Santander

000553

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003297
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
21/08/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Codigo de Barras:	84870000003-3 25400162202-3 30822130890-8 85904211922-8
Data de Pagamento:	21/08/2023
Valor:	R$ 325,40
Data da Transacao:	21/08/2023
Hora da Transacao:	12:40:25
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E37A82BEE8A4994FCB1

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
NF 164389437 REF 08 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)

Claro-empresas

000554

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

Período de uso
de 05/07/2023 a 04/08/2023
Nº da conta: 130890859
Nº do cliente: 124180048
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

Vencimento
22/08/2023

Veja aqui o que está sendo cobrado:

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

Total a pagar R$ 325,40

CANAIS DE ATENDIMENTO:
Atendimento Claro - Ligue 1052
Ouvidoria - Ligue 08007010180
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

1. PLANO CONTRATADO	VALOR R$
Individual Oferta Conjunta Claro MIX Claro Internet Empresa [075] Aplicativos Digitais	325,40
SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO	**R$ 325,40**

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R$
DADOS	286.720,000 MB	33.306,490 MB	-	0,00
TOTAL A PAGAR			R$	325,40

AVISOS AO CLIENTE

Informações sobre regra de suspensão da inadimplência conforme RGC 632/2014 Art 90 a 97: Transcorridos 15 dias da Notificação do débito poderá ocorrer a Susp Parcial, transcorridos 30 dias da susp parcial poderá ocorrer a Susp Total, e transcorridos 30 dias da susp total o contrato poderá ser rescindido. Da rescisão do contrato poderá ocorrer a inclusão do registro do débito junto aos órgãos de Proteção ao crédito. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central Anatel: 1331. Pague sua conta nos bancos credenciados: Bradesco, Banco do Brasil, CEF, Itaú, Santander e outros. As regras do roaming internacional sofrerão mudanças a partir de abril. Para conhecer, consulte o regulamento em https://www.claro.com.br/empresas/celular/claro-passaporte.

DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 171134932/082023

Descrição	Valor ISS (R$)	Valor cobrado (R$)
PJ Hero Adv PJ	1,68	83,60
PJ Revista Full		25,40
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	**1,68**	**109,00**

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1302
COMPETÊNCIA
07/2023

Prezado Cliente, este boleto não quita saldos de meses anteriores.

Autenticação Mecânica
Para uso do banco

Claro

CLIENTE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE-
BANDA LARGA

Débito Automático
130890859

Data de Vencimento
22/08/2023

Valor
R$ 325,40

84870000003-3 25400162202-3 30822130890-8 85904211922-8

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

Pague com Pix

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 164389437/082023

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, - Santo Amaro Torre A e Torre B
04709-110 - Sao Paulo - SP
CNPJ 40.432.544/0001-47
Inscrição Estadual 114814878119
Atendimento Claro. 1052
www.claro.com.br

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE- BANDA LARGA
AV CONSELHEIRO NEBIAS 703 - CONJ 2501 BOQUEIRAO
11045-003 - SANTOS - SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 130890859
Nº do cliente: 124180048

Modelo: 22 Série B64 Via Única
Data de emissão: 05/08/2023
Período: 05/07/2023 a 04/08/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
f93b.1282.e48c.92db.d71d.af84.10d9.01ef

Serviços	Base de cálculo (R$)	ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R$)	Valor (R$)
Claro Internet Empresa		216,40	18,00	38,95		216,40
Valor Total da Nota Fiscal		**216,40**		**38,95**	**0,00**	**216,40**

Contribuição para o FustT% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%
Doc. Fiscal disponibilizado em meio electrônico conf. RE nº 036820/2019.

Autorização para Débito em Conta

Autorizo o Débito Automático dos valores devidos em razão de serviço móvel pessoal prestado pela Claro SP DDD 12 a 19 na conta corrente abaixo especificada. Comprometo-me a manter saldo suficiente e disponível para arcar com o débito destes valores na data do seu vencimento. O código de identificação para Débito Automático está impresso abaixo.

Código Débito Automático: **130890859** Claro SP DDD 12 a 19

Agência: _____

Nome do Cliente: CPF/CNPJ: _____

CPF/CNPJ: _____

Banco: _____

Data: _____

Número da conta Corrente: _____

Assinatura: _____

VALOR DE COBRANÇAS POR CELULAR - USO POR TIPO DE LIGAÇÃO E SERVIÇOS EXCEDENTES

	(13) 99103 5493	(13) 99204 3015
Cobranças e Descontos		
Oferta Conjunta Claro MIX	R$ 162,70	R$ 162,70
Claro Internet Empresa	-	-
Aplicativos Digitais	-	-
TOTAL PARA CADA CELULAR	**R$ 162,70**	**R$ 162,70**

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99103 5493

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	**Total (R$)**
Oferta Conjunta Claro MIX	162,70
Claro Internet Empresa	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 162,70**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	**Mbytes Utilizados**	**Tarifa (R$)**	**Valor Total (R$)**	**Valor Cobrado (R$)**
Serviço	32.829,862	0,00	0,00	0,00
Internet	58,224	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	**32.888,086**			**0,00**
Subtotal				

