multa (-) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE** **RUA AMADOR BUENO 333 SALA 1816 CENTRO SANTOS SP 11013-153** Sacador/Avalista					**CNPJ: 14.512.229/0001-10** **Ficha de Compensação**

Autenticação Mecânica

Corte Aqui

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1032
COMPETÊNCIA
06/2023

APB PRODATA BRASIL

Número do pedido **1462869**
Valor do Pedido **R$ 3.836,65**
Total de registros **18**
Status do pedido **Novo**

Código	CPF	Nome	Cartão	Valor
436969	22817467809	DANILO SILVEIRA DE MELO	71.04.08885837-3	R$ 270,00
397051	08051698819	ELIANE CAMPOS PEREIRA	71.04.08613771-7	R$ 165,00
202832	34024267817	ELMO VIEIRA DA SILVA	71.04.00362386-4	R$ 345,00
213942	47270174822	FABIANA PEREIRA DA SILVA	71.04.08900123-9	R$ 178,50
423030	33599628858	FABIANO SA TELES DE SOUZA	71.04.08795861-7	R$ 165,00
329070	38097832852	INGRID JANAINE RODRIGUES DA SILVA	71.04.00091444-2	R$ 160,50
366166	28491367861	JAMES DE FREITAS SOUZA	71.04.00094782-1	R$ 165,00
501269	07018133858	KATIA APARECIDA DE JESUS SANTOS	71.04.08858722-1	R$ 178,50
501267	44357667879	KAUE SANTOS DA SILVA	71.04.08875690-2	R$ 165,00
512174	46324243826	LARISSA REGINA BASTOS DO NASCIMENTO	71.04.08969867-1	R$ 322,40
328296	44760196846	LUIZ AUGUSTO GALVAO DE SA FILHO	71.04.00151875-3	R$ 178,50
501266	38596379835	MARCELA APARECIDA DOS SANTOS SILVA	71.04.08993366-2	R$ 178,50
225403	24918802885	MARIA APARECIDA MARTINS FARIAS GALVAO	71.04.08599642-2	R$ 312,00
327919	34508925847	PRISCILA REGINA FERREIRA	71.04.00068669-5	R$ 345,00
411371	15919689846	RENATA FRANCISCA DE BARROS	71.04.08899382-3	R$ 165,00
282152	08047882864	RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA	71.04.08975730-9	R$ 234,75
259088	12134208813	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	71.04.08594000-1	R$ 143,00
455938	33403418855	VANESSA SILVA DOS SANTOS	71.04.08869221-1	R$ 165,00

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003171

No. compromisso cliente

Data do Crédito
25/07/2023

Valor
290,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
BEN BENEFICIOS E SERVICOS INSTI

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
30.798.783/0001-61

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.04997.27790.000015.39941.001016.7.94240000029000

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
290,00	0,00	0,00	290,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PGTO VA 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37554562859C0F91DB

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)

000598

Recibo do Pagador

Santander | 033-7 | 03399049972779000001539941001016794240000029000

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

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

Pagador/Avalista:

Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Cobrado
900000139941-0	814431	27/07/2023	290,00	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

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

Autenticação Mecânica

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Santander | 033-7 | 03399049972779000001539941001016794240000029000

Local de Pagamento

"

Data de Vencimento

27/07/2023

Beneficiário/CPF/CNPJ

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

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento
21/07/2023	814431	99	N	21/07/2023

Nosso Número

900000139941-0

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
	101	R$		

(=) Valor do Documento

290,00

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1024
COMPETÊNCIA
07/2023

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO

CEP: 11013151SANTOS-SP

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Pagador/Avalista:

000599

Informações dos Beneficiários

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

CNPJ	Código do Local de entrega	Matrícula	Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Produto	Valor do crédito	Data do crédito
14512229/0001-10	CUB001		LARISSA REGINA BASTOS DO NASCIMENTO	463.242.438-26	13/11/1998	1	R$ 290,00	01/08/202

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003173		25/07/2023	31.030,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/07/2023

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
BEN BENEFICIOS E SERVICOS INSTI

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
30.798.783/0001-61

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.04997.27790.000015.39940.201013.6.94240003103000

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PGTO VA 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E37AD969BB9F0D6031F

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)

000601

Recibo do Pagador

Santander | 033-7 | 03399049972779000001539940201013694240003103000

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

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

Pagador/Avalista:

Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Cobrado
900000139940-2	814430	27/07/2023	31.030,00	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

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

Autenticação Mecânica

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Santander | 033-7 | 03399049972779000001539940201013694240003103000

Local do Pagamento

"

Data de Vencimento

27/07/2023

Beneficiário/CPF/CNPJ

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

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento
21/07/2023	814430	99	N	21/07/2023
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
	101	R$		

Nosso Número

900000139940-2

(=) Valor do Documento

31.030,00

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1031

COMPETÊNCIA

06/2023

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO

CEP: 11013151SANTOS-SP

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Pagador/Avalista:

Informações dos Beneficiários

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

CNPJ	Código do Local de entrega	Matrícula	Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Produto	Valor do crédito	Data do crédito
14512229/0001-10	CUB001	000150	ADRIANA FERNANDES LUIZ	27455069863	25/12/1975	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001273	ADRIANA ARAUJO ALVES DE GODOY	33786080801	08/09/1983	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000259	AGUINAL DOUGLAS CORREIA FERREIRA DE SOUZ	28625311890	15/06/1977	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1034	ALESSANDRA DJRDRJAN GOMEZ	21858336856	28/02/1979	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000699	ALEXANDRE DOS SANTOS SILVA	22619137888	20/10/1983	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000100	ALLANNA MARQUES GOMES	06935334390	17/03/1995	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000340	AMANDA LARISSA SILVEIRA MENEZ	45907178833	03/09/1998	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000347	AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA	42919226800	23/03/1994	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000003	ANA CAROLINE DOS SANTOS DE SALES MARQUE	41772793825	20/04/1993	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000151	ANDREA DE JESUS ANTUNES CARMO	25664870818	15/12/1975	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000697	ANDRESSA DE JESUS ABREU	39492872803	07/11/1990	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000676	ANE CAROLINE MAROTTI BARTHALO INDAUI	45988894895	20/09/1996	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1075	ANA CAROLINI REZENDE DANTAS	45517850839	12/09/1996	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000122	BIANCA ALVES DA SILVA	39024181844	09/08/1988	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000122	BIANCA ATALAIA ALVES DE JESUS	49030970804	07/07/1999	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000123	BRUNO GOMES PESSOA	40397287852	28/12/1991	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000309	CAMILA DA SILVA ALENCAR	46408344895	17/10/1997	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1311	CARLOS ALBERTO LORIANO PINTO	25342135800	06/08/1976	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000303	CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS	24867476803	06/03/1975	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000094	CRISTIANE REIS ROSATO GIMENES	25948357813	24/03/1975	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000299	DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS	32942247886	26/02/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000298	DANESSA DE SOUZA SANTANA	35308219850	03/02/1993	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000950	DANILO SILVEIRA DE MELO	22817467809	26/10/1985	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000572	DIEGO DE ARAUJO MENEZES	36761880807	07/12/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000301	ELAINE LOPES DE OLIVEIRA	37379932896	25/01/1985	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1068	ELIANE APARECIDA CONTIJO	64201082920	05/01/1969	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000241	ELIANE CAMPOS PEREIRA	08051698819	05/05/1966	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000961	ELISABETE PACHECO DE GOES	25685605846	08/02/1978	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000091	ELMO VIEIRA DA SILVA	34024267817	09/07/1983	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000712	FABIANA PEREIRA DA SILVA	47270174822	14/04/1999	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000924	FABIANO SA TELES DE SOUZA	33599628858	15/05/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000541	FABIO JORDAO DE FARIAS	05820912845	14/07/1966	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000108	GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDA	48656005820	14/11/1997	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000198	GISELE MORINE DA SILVA AGUIAR	37150674895	31/01/1989	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000660	HEBERT DO NASCIMENTO SILVA	33609550805	15/06/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	07/11/1983	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000381	INGRID JANAINE RODRIGUES PINHEIRO	38097832852	16/01/1992	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1312	ITALO SPERATI	40851861830	11/02/1997	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000262	IVONEIDE BRASIL DA SILVA LIMA	30998201804	14/09/1978	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000612	JAMES DE FREITAS SOUZA	28491367861	28/10/1979	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000678	JESSICA DA SILVA SANTOS	39316583845	08/04/1991	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000365	JHULLY ANNE SOUZA SANTOS	43144746886	18/04/1997	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000331	JOSIELLE DOS SANTOS SILVA	36346783807	07/01/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000270	KARINA FIORI DA SILVA	27821249866	28/06/1976	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001286	KATIA APARECIDA DE JESUS SANTOS	07018133858	03/11/1967	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001264	KAUE SANTOS DASILVA	44357667879	24/03/2004	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000993	KEZIA MAYNARA SOUZA DAMACENO SILVA	41797324837	16/03/1995	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000983	KLEICY KAROLIM TOME RAMOS	23369446855	29/08/1993	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	268	LARISSA REGINA BASTOS DO NASCIMENTO	463.242.438-26	13/11/1998	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1303	LEIA SANTIAGO DA SILVA	27433920889	12/02/1978	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000974	LEIA VICENTE DOS SANTOS DE SOUZA	42812350865	05/09/1996	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000240	LILIAN DE JESUS MORAIS	33063485896	14/08/1983	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000964	LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVA	30796573816	27/09/1980	1	R$ 290,00	01/08/2023

