000007

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003179		26/07/2023	3.679,43

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
26/07/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
NUNO DO VAL MACIEIRA NETO SERVICOS MEDIC

CNPJ/CPF
48.835.173/0001-56

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0341/60701190	00610	00000000000000992018	3.679,43

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 1 SERVICOS MEDICOS REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E37F2B782CC8264BAA2

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)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota: **00000001**
Data e Hora de Emissão: **26/07/2023 11:01:22**
Código de Verificação: **6UAW-UIBJ**

20230726u48835173000156

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **48.835.173/0001-56** Inscrição Municipal: **7.538.291-1**
Nome/Razão Social: **NUNO DO VAL MACIEIRA NETO SERVICOS MEDICOS LTDA**
Endereço: **R VISC DE TAUNAY 627, APT 141 B - VILA CRUZEIRO - CEP: 04726-010**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**
CPF/CNPJ: **14.512.229/0001-10** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **AL Itapecuru 645, CJ 1230 - Alphaville Centro Industrial e - CEP: 06454-080**
Município: **Barueri** UF: **SP** E-mail: **CONTATO@LDMASSESSORIA.COM**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos

PRONTO SOCORRO CENTRAL - 3 Plantões de 12 horas
Período de 01/06/2023 a 30/06/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - ADITIVO 005/2023
SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO

ISS RETIDO 3% R$: 121,50

LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: CUBATÃO - SP

ENDEREÇO: Av. Amador Bueno, 333 - Conjunto 1816 - CEP: 11013-153 - Centro - Santos/SP

V. líq. R$ 3.679,43

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 4.050,00

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	60,75	40,50	121,50	26,33

Código do Serviço
04030 - Medicina e biomedicina.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	4.050,00	2,00%	121,50 ~~81,00~~	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/08/2023;

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
101
COMPETÊNCIA
06/2023

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA

CPF
429.192.268-00

Conta Informada
0033-0123-000010779723

Conta Salário
0033-0123-000710444301

Conta Creditada
0341-9345-000000265137

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003074

Nro Compromisso Cliente
347

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
2.442,26

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0435D674698456534

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)

000010

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA		(000347) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00001655 Serie: 00406	Admissão: 08/05/2020	Função: Técnico em farmácia	N.Registro: Livro : 1 Folha: 37

PERÍODOS

Período aquisitivo 08/05/2022 a 07/05/2023	Período Gozo das Férias 01/08/2023 a 30/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.734,85	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	666,28	
902 INSS Férias		222,87
Totais	**********2.665,13	**********222,87
	Líquido:	**********2.442,26

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.442,26
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA		(000347) / Depto.: 0000
CTPS 00001655 / 00406	Admissão 08/05/2020	Função: Técnico em farmácia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	*Período aquisitivo*	*Período a ser gozado*
30 Dias	00	08/05/2022 a 07/05/2023	01/08/2023 a 30/08/2023
Data 02/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/07/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS

CPF
248.674.768-03

Conta Informada
0033-0123-000010780053

Conta Salário
0033-0123-000710444617

Conta Creditada
0033-0123-000010780053

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003075

Nro Compromisso Cliente
303

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
2.525,18

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0AC0739FD065AB014

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)

000613

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS		(000303) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00080402 Serie: 00142	Admissão: 01/04/2020	Função: MAQUEIRO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 188

PERÍODOS

Período aquisitivo 01/04/2022 a 31/03/2023	Período Gozo das Férias 02/08/2023 a 31/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.292,97	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	439,93	
151 DSR Ad. Noturno 40%	72,61	
597 1/3 Férias	689,84	
902 INSS Férias		234,17
Totais	**********2.759,35	**********234,17
	Líquido:	**********2.525,18

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.525,18
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____

_____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS		(000303) / Depto.: 0000
CTPS 00080402 / 00142	Admissão 01/04/2020	Função: MAQUEIRO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	01/04/2022 a 31/03/2023	02/08/2023 a 31/08/2023
Data 03/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/07/2023	Assinatura da Empresa		

000015

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
DANESSA DE SOUZA SANTANA

CPF
353.082.198-50

Conta Informada
0033-0123-000710444277

Conta Salário
0033-0123-000710444277

Conta Creditada
0033-0123-000010779699

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003076

Nro Compromisso Cliente
298

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
1.908,93

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Liquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E04C2E8CBD51910CAA