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

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99204 3015

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	**Total (R$)**
Oferta Conjunta Claro MIX	162,70
Claro Internet Empresa	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 162,70**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	**Mbytes Utilizados**	**Tarifa (R$)**	**Valor Total (R$)**	**Valor Cobrado (R$)**
Serviço	341,596	0,00	0,00	0,00
Internet	76,801	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	**418,396**			**0,00**
Subtotal				

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

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003302
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
21/08/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Empresa:	CLARO SA
Data de Pagamento:	21/08/2023
Codigo de Barras:	84650000006-8 49670162202-9 30820573000-2 00275067676-5
Data da Transacao:	21/08/2023
Valor:	R$ 649,67
Canal:	PGFOR
Hora da Transacao:	12:40:25

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Autenticacao: 3F10E37680C0BF153956E23

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COD 573176159626 REF 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)

Claro

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES, 00132 HOSPITAL SALA 1
VILA NOVA
11520-110 CUBATAO SP

Código
573/176159626

CPF/CNPJ
14.512.229/0001-10

Vencimento
20/08/2023

Valor
649,67

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

000558

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

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse claro.com.br/minha-claro, faça seu login ou cadastre-se.

Atenção: o cancelamento de seus serviços CLARO, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1306
COMPETÊNCIA
07/2023

Minha Claro:

- MIX HD FIDELIDADE
- Claro net virtua
- ILIM BRASIL TOTAL EMP PME 1L

Claró-clube
Cadastre-se em: www.claro.com.br/claro-clube

descrição	total
Claro tv +	340,01
Claro net virtua	272,72
NET Fone	36,94

Valor total
649,67

Claro tv +

Mensalidade Claro tv +	
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/07/23 A 31/07/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	193,89
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	298,74
A La Carte	
01/07/23 A 31/07/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	41,27
Total Claro tv +	340,01

Claro net virtua

Mensalidade Claro net virtua	
01/07/23 A 31/07/23 OFERTA CONJUNTA BL NET EMP 140 MEGA FID + APLICATIVOS	149,73
01/07/23 A 31/07/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	122,99
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	272,72
Total Claro net virtua	272,72

NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO	
ASSINATURA		36,94
Total NET Fone		36,94

FIQUE ATENTO CONTRA FRAUDES E UTILIZE SEMPRE OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO.

A Claro **não entra em contato** por telefone ou WhatsApp com seus clientes para falar sobre:

- INTERRUPÇÃO DE SUA INTERNET
- INTERRUPÇÃO DE SINAL DA SUA TV
- ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO
- INDICAR SERVIÇOS DE OUTRAS OPERADORAS

ESSES SÃO OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO:

Minha Claro residencial – Baixe o app | (11) 9999 10621 – Atendimento via WhatsApp | Central de Atendimento: 10621 | Ligações da Claro para ofertas e vantagens: 0303-720-1234

Juntos contra a fraude.

Conheça nossos **Canais Oficiais** e saiba mais em: **claro.com.br/seguranca**.

Claró – Você merece o novo.

"Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja"
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão inclusos nas suas próximas faturas.

Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).
Ligue 10621 para informações, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita).
Ouvidoria 0800701018O

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
573234175827114, 573234174377095, 573234174377061, 573234170366399, 573234170364295

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA SA., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO INTER S.A., BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO ORIGINAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOJ, MULTIPAGOS

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	NET SERVICOS 5731761596265	Julho/2023	20/08/2023	649,67

84650000006-8 49670162202-9 30820573000-2 00275067676-5

Pague com **Pix**

Claro

Cliente:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:
2308903308328

000559

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

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R$)
Telefone: 1333719178--FRANQUIA 001					
FONE EMP ILIM BRASIL TOTAL 1L					29,44
22/06/2023 A 21/07/2023			SubTotal		29,44
SERVICOS DIGITAIS FONE					7,50
22/06/2023 A 21/07/2023			SubTotal		7,50
			SubTotal		36,94
			Total Serviço		36,94

Claro NXT Telecomunicações S.A
Rua Henri Dunant,780
Santo Amaro
04709-110 São Paulo - SP
CNPJ: 66.970.229/0001-67
IE: 114166101115

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SERIE D01

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES, 00132 HOSPITAL SALA 1 VILA NOVA
CUBATAO SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10

Código: 573/176159626 Mês: Julho/2023
Número: 0108730283 Emissão: 05/08/2023
I.E: ISENTO Vencimento: 20/08/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

000560

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

Discriminação do Serviço

		ICMS	
TV POR ASSINATURA		23,27	193,89
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	4,95	41,27
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,19	34,95
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO		340,01
SUB TOTAL	TV POR ASSINATURA		
BANDA LARGA		21,19	117,73
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE VIRTUA BL NET EMP 140 MEGA FID	16,38	90,99
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE		208,72
SUB TOTAL	BANDA LARGA		