14512229/0001-10	CUB001	000130	LUCIANA TATIANE GIMENES ROSSI	32252664851	28/03/1983	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000315	LUIZ AUGUSTO GALVAO DE SA FILHO	44760196846	02/09/1996	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001243	MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇÃO	25288295824	10/09/1975	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000119	MARCELINO GUILHERME RIBERO	09107512856	02/06/1967	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000161	MARCELA APARECIDA DOS SANTOS SILVA	38596379835	06/02/1999	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000339	MARCELO SANTOS	13386154832	24/09/1972	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1061	MARCIO DE CARVALHO BOSSAN	00575306700	21/10/1970	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001220	MARIA APARECIDA DA MATTA HERNANDES	09795835866	21/09/1972	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000161	MARIA APARECIDA MARTINS FARIAS GALVAO	24918802885	26/12/1971	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000346	MARISA MARIA DA SILVA	27749834877	16/08/1978	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000113	MAYARA MARTINS ARAUJO	38986732866	28/12/1989	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000324	MIRACI DE SOUZA SILVA FERREIRA	27639034876	28/02/1978	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000155	MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO	31486773826	17/10/1982	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000114	MIRIAN DE JESUS VIEIRA	29012873878	04/07/1980	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000253	NADIA MACIEL RAMOS GOMES	33846931837	07/06/1985	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000979	NADIA SOUZA DA SILVA DOS ANJOS	41344721800	23/07/1991	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1252	NATALI BRAGA PEREIRA BUENO	36558743833	26/12/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000007	NATALINE DA SILVA JESUS	42891693841	06/03/1994	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000267	ODETE DO CARMO SILVA	13050767880	25/11/1968	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000634	PAMELA DE OLIVEIRA FIGUEREDO	40031001823	08/06/1992	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000600	PETALA PEREIRA MARCONDES	44666345809	07/10/1995	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000308	PRISCILA REGINA FERREIRA	34508925847	24/10/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000152	QUEITE ROSA CAFE FERREIRA DOS SANTOS	27571600871	12/06/1976	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000306	RENATA FRANCISCA DE BARROS	15919689846	16/05/1973	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000615	ROBERTO GREGORIO CLARO	32938720858	14/12/1984	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001234	ROCHELE ALVES MARIN	07884331560	08/07/1998	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000129	ROSANGELA ZALOBNICKI	02778443983	08/08/1976	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000668	ROSEMEIRE SILVA DOS SANTOS	28365312824	22/04/1978	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000242	RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA	08047882864	31/01/1970	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000149	SAIONARA SANTOS DE SOUZA	30836199871	17/11/1981	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000956	SANDRA CRISTINA COSTA MOTA	16958166841	09/05/1974	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000212	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	12134208813	16/02/1970	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000260	SANDRA SANTOS DE CARVALHO	15917822875	18/05/1970	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001229	SCARLET ANDRESSA DE CASTRO ESCANHOELA DOS SAI	45614618848	19/06/1995	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000193	SERGIO APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS	05754343841	08/12/1964	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001013	SHIRLEY SANTOS DA SILVA	45249929877	06/03/1999	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000236	SIDNEY SPINASSI	00336463847	24/10/1960	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1310	SIDNEIA DOS SANTOS PIRES	32070117804	16/02/1982	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000972	SILVIA ALVES GUIMARAES	25819292863	07/07/1977	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000281	STEFANI APARECIDA DE SOUSA RIBEIRO	11839781629	17/03/1993	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000960	THAIS SOARES DA SILVA	46162197883	25/01/1999	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000537	THIAGO PONCIANO DA CONCEIÇÃO	23113560896	02/05/1988	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001033	THIFANI PAIXAO DE CARVALHO	48964497899	15/07/1998	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000988	VALERIA CRISTINA DA SILVA FERREIRA	33350313850	16/05/1985	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000096	VALMIR MAZIERO	00888936850	01/08/1960	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001271	VALQUIRIA OLIVEIRA RODRIGUES	22916052836	24/10/1986	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000958	VANESSA CARVALHO THOMAZ	50193719800	21/11/2000	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000009	VANESSA FRANCISCA DA CRUZ	26298318844	02/05/1977	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	001017	VANESSA SILVA DOS SANTOS	33403418855	07/11/1984	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	1060	VANUSA CAMPOS SANTOS	52279081504	17/02/1973	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000010	VERA LUCIA DA SILVA	36146747890	02/06/1981	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000995	VERONICA SANTOS DE OLIVEIRA ANUNCIACAO	16959042810	19/07/1974	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000263	VERUSKA RAQUELA FRANCO PROVAZI	30977623882	21/08/1982	1	R$ 290,00	01/08/2023
14512229/0001-10	CUB001	000076	VIVIANE FERREIRA DE SOUZA	18505525841	02/12/1972	1	R$ 290,00	01/08/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003180		26/07/2023	60.920,70