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)

000016

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: DANESSA DE SOUZA SANTANA		(000298) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00075129 Serie: 00383	Admissão: 04/03/2020	Função: Auxiliar de lavanderia	N.Registro: Livro : 1 Folha: 186

PERÍODOS

Período aquisitivo 04/03/2022 a 03/03/2023	Período Gozo das Férias 01/08/2023 a 30/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

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

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
09/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$1.908,93
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____

_____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220)		
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: DANESSA DE SOUZA SANTANA (000298) / Depto.: 0000		
CTPS 00075129 / 00383	Admissão 04/03/2020	Função: Auxiliar de lavanderia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	04/03/2022 a 03/03/2023	01/08/2023 a 30/08/2023
Data 02/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/07/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
FABIO JORDAO DE FARIAS

CPF
058.209.128-45

Conta Informada
0033-0002-000010260171

Conta Salário
0033-0002-000710452917

Conta Creditada
0033-0002-000010260171

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003077

Nro Compromisso Cliente
541

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
3.997,71

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E03BA5CF4EE6225773

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)

000619

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: FABIO JORDAO DE FARIAS		(000541) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00028474 Serie: 00160	Admissão: 05/06/2020	Função: ENFERMEIRO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 80

PERÍODOS

Período aquisitivo 05/06/2022 a 04/06/2023	Período Gozo das Férias 02/08/2023 a 31/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	1.202,00	
902 INSS Férias		499,02
913 IRRF Férias		311,27
Totais	**********4.808,00	**********810,29
	Líquido:	**********3.997,71

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$3.997,71
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: FABIO JORDAO DE FARIAS		(000541) / Depto.: 0000
CTPS 00028474 / 00160	Admissão 05/06/2020	Função: ENFERMEIRO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 05/06/2022 a 04/06/2023	Período a ser gozado 02/08/2023 a 31/08/2023
Data 03/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/07/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
GISELE MORINE DA SILVA AGUIAR

CPF
371.506.748-95

Conta Informada
0033-0123-000010671041

Conta Salário
0033-0123-000710456814

Conta Creditada
0033-0123-000010671041

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003078

Nro Compromisso Cliente
198

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
2.732,13

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E08D26AD957C24C4FC

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)

29/07 000622

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: GISELE MORINE DA SILVA AGUIAR		(000198) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00065604 Serie: 00366	Admissão: 23/01/2019	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 133

PERÍODOS

Período aquisitivo 23/01/2022 a 22/01/2023	Período Gozo das Férias 02/08/2023 a 31/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	756,89	
902 INSS Férias		266,36
913 IRRF Férias		29,07
Totais	**********3.027,56	**********295,43
	Líquido:	**********2.732,13

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.732,13
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____

_____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: GISELE MORINE DA SILVA AGUIAR		(000198) / Depto.: 0000
CTPS 00065604 / 00366	Admissão 23/01/2019	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	23/01/2022 a 22/01/2023	02/08/2023 a 31/08/2023
Data 03/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/07/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
SANDRA SANTOS DE CARVALHO

CPF
159.178.228-75

Conta Informada
0033-0123-000010780170

Conta Salário
0033-0123-000710444693

Conta Creditada
0033-0123-000010780170

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003079

Nro Compromisso Cliente
260

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
2.732,13

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E09251346894F58083

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)

27/07 000625

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: SANDRA SANTOS DE CARVALHO		(000260) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00039006 Serie: 00097	Admissão: 03/09/2019	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 162

PERÍODOS

Período aquisitivo 03/09/2020 a 02/09/2021	Período Gozo das Férias 01/08/2023 a 30/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	756,89	
902 INSS Férias		266,36
913 IRRF Férias		29,07
Totais	**********3.027,56	**********295,43
	Líquido:	**********2.732,13

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.732,13
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, *ao qual dei meu ciente.*
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: SANDRA SANTOS DE CARVALHO		(000260) / Depto.: 0000
CTPS 00039006 / 00097	Admissão 03/09/2019	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 03/09/2020 a 02/09/2021	Período a ser gozado 01/08/2023 a 30/08/2023
Data 02/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/07/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
VIVIANE FERREIRA DE SOUSA