VALOR DA NOTA FISCAL: **548,73**

ICMS Base de Cálculo: 435,40 Alíquota: 18,00% Valor: 78,36

Reservado ao Fisco

Reservado ao Fisco
20B0.A735.D193.2B84.D02E.3092.5F51.3CA7

- Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente./TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto 45.490/00 - SP/- Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003/Central de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095166/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 78,36 - FUST TOTAL 4,54 - FUNTTEL TOTAL 2,27

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

CLARO S.A.
RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A E TORRE
CEP: 04709110 SAO PAULO - SP
CNPJ: 40.432.544/0001-47
I.E.: 114.814.878.119

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES 00132 HOSPITAL SALA 1
CENTRO
CUBATAO - SP
CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENTO

Código Cliente: 00155682626-0008 UF: SP VIA ÚNICA
Data Emissão: 01/08/2023 NF: 011420930
Nº Fatura: 2308903308328 Série: B1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

DOC.FISCAL MEIO ELETRONICO RE 036820/2019

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS/ORIGEM	ALÍQ. ICMS	ICMS	VALOR(R$)
NET FONE VIA EMBRATEL / NET FONE VIA EMBRATE	18,00	5,29	29,44

Reservado ao Fisco:
7e05.ca9e.0bf5.19b0.db6d.b602.8a40.54ea

	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENTO	VALOR OUTROS
	29,44	29,44	18,00	5,30	0,00	0,00
TOTAL:	29,44	29,44		5,30	0,00	0,00

MENSAGEM:
1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS , A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 5,30
Contribuição FUST NET FONE = R$ 0,23 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R$ 0,11

Santander

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003298
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
21/08/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Codigo de Barras:	84660000006-7 92820162202-6 30820573000-2 00275067636-9
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Valor:	R$ 692,82
Hora da Transacao:	12:40:25
Data de Pagamento:	21/08/2023
Autenticacao:	3F10E3726BCC74DDB960675
Data da Transacao:	21/08/2023

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

Canal:	PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COD 573176159189 REF 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)

Claro

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL, 02800 D.O
CENTRO
11510-003 CUBATAO SP

Código	Vencimento	Valor
573/176159189	20/08/2023	692,82

CPF/CNPJ	Forma de Pagamento
14.512.229/0001-10	BOLETO BANCÁRIO

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

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse claro.com.br/minha-claro, faça seu login ou cadastre-se.

Atenção: o cancelamento de seus serviços CLARO, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1302
COMPETÊNCIA 02/2023

Minha Claro:

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

Claro-clube
Cadastre-se em: www.claro.com.br/claro-clube

descrição	total
Claro tv +	344,76
Claro net virtua	304,02
NET Fone	44,04

Valor total **692,82**

Claro tv +

Mensalidade Claro tv +	
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/07/23 A 31/07/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/07/23 A 31/07/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	142,67
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	252,11
A La Carte	
01/07/23 A 31/07/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	36,01
01/07/23 A 31/07/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	77,28
Pacotes de Filmes/Conteudo	
MENSALIDADE PACOTE NOW	15,37
Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo	15,37
Total Claro tv +	**344,76**

Claro net virtua

Mensalidade Claro net virtua	
01/07/23 A 31/07/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01
01/07/23 A 31/07/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	152,01
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	304,02
Total Claro net virtua	**304,02**

NET Fone

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

FIQUE ATENTO CONTRA FRAUDES E UTILIZE SEMPRE OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO.

A Claro **não entra em contato** por telefone ou WhatsApp com seus clientes para falar sobre:

- INTERRUPÇÃO DE SUA INTERNET
- INTERRUPÇÃO DE SINAL DA SUA TV
- ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO
- INDICAR SERVIÇOS DE OUTRAS OPERADORAS

ESSES SÃO OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO:

Minha Claro residencial – Baixe o app
(11) 9999-10621 – Atendimento via WhatsApp
Central de Atendimento: 10621
Ligações da Claro para ofertas e vantagens: 0800 720 1234

Juntos contra a fraude.

Conheça nossos **Canais Oficiais** e saiba mais em: claro.com.br/seguranca

Claro – Você merece o novo.

"Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja"
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão inclusos nas suas próximas faturas.

Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

Ligue 10621 para informações, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita).

Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO: 573234166534919, 573234166534372, 573234166534117, 573234166532475, 573234141116600

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA SA., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO INTER S.A., BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO ORIGINAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOJ, MULTIPAGOS

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	NET SERVICOS 5731761591891	Julho/2023	20/08/2023	692,82

84660000006-7 92820162202-6 30820573000-2 00275067636-9

Pague com **Pix**

Claro

Cliente:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:
2308903308313 000563

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

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R$)
Telefone: 1333290447--FRANQUIA 001					
FONE EMPR ILIMITADO BRASIL 1L					
22/06/2023 A 21/07/2023					36,54
			SubTotal		**36,54**
SERVICOS DIGITAIS FONE					
22/06/2023 A 21/07/2023					7,50
			SubTotal		**7,50**
			SubTotal		**44,04**
			Total Servico		**44,04**

Claro NXT Telecomunicações S.A
Rua Henri Dunant,780
Santo Amaro
04709-110 São Paulo - SP
CNPJ: 66.970.229/0001-67
IE: 114166101115

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SERIE D01

000564

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL, 02800 D.O CENTRO
CUBATAO SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10

Código: 573/176159189 Mês: Julho/2023
Número: 0108730281 Emissão: 05/08/2023
I.E: ISENTO Vencimento: 20/08/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

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

004/004

Discriminação do Serviço

		ICMS	
TV POR ASSINATURA			
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	17,12	142,67
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,95	41,27
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	4,32	36,01
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/07/23 A 31/07/23	ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
MENSALIDADE PACOTE NOW		1,84	15,37
SUB TOTAL	TV POR ASSINATURA		344,76
BANDA LARGA			
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
01/07/23 A 31/07/23	MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	27,36	152,01
SUB TOTAL	BANDA LARGA		272,02

VALOR DA NOTA FISCAL: **616,78**

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

Reservado ao Fisco
B9E3.63AB.07C1.955B.8013.8405.C909.4D22

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao Cliente /TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto -5.490/00 - SP/-Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003/Central de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095/06/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 90,31 - FUST TOTAL 5,07 - FUNTTEL TOTAL 2,54

A oferta conjunta NET Virtua + é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais
9*A-SKEELO EMPRESARS 25 / -ANTI VIRUS PROT EAG1 DEVICB- EMP:R$ 7

CLARO S.A.
RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A E TORRE
CEP: 04709110 SAO PAULO - SP
CNPJ: 40.432.544/0001-47
I.E.: 114.814.878.119

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV 9 DE ABRIL 02800
CENTRO
CUBATAO - SP
CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENTO

Código Cliente: 00155682626-0000 UF: SP VIA ÚNICA
Data Emissão: 01/08/2023 NF: 011420929
Nº Fatura: 2308903308313 Série: B1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

DOC.FISCAL MEIO ELETRONICO RE 036820/2019

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

Reservado ao Fisco:
d0d9.df21.e128.06ae.14bd.6275.7bb2.3268

	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENTO	VALOR OUTROS
	36,54	36,54	18,00	6,58	0,00	0,00
TOTAL:	36,54	36,54		6,58	0,00	0,00

MENSAGEM:
1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS , A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 6,58
Contribuição FUST NET FONE = R$ 0,28 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R$ 0,14

000565

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003300		21/08/2023	740,36

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
47.497.565/0001-90

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.02538.63100.000783.06166.001013.3.94480000074036

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
740,36	0,00	0,00	740,36

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 593 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37A871ADA2870750BB

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)

000566

Santander 033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 20/08/2023

Beneficiario: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90
AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/08/2023	000000593	DM	N	07/08/2023	7806166-0

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL			740,36

Instrucoes
JUROS/MORA AO DIA: 0,033%
MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO
APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
7806166-0
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

Autenticacão Mecânica

Santander 033-7

Ficha de Caixa

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no Banco Santander

Vencimento: 20/08/2023

Beneficiario: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90
AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/08/2023	000000593	DM	N	07/08/2023	7806166-0

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL			740,36

Instrucoes
JUROS/MORA AO DIA: 0,033%
MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO
APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
7806166-0
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

Autenticacão Mecânica

Santander 033-7 03399.02538 63100.000783 06166.001013 3 94480000074036

Local de Pagamento: Pagar preferencialmente no B Santander

Vencimento: 20/08/2023

Beneficiario: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90
AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP

Agência/Código Beneficiario: 0981-0/0253631

Data do Documento	Num do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/08/2023	000000593	DM	N	07/08/2023	7806166-0

Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
COBRANCA SIMPLES RCR	REAL			740,36

Instruções:
JUROS/MORA AO DIA: 0,033%
MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO
APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO

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

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO,333 CONJ 1816
11013153 CENTRO SANTOS SP
7806166-0
CNPJ/CPF: 14512229000110

Pagador / Avalista

Autenticacão Mecânica

000567

RECEBEMOS DE AUTO POSTO VILA NOVA LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N.º: 000000593
SÉRIE: 002

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA
AV 9 DE ABRIL, 2916
VILA NOVA
CUBATAO SP
CEP: 11520000
Telefone/Fax:

POSTOS VALE+

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

SAÍDA

N.º: 000000593
SÉRIE: 002

Page 1 of 1

CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
3523 0847 4975 6500 0190 5500 2000 0005 9319 2145 2262

