000143

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003189		03/08/2023	378,90

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
03/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
VALDIRENE DA PENHA PEREIRA

CNPJ/CPF
252.421.298-08

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0260/18236120	00001	00000000000086121755	378,90

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PENSAO ALIMENTICIA 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37CFF990097F7D8536

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)

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LDM ASSESSORIA CONTABIL
Emissão: 09:20 01/08/2023
Página: 001

Relatório de Eventos Analítico de 01/07/2023 a 31/07/2023

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
001243	MANOEL TEOFILO DA ANUNCIACAO PEREIRA	25288295824	1.796,08	90:00		378,90
Tipo		Totais:	1.796,08	90:00		378,90

[X] Adiantamento [X] Folha [X] Folha complementar
[X] Férias [X] Rescisão [X] Rescisão Complementar
[X] 13º Adiantamento [X] 13º Salário [X] Resilição

Valdirene da Penha Pereira

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1014
COMPETÊNCIA
07/2023

000145

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003188		03/08/2023	745,83

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
JOYCE DE LORENA RIBEIRO SALLES

CNPJ/CPF
412.567.988-60

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0174
Conta 00000000000010217939

Número do Documento
900003188
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PAGTO PENSAO ALIMENTICIA 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E371F0312EB2F437CF8

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)

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LDM ASSESSORIA CONTABIL
Emissão: 09:19 01/08/2023
Página: 001

Relatório de Eventos Analítico de 01/07/2023 a 31/07/2023

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	1.701,17	90:00		745,83
		Totais:	1.701,17	90:00		745,83

Tipo

[X] Adiantamento [X] Folha [X] Folha complementar
[X] Férias [X] Rescisão [X] Rescisão Complementar
[X] 13º Adiantamento [X] 13º Salário [X] Resilição

Joyce de Barcia Ribeiro

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1014
COMPETÊNCIA
07/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003190

No. compromisso cliente

Data do Crédito
04/08/2023

Valor
282,90

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
04/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
MONGERAL S A

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
33.608.308/0001-73

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S A

Código de Barras
23793.36908.52018.363201.56000.821001.1.94320000028290

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
282,90	0,00	0,00	282,90

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 68 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37AE1B6CEE3577D781

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)

000148

MAG SEGUROS

Grupo de Cobrança

Estipulante: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Contrato:** 53604 **Apólice:** 93.202.431

Sub-Estipulante Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / CUBATÃO

Relação de Sub-Estipulantes Incluídos neste Grupo de Cobrança

Nº Sub	Sub-Estipulante	Forma Pagamento	CNPJ / CPF	Fatura	Prêmio
0	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Ficha Compensação	14.512.229/0001-10	68	282,90
					282,90

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1036
COMPETÊNCIA
07/2023

NOVO NÚMERO PARA ASSISTÊNCIA DO SEU SEGURO
Ligue para 0800 770 4369

MAG SEGUROS

Bradesco | 237-2 | **RECIBO DO SACADO**

Beneficiário MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73	Agência/Cód. Beneficiário 3369-3 / 0008210-4	Data Emissão 02/08/2023	Vencimento 04/08/2023
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Nosso Número 005/20183632056-9	Número do Documento 73626973	Valor Documento 282,90

Bradesco | 237-2 | **23793.36908 52018.363201 56000.821001 1 94320000028290**

Local de Pagamento Banco Bradesco S. A. Pagável preferencialmente nas agências do Bradesco						Vencimento 04/08/2023
Beneficiário MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73						Agência/ Cód. Beneficiário 3369-3 / 0008210-4
Data do Pagamento 02/08/2023		Número do Documento 73626973	Espécie do Documento RPB	Aceite A	Data Processamento 02/08/2023	Nosso Número 005/20183632056-9
Uso do Banco 8600	CIP 000	Carteira 05	Espécie Moeda REAL	Quantidade 0	Valor 282,90	(=) Valor do Documento 282,90

Instruções (texto de responsabilidade do cedente)

ESTE BOLETO É VÁLIDO ATÉ 60 DIAS APÓS O VENCIMENTO PARA PAGTO EM QUALQUER BANCO.