CPF
185.055.258-41

Conta Informada
0033-0123-000010780125

Conta Salário
0033-0123-000710456917

Conta Creditada
0341-8060-000000144576

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003080

Nro Compromisso Cliente
76

Data do Crédito
28/07/2023

Valor R$
4.801,51

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E09CE0F0873B4771EC

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)

000628

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: VIVIANE FERREIRA DE SOUZA			(000076) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00078901 Serie: 00143	Admissão: 16/03/2018	Função: Enfermeiro	N.Registro: Livro : 1 Folha: 60

PERÍODOS

Período aquisitivo 16/03/2022 a 15/03/2023	Período Gozo das Férias 01/08/2023 a 30/08/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
070 Adicional noturno 35%	819,25	
152 DSR Ad. Noturno 35%	134,09	
597 1/3 Férias	1.519,78	
902 INSS Férias		676,98
913 IRRF Férias		600,63
Totais	**********6.079,12	**********1.277,61
	Líquido:	**********4.801,51

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$4.801,51
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: **Santos** ____/___/_____

_____
Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: VIVIANE FERREIRA DE SOUZA		(000076) / Depto.: 0000
CTPS 00078901 / 00143	Admissão 16/03/2018	Função: Enfermeiro

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	16/03/2022 a 15/03/2023	01/08/2023 a 30/08/2023
Data 02/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/07/2023	Assinatura da Empresa		

Sexta-feira, **28 de julho de 2023** - 08h59 (horário de Brasília)

Último acesso em 28/07/2023 08h47 TROCAR CONTA

Investimentos > Fundos >

Resgatar

Preenchimento » Confirmação » **Comprovante**

3- ***Transação finalizada. Pendente de autorização.***

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Agência: **0123**	Conta corrente: **13-004127-6**
Transação: **Resgate**	Fundo: **DI ADVANCED**	Conta Fundo: **000000006**
Resgate: **Parcial**	Data do Resgate **28/07/2023**	Valor do Resgate **R$ 17.000,00**
Data da conversão em cotas: **28/07/2023**	Data do crédito em conta: **28/07/2023**	

Dados complementares

Para fundos com cota de fechamento o valor mencionado poderá sofrer alterações de acordo com a variação da cota do fundo.

Demonstrativo válido apenas para conferência.

Aonde deseja ir agora?

- Aplicar em Fundos
- Consultar saldo em Fundos
- Home
- Aplicação Programada
- Características dos Fundos
- Rentabilidade de Fundos

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

NOTA EXPLICATIVA

PAGAMENTO DE GUIA DE ISSQN DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS EFETUADO EM 12/07/2023 NO VALOR DE R$ 1.104,03 REFERENTE ISSQN S/ NFS DO MÊS DE JUNHO/2023, CONFORME GUIA ANEXA.

PAGAMENTO TOTAL EFETUADO ATRAVÉS DA CONTA 13004127-6 AGÊNCIA 0123 – BANCO SANTANDER – PROJETO CUBATÃO.

PARTE DO VALOR RESSARCIDO PELA SEDE, CONFORME DESCRITO ABAIXO.

RATEIO:

ISSQN S/ NFS – SEDE – R$ 2,33

DOCUMENTOS ANEXOS.

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

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130038858

Empresa	Código do convênio	Agência / Conta
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA	0033-3822-004902235661	0123/000130038858

Dados do Favorecido

Nome	CNPJ	Banco, Agência, Conta
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	0033-0123-0000000130041276

Dados do Pagamento

Tipo de Pagamento	Valor	Situação do Pagamento	Data de Pagamento
Cr??dito em conta corrente	R$ 2,33	Efetivado	31/07/2023
Número do Cliente	**Data da Inclusão**	**Data do Débito**	**Data da Autorização**
-	31/07/2023	31/07/2023	31/07/2023
Número do Pagamento	**Número da Remessa**	**Usuário de Inclusão**	**Último Usuário Autorizador**
900000611	20230731009999000001	-	ANA CAROLINA RIZZO
Histórico	**Tipo de Serviço**	**Observações**	**Autenticação**
Pagamento a Fornecedores	Pagamento Fornecedor	COTA PARTE ISS NF 1693 S MURILO	3CBD23498EE103AA1C510B9

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)