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO			
LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE			
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**	**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**
283004394110		47.497.565/0001-90	135231279547875 07/08/2023 16:01:51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14512229000110	07/08/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO/DESTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA**
R AMADOR BUENO,333	CENTRO		11013153	
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**DATA DE SAÍDA**
SANTOS	1397405642	SP		07/08/2023

FATURA/DUPLICATA

001 20/08/2023 740,36

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	740,36

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	740,36

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LT	117,072	5,290	619,30	0,00	0,00	0,00	0	0
3	GASOLINA C ADITIVADA	27101259	060	5929	LT	22,461	5,390	121,06	0,00	0,00	0,00	0	0

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT
Val. Aprox. Tributos Estadual: 134,00 (18,10%), Federal: 51,82 (7,00%), Municipal: 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT
,,,,,
- REFERENTE CF-e SAT: 60396, 61996, 64835, 66092, 68143

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1014
COMPETÊNCIA
04/2023

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA
47.497.565.0001-90
Sequência da Fatura: 67806166

07/08/2023 16:09

FATURA DE CLIENTE

Cliente: 13112 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Telefone:** 13974056429
Logradouro: R AMADOR BUENO,333 **Bairro:** CENTRO
Cidade: SANTOS **Estado:** SP **CNPJ:** 14.512.229/0001-10 **IE:** ISENTO

NÚMERO	EMISSÃO	VENCIMENTO	VALOR R$	
000000593	**07/08/2023**	**20/08/2023**	**740,36**	**SETECENTOS E QUARENTA REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS**

Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendimento
CF	60396/1	17/07/2023	SDU-3F64	30,401	GASOLINA C COMUM	160,82	0	11.837	0,00
CF	61996/1	20/07/2023	SDU-3F64	22,461	GASOLINA C ADITIVADA	121,06	0	0	0,00
CF	64835/1	25/07/2023	SDU-3F65	37,150	GASOLINA C COMUM	196,52	0	0	0,00
CF	66092/1	27/07/2023	SDU-3F64	26,371	GASOLINA C COMUM	139,50	13.143	0	0,00
CF	68143/1	31/07/2023	SDU-3F64	23,150	GASOLINA C COMUM	122,46	0	13.143	0,00

Total Item:	**740,36**
Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):	**0,00**
Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):	**0,00**
Total Fatura:	**740,36**

RESUMO

Item		Quantidade	R$ Unitário	R$ Total
1	GASOLINA C COMUM	117,072	5,290	619,30
3	GASOLINA C ADITIVADA	22,461	5,390	121,06
Total		**139,533**		**740,36**

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003306

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/08/2023

Valor
4.905,90

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
ARAUJO E GOMES ORTOPEDIA SERVICOS MEDICO

CNPJ/CPF
42.183.854/0001-09

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0260/18236120

Agência
00001

Conta Corrente
00000000000457729040

Valor
4.905,90

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 18 SERVICOS MEDICOS REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E376FEFBC459602F758

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)

000570

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e: 18

Data e Hora da Emissão	16/08/2023 14:56:16	Competência	16/8/2023	Código de Verificação	BNSY8LXP4
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	ARAUJO E GOMES ORTOPEDIA SERVICOS MEDICOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	42.183.854/0001-09	Inscrição Municipal	2970853	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA BARÃO DE PENEDO ,9 - JOSÉ MENINO CEP: 11065-651				
Complemento:	105	Telefone:	(13)9820-3555	e-mail:	CONTABILIDADE.VM@TERRA.COM.BR

Dados do Tomador de Serviços

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

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos

PRONTO SOCORRO CENTRAL ¿ 4 Plantões de 12 horas

Período de 01/07/2023 a 31/07/2023 - 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

Valor Bruto: R$ 5.400,00

ISS RETIDO 3%

CENTRO DE CUSTO
102
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
07/2023

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630503 - atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	35,10	COFINS	162,00	IR(R$)	81,00	INSS(R$)		CSLL(R$)	54,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	5.400,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	5.400,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	332,10	0-Nenhum	Base de Cálculo	5.400,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	162,00	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	4.905,90	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	162,00

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

000571

No. compromisso banco
900003305

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/08/2023

Valor
8.994,15

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
PLASTIC SURGERY SERVICOS DE CIRURGIA PLA

CNPJ/CPF
06.013.950/0001-37

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0756/02038232

Agência
05122

Conta Corrente
00000000000000071617

Valor
8.994,15

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 223 SERVICOS MEDICOS REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37E5DDF25A2570A2A3

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)

000572

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 223

Data e Hora da Emissão	19/08/2023 14:09:56	Competência	19/8/2023	Código de Verificação	SAVF29MEI
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

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

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	instituto alpha de medicina				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	cj 1816	Telefone:		e-mail:	financub@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

PRESTAÇÃO D SERVICOS MEDICOS

PRONTO SOCORRO CENTRAL - 5 PLANTOES DE 12 HS

PERIODO DE 01/07/2023 A 31/07/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATAO X INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA A SAUDE

CONTRATO DE GESTAO 003/2018 - ADITIVO 005/2023
SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATAO COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICIPIO

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIA 1101
COMPETÊNCIA 07/2023

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630599 - atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	64,35	COFINS	297,00	IR(R$)	148,50	INSS(R$)		CSLL(R$)	99,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	9.900,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	9.900,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	608,85	0-Nenhum	Base de Cálculo	9.900,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	297,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	8.994,15	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	297,00

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

000573

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003304

No. compromisso cliente

Data do Crédito
21/08/2023

Valor
9.623,91

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
21/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
DBS HIGIENIZACAO TEXTIL LTDA ME

CNPJ/CPF
20.762.941/0002-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0237/60746948

Agência
02281

Conta Corrente
00000000000000348481

Valor
9.623,91

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 1334 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E374B00873FC98EA5FF

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)

000574

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

1334/23

Emissão 07/08/2023

DESTINATÁRIO

Razão Social / Nome do Cliente : Instituto Alpha de Medicina para Saude
CNPJ : 14.512.229/0001-10

Endereço: Av. 9 de Abril, 2800
Bairro: Centro
UF: SP
CEP:

Cidade : Cubatão

Telefone :

CONTRATO:
Higienização e Locação
De Enxoval

PAGAMENTO :
Transferência bancaria

Vencimento da Fatura
20/08/2023

Discriminação Dos Serviços :
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
PSC Guiomar Ferreira Roebblen

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1133
COMPETÊNCIA
07/2023

Forma de pagamento
Transferência
Banco Bradesco
Ag.2281 Conta. 034848-1

NÃO OBRIGATORIEDADE DE EMISSÃO DE NOTA FISCAL DE ACORDO COM LEI COMPLEMENTAR 116/2003 LISTA ANEXA DE SERVIÇOS

Código	Descrição/ Configuração			
000-6	LOCAÇÃO DE ENXOVAL PADRÃO	Valor Serviço Prestado	R$	9.623,91

Valor Total da Fatura R$ 9.623,91

Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 01/07/2023 até 31/07/2023

	01/07	02/07	04/07	06/07	07/07	09/07	11/07	13/07	14/07	16/07	18/07	20/07	22/07	23/07	25/07	27/07	Qde.	Total	Média
to	71,55	38,46	79,46	100,40	601,00	117,25	84,10	113,80	86,12	115,31	75,84	126,00	132,00	91,60	105,10	121,00	2058,99	9018,37	4,38
	71,55	38,46	79,46	100,40	601,00	117,25	84,10	113,80	86,12	115,31	75,84	126,00	132,00	91,60	105,10	121,00	2058,99	9018,37	4,38
l do Grupo	71,55	38,46	79,46	100,40	601,00	117,25	84,10	113,80	86,12	115,31	75,84	126,00	132,00	91,60	105,10	121,00	2058,99	**9018,37**	**4,38**
Total Geral	71,55	38,46	79,46	100,40	601,00	117,25	84,10	113,80	86,12	115,31	75,84	126,00	132,00	91,60	105,10	121,00	2058,99		

Relação de Rds
mcontémpeso ou metro
roduto tabela diferente

105246 105247 105106 105455 105656 106350 106294 106140 106006 105945 105984 105809 106641 106552 106413 107055

000575

Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 28/07/2023 até 31/07/2023

o	28/07	30/07															Qde.	Total	Média
	78,20	60,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	138,25	605,54	4,38
do Grupo	78,20	60,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	138,25	605,54	4,38
Total Geral	78,20	60,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	138,25	**605,54**	**4,38**

Relação de Rcls
ncontémpeso ou metro
oduto tabela diferente

107393 107392

000576

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

000577

No. compromisso banco
900003308

No. compromisso cliente

Data do Crédito
22/08/2023

Valor
3.968,59

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
22/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
F PONS SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ/CPF
50.291.680/0001-18

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0260/18236120

Agência
00001

Conta Corrente
00000000000849151741

Valor
3.968,59

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 2 SERVICOS MEDICOS REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37334F5B104E402240

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)

000578

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e: 2

Data e Hora da Emissão	22/08/2023 09:02:46	Competência	21/8/2023	Código de Verificação	FYF6HTD52
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	1	Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	F. PONS SERVICOS MEDICOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	50.291.680/0001-18	Inscrição Municipal	3100376	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA DOUTOR GUEDES COELHO ,96 - ENCRUZILHADA CEP: 11050-230				
Complemento:	0084	Telefone:	33999320565	e-mail:	FISCAL@ALFACONTADORES.COM.BR

Dados do Tomador de Serviços

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

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos

PRONTO SOCORRO CENTRAL ¿ 3 Plantões de 12 horas

Período de 01/07/2023 a 31/07/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 ¿ ADITIVO 005/2023

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
03/2023

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8610102 - atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

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$	4.050,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	4.050,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	4.050,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,01
(-) ISS Retido	81,41	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	3.968,59	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	81,41