(-) Descontos/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado
282,90

Pagador:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
SANTOS - SP
CEP: 11013-151
Pagador/Avalista:

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

MAG SEGUROS

Resumo da Fatura

Contrato: 53604-0
Nº Fatura: 68
Produto: MONGERAL COTADO VG TM 2012 AT83
Apólice: 93.202.431

Corretor Principal: DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

	MOVIMENTAÇÕES NA COMPETÊNCIA		MOVIMENTAÇÕES RETROATIVAS	
	Nº Vidas	Prêmio	Nº Vidas	Prêmio
(+) Totais Anteriores	23	282,90	0	0,00
(+) INCLUSÕES				
Novas Inclusões	0	0,00	0	0,00
Reabilitação de Inadimplentes	0	0,00	0	0,00
Reativações	0	0,00	0	0,00
Parcelas Recebidas Fatura Anterior	0	0,00	0	0,00
Quitação Antecipada (+)	0	0,00	0	0,00
Transferência de Sub-Estipulante Entrada	0	0,00	0	0,00
(+) AUMENTOS DE PRÊMIOS				
Renovações Prêmios A Vista	0	0,00	0	0,00
Prêmios Mensais	0	0,00	0	0,00
Aumento de Taxa	0	0,00	0	0,00
Reenquadramento Etário (+)	0	0,00	0	0,00
Aumento de Capital	0	0,00	0	0,00
Atualização Monetária	0	0,00	0	0,00
(-) REDUÇÃO DE PRÊMIOS				
Redução de Taxas	0	0,00	0	0,00
Redução de Capital	0	0,00	0	0,00
Reenquadramento Etário (-)	0	0,00	0	0,00
(-) EXCLUSÕES				
Suspensão por Inadimplência	0	0,00	0	0,00
Transferência de Sub-Estipulante Saída	0	0,00	0	0,00
Parcelas a Vencer	0	0,00	0	0,00
Cancelamento a Pedido	0	0,00	0	0,00
Cancelamento por Inadimplência	0	0,00	0	0,00
Cancelamento por Sinistro	0	0,00	0	0,00
Quitação Antec (-)	0	0,00	0	0,00
(=) TOTAIS P/ PRÓXIMA FATURA	23	282,90		
(=) TOTAIS RETROATIVOS	0	0,00		
Ajuste (+)	0	0,00		
Ajuste (-)	0	0,00		
A Compensar Próxima Fatura (+)	0	0,00		
Compensação Fatura Anterior (-)	0	0,00		
(+) TOTAL DA FATURA:	23	282,90		

Data Vencimento: 04/08/2023 **Data Emissão:** 11/07/2023

Nome: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Endereço: RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
Bairro: CENTRO **Cidade:** SANTOS
U.F: SP **CEP:** 11013-151

Prêmio Líquido:	281,83
IOF:	1,07 (+)
Comissão Dedutível:	0,00 (-)
Comissão Adm. Dedutível:	0,00 (-)
Ajuste Financeiro:	0,00 (+)
Devolução:	0,00 (-)
Prêmio a Pagar:	**282,90 (=)**

Unidade de Emissão da Fatura: F02 - SÃO PAULO

Competência: 01/07/2023 a 31/07/2023

MAG SEGUROS

Guia de Remessa de Faturas

Emitida em: 11/07/2023

Corretor: DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

Código: 7266511 **Órgão Produtor:** F02

Endereço: AVENIDA PRESIDENTE WILSON , 40 , APTO 205 B

Bairro: GONZAGA **Cidade:** SANTOS **CEP:** 0 **UF:** SP

Contrato	Estipulante	Sub-Estipulante Pagador	Valor Prêmio	Tipo de Cobrança
53604.0	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / CUBATÃO	282,90	BOLETO REGISTRADO
			282,90	

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / CUBATÃO
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
CENTRO - SANTOS - SP
CEP: 11013-151

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

000152

No. compromisso banco
900003191

No. compromisso cliente

Data do Crédito
04/08/2023

Valor
1.167,60

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
04/08/2023

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
MONGERAL S A

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
33.608.308/0001-73

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S A

Código de Barras
23793.36908.52018.363201.61000.821001.4.94320000116760

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.167,60	0,00	0,00	1.167,60

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 20 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E372965C604AE2BB32F

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)

MAG SEGUROS

Grupo de Cobrança

Estipulante: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Contrato:** 53604 **Apólice:** 93.202.431

Sub-Estipulante Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / FUNCIONÁRIOSCUB