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI EPP

CNPJ/CPF
20.025.921/0001-16

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0569
Conta 00000000000130014317

Número do Documento
900003180
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 192 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E3772579A99E627C065

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.192 Série 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica

0- ENTRADA
1- SAÍDA
1

Nº 000.000.192
Série 1
Folha 1 de 1

Chave de Acesso
3523 0720 0259 2100 0116 5500 1000 0001 9210 7350 3145

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	**135231195302209 25/07/2023 15:06:58**

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	25/07/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA / ENTRADA
RUA AMADOR BUENO, 333 CJTO 1816	CENTRO	11013-153	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SANTOS	(13)3322-7379	SP		15:07:12

FATURA

PAGAMENTO à VISTA

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	60.920,70

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60.920,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	V.UNIT.	V. DESC.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
10025	DESJEJUM	21069029	0102	5102	UN	996	5,80	0,00	5.776,80	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10026	COLACAO	21069029	0102	5102	UN	996	5,60	0,00	5.577,60	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10027	ALMOCO	21069029	0102	5102	UN	985	17,50	0,00	17.237,50	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10028	LANCHE	21069029	0102	5102	UN	938	5,80	0,00	5.440,40	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10029	JANTAR	21069029	0102	5102	UN	984	17,50	0,00	17.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10030	CEIA	21069029	0102	5102	UN	941	5,60	0,00	5.269,60	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10031	FORMULA	19011010	0102	5102	UN	133	5,00	0,00	665,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10032	AGUA	22011000	0102	5102	LT	1029	2,20	0,00	2.263,80	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %
10033	DIETA ENTERAL	21069030	0102	5102	UN	49	30,00	0,00	1.470,00	0,00	0,00	0,00	0,00 %	0,00 %

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
11341
COMPETÊNCIA
06/2023

CÁLCULO DO ISQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox R$: 8133,23 Fed, 10716,71 Est e 0,00 Mun R$ 18849,94(30,94%) de tributos Fonte: IBPT [M2L5P8]	

CONFEITARIA BONIFACIO EIRELI - PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR

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

UNIDADE HOSPITALAR: _____

jun/23

De 01/6/23 à 30/6/23			
	QTD.	VLR. UN.	VLT. TOTAL
Desjejum	996	R$ 5,80	R$ 5.776,80
Colação	996	R$ 5,60	R$ 5.577,60
Almoço	985	R$ 17,50	R$ 17.237,50
Lanche	938	R$ 5,80	R$ 5.440,40
Jantar	984	R$ 17,50	R$ 17.220,00
Ceia	941	R$ 5,60	R$ 5.269,60
Formulas	133	R$ 5,00	R$ 665,00
Agua	1029	R$ 2,20	R$ 2.263,80
Dieta Enteral	49	R$ 30,00	R$ 1.470,00
Total	**7051**		**R$ 60.920,70**