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

24/08/2023, 08:45

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

000579

No. compromisso banco
900003312

No. compromisso cliente

Data do Crédito
23/08/2023

Valor
183,42

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
23/08/2023

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
SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
18.835.198/0001-99

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02595.115003.08430.740178.1.94530000018342

Valor Nominal
183,42

Desc. / Abat.
0,00

Juros
0,00

Valor a Pagar
183,42

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 156374 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E3730A5BB0F4D8813A4

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

Recibo do Pagador

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08430.740178 1 94530000018342

Nome do Pagador/Cpf/Cnpj/Endereço INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO - 333 11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP				14.512.229/0001-10
Nosso Número 25951150008430740	Nº Documento 156374-1	Vencimento 25/08/2023	Valor do Documento 183,42	(=) Valor Pago
Nome do Beneficiário/Cpf/Cnpj/Endereço SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060				18.835.198/0001-99

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

Autenticação Mecânica

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08430.740178 1 94530000018342

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 25/08/2023
Nome do Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA 18.835.198/0001-99					Agência /Código do Beneficiário 4770-8/35191-1
Data Documento 04/08/2023	Nº Documento 156374-1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 04/08/2023	Nosso Número 25951150008430740
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R$	Quantidade	X Valor	(=) Valor do Documento 183,42
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário MORA DIÁRIA: 0,33% (R$ 0,61) - MULTA: 2,00% (R$ 3,67) A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO. 7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO . NFE 156374					(-) Desconto/Abatimento (-) Outras Deduções (+) Juros/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

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

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Comprovante de entrega

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 02595.115003 08430.740178 1 94530000018342

Nome do Pagador/Cpf/Cnpj/Endereço INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			( ) Mudou-se ( ) Ausente
Nome do Beneficiario/Cpf/Cnpj/Endereço SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA			( ) Recusado ( ) Outros - anotar no verso
Nosso Número 25951150008430740	Nº Documento 156374-1	Vencimento 25/08/2023	Valor do Documento 183,42

Recebi(emos) o boleto / título 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$ 183,42

NF-e
Nº: 000.156.374
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 000.156.374
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0818 8351 9800 0199 5500 1000 1563 7410 0158 8546

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135231263354409 - 04/08/2023 13:25:06

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	04/08/2023

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	25/08/2023	183,42

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
183,42	33,02	0,00	0,00	183,42

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	57,69	183,42

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
7	GAS/CILINDRO			3.050.000,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2.15.1) - CAP 1,00M3 6 CILINDRO(S)	28044000	0 00	5102	M3	6,0000	20,380000000	122,28	122,28	22,01	0,00	18,00	0,00	38,46
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2.15.1) - CAP 3,00M3 1 CILINDRO(S)	28044000	0 00	5102	M3	3,0000	20,380000000	61,14	61,14	11,01	0,00	18,00	0,00	19,23

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-O-164/23 FAB:10/07/2023
Valor Aproximado dos Tributos R$ 57,69 (31,45%) Fonte: IBPT

CENTRO DE CUSTO 100

CÓDIGO GERENCIAL 1004

COMPETÊNCIA 08/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 04/08/23.
ASS.

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO 192476 (ROMANEIO 51679)
Titulos: Nro 109694/1 Venc. 25-08-2023 Valor 183,42
DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO
.
Local de entrega Pronto Socorro Municipal do Municipio de Cubatao Av

RESERVADO AO FISCO

SPECIAL

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA

www.specialgases.com.br

Telefones:
(11) 2412-1517 - (11) 2085-6641
Rua Dos Jesuítas, 550 - Cumbica - Guarulhos - SP

PEDIDO

CLIENTE Polypa Cristal DATA 09/08/23

RG FAX

ENDEREÇO Nº

BAIRRO CIDADE UF CEP

CNPJ/CPF INSCRIÇÃO ESTADUAL

PRODUTO	CONSUMO MÉDIO	CILINDROS EM MÃOS	CILINDROS CHEIOS	OBSERVAÇÃO
Oxigênio med	1 m	6	6	Ped. SC 0-164/23 Venc. 10/09/23
Argônio med	3 m	1	1	

VENDA BOLETA | NF CARGA | DEVOLUÇÃO

OBSERVAÇÕES Retirado pessoal

SPECIAL GASES

NOME Carla Lopes

ASSINATURA

CLIENTE

NOME Jomi

ASSINATURA

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900003311
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
23/08/2023
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:	85840000027-2 91460385232-4 37070123213-7 56155605783-3
Data de Pagamento:	23/08/2023
Valor Total:	R$ 2.791,46
Numero do Documento:	07.01.23213.5615560-5
Convenio de Arrecadacao:	00336916000900000097
Autenticacao:	3F10E37555A65A2AC0AD23D
Data de Vencimento:	25/08/2023
Tipo de Pagamento:	TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

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

Canal:	PGFOR

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

Hora da Transacao:	10:52:55

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Transacao efetivada em:	23/08/2023

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PIS FOLHA REF 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)

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
31/07/2023

Data de Vencimento
25/08/2023

Número do Documento
07.01.23213.5615560-5

Pagar este documento até
25/08/2023

Valor Total do Documento
2.791,46

Observações
PIS FOLHA 07.2023 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 07/2023 Vencimento 25/08/2023	2.791,46			2.791,46
	Totais	2.791,46	0,00	0,00	2.791,46

CENTRO DE CUSTO
100
CODIGO GERENCIAL
4019
COMPETÊNCIA
07/2023

01/08/2023 10:17:45

SENDA (Versão:5.1.7)

Página: 1 / 1

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

85840000027 2 91460385232 4 37070123213 7 56155605783 3

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840000027 2 91460385232 4 37070123213 7 56155605783 3

CNPJ: 14.512.229/0001-10
Número: 07.01.23213.5615560-5
Pagar até: 25/08/2023
Valor: 2.791,46

Pague com o PIX

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003310

No. compromisso cliente

Data do Crédito
23/08/2023

Valor
455,20

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
23/08/2023

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
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
00190.00009.02869.214003.00012.697173.4.94520000045520

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 18099 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E370A6CBD29ED693723

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)

000586

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.697173 4 94520000045520

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
28692140000012697	18099	24/08/2023	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
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 00012.697173 4 94520000045520

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
24/08/2023

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	18099	NF	N	25/07/2023	28692140000012697

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

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: 000018099
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0717 2328 3700 0169 5500 1000 0180 9915 2043 4133

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

Protocolo de Autorização de Uso: 135231194360605 25/07/2023 13:18:09

35117232837000169000112500 44

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

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	25/07/2023
ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 11013-153		DATA DA SAIDA: 25/07/2023
MUNICÍPIO: SANTOS	FONE / FAX: (13) 339-4510	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA: 13:17:53

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	24/08/2023	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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
1857484-1	COPO DESC. 180ML C/2500 BR - COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
07/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS BENS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL
DATA 25/07/23

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

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 25 julho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 111.2023 – 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 Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

24/08/2023, 08:45

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

000589

No. compromisso banco
900003309

No. compromisso cliente

Data do Crédito
23/08/2023

Valor
1.904,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
23/08/2023

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
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
00190.00009.02869.214003.00012.696175.8.94520000190400

Valor Nominal
1.904,00

Desc. / Abat.
0,00

Juros
0,00

Valor a Pagar
1.904,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 18098 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D43759AE615EE406

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 000590

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.696175 8 94520000190400

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
28692140000012696	18098	24/08/2023	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
25/07/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
25/07/2023

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 00012.696175 8 94520000190400

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
24/08/2023

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	18098	NF	N	25/07/2023	28692140000012696

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

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: 000018098

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0717 2328 3700 0169 5500 1000 0180 9814 2043 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 135231194353189 25/07/2023 13:17:07

35117232837000169000112500 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: 25/07/2023

ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO: CENTRO

CEP: 11013-153

DATA DA SAIDA: 25/07/2023

MUNICÍPIO: SANTOS

FONE / FAX: (13) 339-4510

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

SUFRAMA:

HORA DA SAIDA: 13:16:47

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	24/08/2023	1.904,00									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. 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: 9-SEM OCORRENCIA

CÓDIGO ANTT:

PLACA VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (R$)	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
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
100
CÓDIGO GERENCIAL
1.2.1.1
COMPETÊNCIA
07/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 25/07/23
ASS.

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

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 25 julho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 112.2023 – 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 cxs Papel Sulfite A4 c/10 resmas em cada.

Marotti
Analista Adm III
Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 **Conta:** 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Convênio
0033-0123-008303883109

Dados do Funcionário

Nome
ALEXANDRE DOS SANTOS SILVA

CPF
226.191.378-88

Conta Salário
0033-0123-000710457035

Conta Creditada
0033-0123-000010796096

Conta Informada
0033-0123-000010796096

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003184

Nro Compromisso Cliente
699

Data do Crédito
23/08/2023

Valor R$
2.951,58

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0098CA428915C6AB2

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

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

RECIBO DE FÉRIAS

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

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

Funcionário: ALEXANDRE DOS SANTOS SILVA			(000699) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00023503 Serie: 00390	Admissão: 24/07/2021	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 133

PERÍODOS

Período aquisitivo 24/07/2021 a 23/07/2022	Período Gozo das Férias 26/08/2023 a 24/09/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.183,75	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	815,92	
902 INSS Férias		265,31
913 IRRF Férias		46,78
Totais	**********3.263,67	**********312,09
	Líquido:	**********2.951,58

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 07/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE a importância de R$2.951,58
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

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

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: ALEXANDRE DOS SANTOS SILVA		(000699) / Depto.: 0000
CTPS 00023503 / 00390	Admissão 24/07/2021	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 24/07/2021 a 23/07/2022	Período a ser gozado 26/08/2023 a 24/09/2023
Data 27/07/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 27/07/2023	Assinatura da Empresa		