Relação de Sub-Estipulantes Incluídos neste Grupo de Cobrança

Nº Sub	Sub-Estipulante	Forma Pagamento	CNPJ / CPF	Fatura	Prêmio
3	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Ficha Compensação	14.512.229/0001-10	20	1.167,60
					1.167,60

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1036
COMPETÊNCIA
03/2023

NOVO NÚMERO PARA ASSISTÊNCIA DO SEU SEGURO
Ligue para 0800 770 4369

MAG SEGUROS

Bradesco | 237-2 | **RECIBO DO SACADO**

Beneficiário MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73	Agência/Cód. Beneficiário 3369-3 / 0008210-4	Data Emissão 02/08/2023	Vencimento 04/08/2023
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Nosso Número 005/20183632061-5	Número do Documento 73626978	Valor Documento 1.167,60

Bradesco | 237-2 | **23793.36908 52018.363201 61000.821001 4 94320000116760**

Local de Pagamento Banco Bradesco S. A. Pagável preferencialmente nas agências do Bradesco					Vencimento 04/08/2023
Beneficiário MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73					Agência/ Cód. Beneficiário 3369-3 / 0008210-4
Data do Pagamento 02/08/2023	Número do Documento 73626978	Espécie do Documento RPB	Aceite A	Data Processamento 02/08/2023	Nosso Número 005/20183632061-5
Uso do Banco 8600	CIP 000	Carteira 05	Espécie Moeda REAL	Quantidade 0	Valor 1.167,60
					(=) Valor do Documento 1.167,60
Instruções (texto de responsabilidade do cedente) ESTE BOLETO É VÁLIDO ATÉ 60 DIAS APÓS O VENCIMENTO PARA PAGTO EM QUALQUER BANCO.					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado 1.167,60
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705 SANTOS - SP Pagador/Avalista:				CEP: 11013-151	**Ficha de Compensação** **Autenticação Mecânica**

MAG SEGUROS

Resumo da Fatura

Contrato: 53604-3
Nº Fatura: 20
Produto: MONGERAL COTADO VG TM 2012 AT83
Apólice: 93.202.431

Corretor Principal: DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

	MOVIMENTAÇÕES NA COMPETÊNCIA		MOVIMENTAÇÕES RETROATIVAS	
	Nº Vidas	Prêmio	Nº Vidas	Prêmio
(+) Totais Anteriores	113	1.256,56	0	0,00
(+) INCLUSÕES				
Novas Inclusões	8	88,96	8	88,96
Reabilitação de Inadimplentes	0	0,00	0	0,00
Reativações	0	0,00	0	0,00
Quitação Antecipada (+)	0	0,00	0	0,00
Parcelas Recebidas Fatura Anterior	0	0,00	0	0,00
Transferência de Sub-Estipulante Entrada	0	0,00	0	0,00
(+) AUMENTOS DE PRÊMIOS				
Prêmios Mensais	0	0,00	0	0,00
Renovações Prêmios A Vista	0	0,00	0	0,00
Aumento de Taxa	0	0,00	0	0,00
Reenquadramento Etário (+)	0	0,00	0	0,00
Aumento de Capital	0	0,00	0	0,00
Atualização Monetária	0	0,00	0	0,00
(-) REDUÇÃO DE PRÊMIOS				
Redução de Taxas	0	0,00	0	0,00
Redução de Capital	0	0,00	0	0,00
Reenquadramento Etário (-)	0	0,00	0	0,00
(-) EXCLUSÕES				
Suspensão por Inadimplência	0	0,00	0	0,00
Transferência de Sub-Estipulante Saída	0	0,00	0	0,00
Parcelas a Vencer	0	0,00	0	0,00
Cancelamento a Pedido	12	133,44	12	133,44
Cancelamento por Inadimplência	0	0,00	0	0,00
Cancelamento por Sinistro	0	0,00	0	0,00
Quitação Antec (-)	0	0,00	0	0,00
(=) TOTAIS RETROATIVOS	4	44,48		
(=) TOTAIS P/ PRÓXIMA FATURA	109	1.212,08		
Ajuste (+)	0	0,00		
Ajuste (-)	0	0,00		
A Compensar Próxima Fatura (+)	0	0,00		
Compensação Fatura Anterior (-)	0	0,00		
(+) TOTAL DA FATURA:	109	1.167,60		

Data Vencimento: 04/08/2023 **Data Emissão:** 06/07/2023

Nome: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Endereço: RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
Bairro: CENTRO **Cidade:** SANTOS
U.F: SP **CEP:** 11013-151

Prêmio Líquido:	1.163,18
IOF:	4,42 (+)
Comissão Dedutível:	0,00 (-)
Comissão Adm. Dedutível:	0,00 (-)
Ajuste Financeiro:	0,00 (+)
Devolução:	0,00 (-)
Prêmio a Pagar:	**1.167,60 (=)**

Competência: 01/07/2023 a 31/07/2023

Unidade de Emissão da Fatura: F02 - SÃO PAULO

MAG SEGUROS

Guia de Remessa de Faturas

Emitida em: 06/07/2023

Corretor: DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

Código: 7266511 **Órgão Produtor:** F02

Endereço: AVENIDA PRESIDENTE WILSON , 40 , APTO 205 B

Bairro: GONZAGA **Cidade:** SANTOS **CEP:** 0 **UF:** SP

Contrato	Estipulante	Sub-Estipulante Pagador	Valor Prêmio	Tipo de Cobrança
53604.3	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / FUNCIONÁRIOSCUB	1.167,60	BOLETO REGISTRADO
			1.167,60	

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE /
FUNCIONÁRIOSCUB
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
CENTRO - SANTOS - SP
CEP: 11013-151

Santander Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

Detalhe do Crédito

Dados do convênio

Convênio:	0033-0123-008303883109	Empresa:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA
Conta de Débito:	0123-130041276		

Dados do funcionário

Nome do Funcionário:	CARLOS ALBERTO LORIANO PINTO	CPF do Funcionário:	253.421.358-00
Número do Cliente:	1311		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	CC	Número do Pagamento:	900003183
Número da Remessa:	202308070433FG987498	Data de Pagamento:	07/08/2023
Data do Agendamento:	07/08/2023	Data do Débito:	07/08/2023
Histórico:	Liquido de Vencimentos	Situação do Pagamento:	Efetivado
Motivo:		Valor:	R$ 3.137,69
Data da Autorização:	07/08/2023 13:44:21	Último Usuário Autorizador:	0008457067
Tipo de Serviço:	Pagamento Salários	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	0033-3553-000010950726		
Banco, Agência, Conta Salário:	0033-3553-000713292523		
Banco, Agência, Conta Final:	0033-3553-000010950726		

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)

02|08 000158

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social / Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705				04 Bairro CENTRO
05 Município Santos	06 UF SP	07 CEP 11013151	08 CNAE 8660700	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 12468061928	11 Nome CARLOS ALBERTO LORIANO PINTO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA PRFA HELENY ROSA, 274				13 Bairro JARDIM MELVI
14 Município Praia Grande	15 UF SP	16 CEP 11712-150	17 CTPS (nº,série,UF) 00089271/00237 - SP	18 CPF 25342135800
19 Data de Nascimento 06/08/1976	20 Nome da Mãe IVONE APARECIDA LORIANO PINTO			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

RCT ANTECIPADA, PELO EMPREGADO, DO CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO

23 Remuneração Mês Ant. 601,00	24 Data de Admissão 26/06/2023	25 Data do Aviso Prévio 31/07/2023	26 Data de Afastamento 31/07/2023	27 Cód.Afastamento RA1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00 %	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 %	30 Categoria do Trabalhador 01		
31 Código Sindical . . . -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 47.436.373/0001-73 - SEESP CUB (ENFERMEIROS)			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 30 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	3.342,00	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	264,00	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras horas a %	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	0,00
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	300,50	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 1/12 avos	300,50
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	100,17
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**4.307,17**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	540,90	106 Vale-Transporte	0,00
107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	306,40	112.2 Prev Social - 13º Salário	22,53
114.1 IRRF	54,91	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 DSR Falta	120,20
115.2 Faltas em Dias	120,20	115.3 Faltas e Atrasos	2,17	115.4 DSR Faltas	2,17
				TOTAL DEDUÇÕES	**1.169,48**
				VALOR LÍQUIDO	**3.137,69**

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 12468061928	11 Nome CARLOS ALBERTO LORIANO PINTO		
17 CTPS (nº,série,UF) 00089271/00237 - SP	18 CPF 25342135800	19 Data de Nascimento 06/08/1976	20 Nome da Mãe IVONE APARECIDA LORIANO PINTO

CONTRATO

22 Causa do Afastamento

RCT ANTECIPADA, PELO EMPREGADO, DO CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS
26/06/2023	31/07/2023	31/07/2023	RA1	0,00 %

30 Categoria do Trabalhador

01

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. nº 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/_____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 3.137,69, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/_____ de _____ de _____.

_____

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

_____

151 Assinatura do Trabalhador

_____

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1006

COMPETÊNCIA
08/2023

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003193

No. compromisso cliente

Data do Crédito
07/08/2023

Valor
326,08

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
07/08/2023

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
SPECIAL GASES DO BRASIL

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
18.835.198/0001-99

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09081.42960.341446.63450.090004.5.94350000032608

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
326,08	0,00	0,00	326,08

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 154559 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E3749464C1D7B4BB13C

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 | 34191.09081 42960.341446 63450.090004 5 94350000032608

Beneficiário: SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA	Cnpj/Cpf: 18.835.198/0001-99	Sacador Avalista	Vencimento: 07/08/2023
Endereço do Beneficiário /Sacador Avalista: R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060			

Nosso Número	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Agência/Código do Beneficiário
109/08429603-4	109	R$			1446/34500-9

Data do Documento	Número do Documento	Espécie do Documento	Aceite	Data do Processamento	Valor do Documento
17/07/2023	154559-1	DM	N	17/07/2023	326,08

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A | 341-7 | 34191.09081 42960.341446 63450.090004 5 94350000032608

Local de Pagamento: Até o vencimento, preferencialmente no Itau. Após o vencimento somente no Itaú.					Vencimento: 07/08/2023
Beneficiário: SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA				Cnpj/Cpf: 18.835.198/0001-99	Agência/Código do Beneficiário: 1446/34500-9
Data do Documento: 17/07/2023	Número do Documento: 154559-1	Espécie do Documento: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 17/07/2023	Nosso Número: 109/08429603-4
Uso do Banco	Carteira: 109	Espécie: R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento: 326,08

Instruções de Responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre o boleto, contate o BENEFICIÁRIO

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE ..... (R$ 1,08)
APÓS 07/08/2023 MULTA DE ..... (R$ 6,52)

A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO.
7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO
.
NFE 154559

(-) Desconto/Abatimento
(+) Mora/Multa
(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Endereço: R AMADOR BUENO - 333 11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP
Sacador Avalista: CNPJ: 14.512.229/0001-10
Código da Baixa

Ficha de Compensação
AUTENTICAÇÃO MECANICA

Comprovante de entrega

Banco Itaú S.A | 341-7 | 34191.09081 42960.341446 63450.090004 5 94350000032608

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Beneficiário: SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

Nosso Número	Nº Documento	Vencimento	Valor do Documento
109/08429603-4	154559-1	07/08/2023	326,08

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

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

Data Nome Assinatua

RECEBEMOS DE SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			VALOR NOTA R$ 326,08	NF-e Nº: 000.154.559 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

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

SPECIAL

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.154.559
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0718 8351 9800 0199 5500 1000 1545 5910 0157 0274

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI	135231140569159 - 17/07/2023 10:38:43

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	17/07/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	CENTRO		11013-151	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SANTOS		SP		

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	07/08/2023	326,08

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
326,08	58,69	0,00	0,00	326,08

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	102,56	326,08

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
12	GAS/CILINDRO			5.100.000,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2 (5.1) - CAP 3,00M3 2 CILINDRO(S)	28044000	0 00	5102	M3	6,0000	20,380000000	122,28	122,28	22,01	0,00	18,00	0,00	38,46
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2 (5.1) - CAP 1,00M3 10 CILINDRO(S)	28044000	0 00	5102	M3	10,0000	20,380000000	203,80	203,80	36,68	0,00	18,00	0,00	64,10

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-O-157/23 FAB:03/07/2023
Valor Aproximado dos Tributos R$ 102,56 (31,45%) Fonte: IBPT

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 17.07.23
ASS

Alessandra D. Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1204
COMPETÊNCIA 07/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO 191304 (ROMANEIO 51551 51572)
Titulos: Nro 108747/1 Venc. 07-08-2023 Valor 326,08
DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO

RESERVADO AO FISCO

SPECIAL

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

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

PEDIDO
51572

CLIENTE: Dr. Alpha Cuidar DATA: 19/07/23
TEL.: E-MAIL:
ENDEREÇO: Nº:
BAIRRO: CIDADE: UF: CEP:
CNPJ/CPF: INSCR. EST.:

PRODUTO	QUANTIDADE (KG)	QUANTIDADE (CILINDROS)	QUANTIDADE (M³)	OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	5 m	5	5	NF 59-5-357/23 pb 07/7/23
NITROGÊNIO				
ARGÔNIO				
ACETILENO				
CO2				
HELIO				

LIVRE TROCA	RECARGA	DEVOLUÇÃO
X		

OBSERVAÇÕES: Cliente Jornal

SPECIAL GASES	CLIENTE
NOME: Luiza Silva	NOME:
ASSINATURA:	ASSINATURA:

Alessandra D. Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

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

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

PEDIDO
51551

CLIENTE PS Curitiba DATA 10/03/23
TEL: E-MAIL:
ENDEREÇO: Nº:
BAIRRO: CIDADE: UF: CEP:
CNPJ/CPF: INSCR. EST. Nº:

PRODUTO	QUANTIDADE KG/M³	QUANTIDADE CILINDROS	QUANTIDADE TOTAL	lote: OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	med 3,0 m³	2	2	SG-0-154/23
NITROGÊNIO				fab 03/03/23
ARGÔNIO				
ACETILENO				
CO_2				
HÉLIO				
Nitrogênio	med 1 m³	5	5	lote SG-0-154/23
				fab 03/03/23

LIVRE TROCA ☐ REGARGA ☐ DEVOLUÇÃO ☐

OBSERVAÇÕES

SPECIAL GASES	CLIENTE
NOME: Cuima Lima	NOME:
ASSINATURA:	ASSINATURA:

Alessandra D. Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

000165

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003194

No. compromisso cliente

Data do Crédito
07/08/2023

Valor
365,10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
07/08/2023

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
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
04.192.876/0001-38

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
00190.00009.02815.634007.00078.713179.4.94340000036510

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
365,10	0,00	0,00	365,10

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 296477 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37E6FF2009AA3B0187

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL 001-9

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF	Ag./Cod. Beneficiário	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38	3359-6/25002-3	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Nosso Número 28156340000078713	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº ( ) Recusado ( ) Não Procurado ( ) Falecido ( ) Desconhecido ( ) End. Insuf. ( ) Outros

Vencimento	N. do Documento	Espécie	Valor do Documento
06/08/2023	296477/1NFE	R$	365,10

Recebi(emos) o bloqueto de características acima	Data	Assinatura	Data	Entregador

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00078.713179 4 94340000036510**

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

Vencimento: 06/08/2023

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário: 3359-6/25002-3

Data do Documento	No. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/07/2023	296477/1NFE	R$	N	07/07/2023	28156340000078713
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	**Valor do Documento**
	17	R$	x	=	365,10

Instruções

SUJEITO A PROTESTO.
JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.37

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

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333
11013153 - SANTOS - SP

Cod. Interno: 00007580
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Pagador/ Avalista:

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00078.713179 4 94340000036510**

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

Vencimento: 06/08/2023

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário: 3359-6/25002-3

Data do Documento	No. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/07/2023	296477/1NFE	R$	N	07/07/2023	28156340000078713
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	**Valor do Documento**
	17	R$	x	=	365,10

Instruções

SUJEITO A PROTESTO.
JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.37

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

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

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333
11013153 - SANTOS - SP

COD. INTERNO: 00007580
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Pagador / Avalista:

Código de Barra
Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA
EMISSÃO: 07/07/2023 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA Total NF: 365,10	NF-e Nº: 296477 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Rua Sao Paulo, 13
Bairro: Vila Belmiro
11075-330 Santos - SP
Fone: (13)3228-2305

CRISMED

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 296.477
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3523.0704.1928.7600.0138.5500.1000.2964.7710.0870.4183

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

DADOS DA NF-e
135231080654755 - 07/07/2023 17:40:26

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
633.566.329.115		04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
R AMADOR BUENO, 333 CJ 1816	CENTRO	11013-153	07/07/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Santos	(013)3222-7379	SP		17:39:22

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

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

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP
Av. 9 de abril, 2800	CENTRO	11510-000

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
Cubatão	SP	

FATURA/DUPLICATAS
296477/1 - 06/08/23 - 365,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
365,10	43,81	0,00	0,00	365,10

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	365,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
MUGOLOG TRANSPORTES E LOG LTDA	0				35.231.583/0001-46

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 19	SANTOS	SP	633.887.570.111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2				0,0000	23,2000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
8126 30049099	(-) GLICEROL (12%) 120 MG/ML SOL RET FR PLAS TRANS X 500 ML CLISTEROL Marca: J.P. Modelo: CX C/20 FR+SOND Lote: 850923 - 30/03/2025 Qtde: 2.00 CEST: 13.004.01	000 5102	CX	2,0000	182,5500	0,0000	365,10	365,10	43,81	0,00	12,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 07/07/23
ASS

Alessandra Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 168437 / / Local Entrega: Av. 9 de abril N 2800 - - CENTRO - CUBATAO - SP / Obs: Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n ADM 005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R$: 49,11 Federal R$: 43,81 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1202
COMPETÊNCIA
07/2023

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 07 julho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 101.2023 – 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 para dispensação interna no Pronto Socorro Central.

02 CAIXAS DE GLICEROL (12%) 120 MG / SOL RET PLAST TRANS X 500 ML CLISTEROL COM 20 FR+ SOND.

Alessandra D Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

Alessandra D. Gomez
Coordenadora Administrativa
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003195

No. compromisso cliente

Data do Crédito
07/08/2023

Valor
444,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
07/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
SICOFER APARECIDA COML DE FERRAGENS LTDA

CNPJ/CPF
52.937.356/0001-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0104/00360305

Agência
02930

Conta Corrente
00000000000000004410

Valor
444,00

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 6892 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E37B7515B3CDA22CB5D

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 SICOFER APARECIDA COML DE FERRAGENS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

VALOR NOTA R$ 444,60

NF-e
Nº: **000.006.892**
SÉRIE: **1**

DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DESTINATÁRIO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

SICOFER APARECIDA COML DE FERRAGENS LTDA
Av Pedro Lessa, 2467
Aparecida
Santos
SP
CEP: 11025003
TELEFONE: 01332380210

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - Entrada
1 - Saída
1
Nº 000.006.892
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0852 9373 5600 0150 5500 1000 0068 9216 8921 0439

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Lancto efetuado em decor de emissao de docto ECF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135231238093144 - 01/08/2023 10:44:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
633179520117		52.937.356/0001-50

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	01/08/2023

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

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
Santos	(13) 99705-5502	SP		

FATURA
Número: 6892 Valor Original: 444,60 Valor Desconto: 0,00 Valor Líquido: 444,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	444,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	444,60

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
3100	MANTA ADESIVA MULTIUSO 60CM - CADA METRO VEDABAND	68071000	0 500	5929	MT	15,0000	29,64	444,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1325
COMPETÊNCIA
08/2023

Alessandra D. Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Parcela Num.: 001, Venc.: 04/08/2023, Valor: 444,60
Valor aproximado dos tributos: R$ 67,00(15,070%) - Fonte: IBPT ; Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples nacional; Nao gera direito a credito fiscal de ICMS, de ISS e de IPI;ESTA NOTA REFERE-SE AO CUPOM FISCAL NR.6970;ESTA NOTA REFERE-SE AO CUPOM FISCAL 6970;
Deposito CC Caixa Economica Federal AG 2930 CC 0441-0 OPERACAO 003

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 01 de agosto de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 117.2023 – 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 compras do item abaixo para uso da manutençao nas telhas e calhas do Pronto Socorro Central.

15mt de Manta Adesiva Multiuso 60cm

Ana Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

000172

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003196

No. compromisso cliente

Data do Crédito
07/08/2023

Valor
592,24

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
07/08/2023

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
KALUNGA SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
43.283.811/0001-50

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
00190.62322.90690.819140.00004.400115.7.94230000057840

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
578,40	0,00	13,84	592,24

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 360304 REF 06 2023

Autenticação Bancária
3F10E3792D0C5802C05EAEB

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)

[bb.com.br] - Boleto gerado pelo sistema 2a VIA BOLETO . 29/06/2023 14:42:13

INSTRUÇÕES:

JRS: VL P/DIA ATRASO R$0,19 A PARTIR DE 27/07/23 MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 27/07/2023. . . . . .

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Física.

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Jurídica.

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.62322 90690.819140 00004.400115 7 94230000057840

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUD CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
R Amador Bueno 333 CONJ 1816, Santos -SP CEP:11013153

Beneficiário Final

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
6232906908-X	3600103501	26/07/2023	578,40	578,40

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
KALUNGA SA CPF/CNPJ: 43.283.811/0001-50
ARUANA 150 TAMBORE BARUERI SP-06.460-010

Autenticação Mecânica

Agência/Código do Beneficiário
1914-3 / 4400-8

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.62322 90690.819140 00004.400115 7 94230000057840

Local de Pagamento
PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ
KALUNGA SA CPF/CNPJ: 43.283.811/0001-50

Data do Documento	Nr Documento	Espécie DOC	Aceite	Data do Processamento
26/06/2023	3600103501	DM	N	29/06/2023
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie**	**Quantidade**	**xValor**
3600103501	11	R$	0.00000	

Informações de Responsabilidade do Beneficiário
JRS: VL p/Dia Atraso R$0,19 A PARTIR DE 27/07/23
MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 27/07/2023

Data de Vencimento
26/07/2023

Agência/Código do Beneficiário
1914-3 / 4400-8

Nosso-Número
6232906908-X

(=) Valor do Documento
578,40

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(-) Valor Cobrado
578,40

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUD CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
R Amador Bueno 333 CONJ 1816,
Santos-SP CEP:11013153

Beneficiário Final

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

RECEBEMOS DE KALUNGA SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 360304 SÉRIE 1

Kalunga

Kalunga SA
Av Ana Costa,64
Gonzaga
Santos-SP

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 360304
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

ÒC7&K<F+"D%W

3523 0643 2838 1102 3605 5500 1000 3603 0416 5185 2352

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
SAIDA DE VENDA	135231000704248 26/06/2023 11:35:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	
633892607116		43.283.811/0236-05	NF-E

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		14.512.229/0001-10	26/06/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DT SAÍDA / ENT
R Amador Bueno , 333 Rua CONJ 1816	Centro	11013-153	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HR SAÍDA / ENT.
Santos	1333-5103	SP		

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOT. DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	578,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**578,40**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			16,960	16,960

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD.PROD	DESCRICAO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	ICMS
050036	Bobina termica para PDV 80mmx80m 64655 Spiral CX 6 Merc Sujeita ao Reg Subst Tribut conforme Anexo XIX da Portaria CAT n 68/2019	48022090	060	5405	CX	8	72,30	578,40	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1.2.1.1
COMPETÊNCIA
06/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 26/06/23
ASS

Rafaela A. Mendonça
Coordenadora Administrativa
Inst. Alpha de Medicine para Saúde

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

DADOS ADICIONAIS

Nova Razao Social: Kalunga SA
Val Aprox Tributos: R$ 0 (0%) Fonte: IBPT
Em caso de devolucao e necessario emitir Nota Fiscal de Devolucao conforme Art. 125, I, RICMS
Trocas em ate 7 dias somente por defeito

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 26 junho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 091.2023 – 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.

08 cxs Bobina térmica amarela para PVD 80x80.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

000176

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRAS

No. compromisso banco
900003192
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
07/08/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO RECOLHIMENTO - FGTS GRF

Codigo de Barras:	85840000225-9 01030179230-2 80767905081-5 45122290001-6
CNPJ:	14.512.229/0001-10
Empresa:	FGTS GRF CONVENIO 0179
Competencia:	07/2023
Data de Validade:	07/08/2023
Data de Pagamento:	07/08/2023
Valor Recolhido:	R$ 22.501,03
Data da Transacao:	07/08/2023
Hora da Transacao:	13:54:26
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E37289D86CFE0D691B8
Convenio de Arrecadacao:	00336915000950017913

Documento pago dentro das condicoes definidas no oficio DIFUG/GEPAS 135/2003.

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FGTS 07 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)

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 01/08/2023 - 12:08:42

Cobotão

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				(0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 281.262,92	06-QTDE TRABALHADORES 101	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 07/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/08/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
22.501,03	0,00	22.501,03

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/08/2023

858400002259 010301792302 807679050815 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1021
COMPETÊNCIA
07/2023

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 01/08/2023 - 12:08:42

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				(0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 281.262,92	06-QTDE TRABALHADORES 101	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 07/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/08/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
22.501,03	0,00	22.501,03

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/08/2023

858400002259 010301792302 807679050815 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA