000615

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003320		25/08/2023	350,55

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
25/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
PARTEGA SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ/CPF
39.844.589/0001-40

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0237/60746948	00149	00000000000000211176	350,55

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
DIFERENCA NF 95 SERV MEDICOS REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E3738B5215AD246106C

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)

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

NOTA EXPLICATIVA

PAGAMENTO EFETUADO EM 25/08/2023 DIFERENÇA DA NF 95 NO VALOR DE R$ 350,5 REFERENTE IR/PCC RETIDOS INCORRETAMENTE NA NF 94 QUE FOI CANCELADA.

A SABER:

PAGAMENTO EFETUADO EM 16/08/2023 NO VALOR DE R$ 5.178,45 REFERENTE PAGAMENTO DA NF 94 DO PRESTADOR DE SERVIÇOS MÉDICOS PARTEGA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - CNPJ. 39.844.589/0001-40.

NOTA FISCAL Nº 95 SUBSTITUIU A NOTA FISCAL Nº 94 CANCELADA POR ERRO DE INFORMAÇÃO NOS CAMPOS DE RETENÇÕES PIS/COFINS/IR/CSLL, QUE NÃO DEVERIAM SER RETIDOS, POIS A EMPRESA SE ENQUANDRA NO SIMPLES NACIONAL.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 95

Data e Hora da Emissão	25/08/2023 12:13:34	Competência	16/8/2023	Código de Verificação	OS3QO89NF 000617
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	94	Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	PARTEGA SERVICOS MEDICOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	39.844.589/0001-40	Inscrição Municipal	2944397	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO ,236 - POMPÉIA CEP: 11060-302				
Complemento:	0283	Telefone:	13982035555	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$ 5.700,00

ISS RETIDO 3%

CENTRO DE CUSTO 100

CÓDIGO GERENCIAL 1101

COMPETÊNCIA 01/2023

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		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	5.700,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	5.700,00
(-) 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	5.700,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	171,00	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	5.529,00	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	171,00

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.

000618

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003323		28/08/2023	113,43

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
28/08/2023

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
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.39035.102936.82430.820009.2.94580000011343

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

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 3000606144 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E3760D0C4EF713A872D

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

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

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emília 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **30/08/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01390351-0**	No. Documento **3000606144**	Valor do Documento **113,43**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 39035.102936 82430.820009 2 94580000011343

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **30/08/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/08/2023**	No. Documento **3000606144**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **03/08/2023**	Nosso Número **109 / 01390351-0**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **113,43**

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

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

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

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

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

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

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

BRASTEMP

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA CNPJ/CPF 14512229000110

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0948106281	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000113,43	AV NOVE DE ABRIL 2800 COPA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$0000000113,43

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$0000000113,43

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1099
COMPETÊNCIA
08/2023

Santander

000621

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIAS

No. compromisso banco
900003324
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
28/08/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	CLARO SA
Convenio de Arrecadacao:	00330010001004032025
Codigo de Barras:	84880000001-9 98640162202-3 30820117992-4 84905811922-5
Data de Pagamento:	28/08/2023
Valor:	R$ 198,64
Data da Transacao:	28/08/2023
Hora da Transacao:	15:53:20
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E37350A4CFAE2CB6DD6

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
20

Complemento do Tipo de Serviço
NF 164162658 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

000622

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AL ITAPECURU 645 CONJ 1230
ALPHAVILLE CENTRO INDUSTRIAL E
06454-080 BARUERI SP

Período de uso
de 05/07/2023 a 04/08/2023
Nº da conta: 117992849
Nº do cliente: 111568211
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
20/08/2023

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado **R$ 198,64**

Total a pagar R$ 198,64

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	198,64
Claro Life Ilimitado 2GB [190]	
Claro Life Ilimitado 2GB [190] - de 06/07/2023 a 04/08/2023	
Aplicativos Digitais	0,00
Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Bônus de Internet Turbo - 1GB - de 06/07/2023 a 04/08/2023	
SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO	**R$ 198,64**

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R$
VOZ	Ilimitado	-	-	0,00
SMS	600	2	-	0,00
DADOS	15.360,000 MB	-	-	0,00

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

	(13) 97809 5399	(13) 99162 6940	(13) 99209 0557	(13) 99209 1101	(13) 99209 1710
Cobranças e Descontos					
Oferta Conjunta Claro MIX	R$ 38,68	R$ 39,99	R$ 39,99	R$ 39,99	R$ 39,99
Claro Life Ilimitado 2GB	-	-	-	-	-
Aplicativos Digitais	-	-	-	-	-
TOTAL PARA CADA CELULAR	**R$ 38,68**	**R$ 39,99**	**R$ 39,99**	**R$ 39,99**	**R$ 39,99**

TOTAL A PAGAR R$ 198,64

Obs.: Os valores demonstrados acima são proporcionais ao cancelamento ou migração ou troca de plano efetuado.

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.

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

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

Claro

CLIENTE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Débito Automático
117992849

Data de Vencimento
20/08/2023

Valor
R$ 198,64

84880000001-9 98640162202-3 30820117992-4 84905811922-5

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

Pague com **Pix**

DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 170880389/082023

Descrição	Valor ISS (R$)	Valor cobrado (R$)
Aplicativos digitais – Be Digital Light		19,87
Serviço de Gestão	0,99	49,18
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	**0,99**	**69,05**

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 164162658/082023

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
AV NOVE DE ABRIL 2800 – CONJ 1230 CENTRO
11510-003 – CUBATAO – SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 117992849
Nº do cliente: 111568211

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:
7e37.3afe.c8d8.3b52.97d0.36cb.31e8.519f

Serviços	Base de cálculo (R$) ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R$)	Valor (R$)
Claro Life Ilimitado 2GB	97,21	18,00	17,50		97,21
Valor Total da Nota Fiscal	**97,21**		**17,50**	**0,00**	**97,21**

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações – Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 3114049/082023

Claro SA
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

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV NOVE DE ABRIL 2800 – CONJ 1230 CENTRO
11510-003 – CUBATAO – SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 117992849
Nº do cliente: 111568211

Modelo: 22 Série A7C Via Única
Data de emissão: 05/08/2023
Período: 05/07/2023 a 04/08/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
5253.4690.3183.bca1.4056.31b5.3f36.ca50

Serviços	Base de cálculo (R$) ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R$)	Valor (R$)
Claro Life Ilimitado 2GB	32,38	18,00	5,83		32,38
Valor Total da Nota Fiscal	**32,38**		**5,83**	**0,00**	**32,38**

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações – Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 97809 5399

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	38,68
Bônus de Internet Turbo – 1GB – de 06/07/2023 a 04/08/2023	0,00
Claro Life Ilimitado 2GB – de 06/07/2023 a 04/08/2023	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 38,68**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB) Serviço	Mbytes Utilizados	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Internet	0,088	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**0,088**			**0,00**

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

Torpedos Descrição	Quantidade	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Torpedo	1,000	0,39	0,39	0,00
Torpedo – Outras Operadoras	1,000	0,39	0,39	0,00
Subtotal	**2**			**0,00**

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 1101

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Bônus de Internet Turbo – 1GB	0,00
Claro Life Ilimitado 2GB	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 39,99**

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB) Serviço	Mbytes Utilizados	Tarifa (R$)	Valor Total (R$)	Valor Cobrado (R$)
Internet	1.420,691	0,00	0,00	0,00
Internet – meses anteriores	1,668	0,00	0,00	0,00
Subtotal	**1.422,359**			**0,00**

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

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: **117992849** Claro SP DDD 12 a 19

Agência: _____

Nome do Cliente: CPF/CNPJ: _____

CPF/CNPJ: _____

Banco: _____

Data: _____

Número da conta Corrente: _____

Assinatura: _____

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99162 6940

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Claro Life Ilimitado 2GB	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 39,99**

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 0557

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Claro Life Ilimitado 2GB	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 39,99**

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 1710

Mensalidades e Pacotes Promocionais

Descrição	Total (R$)
Oferta Conjunta Claro MIX	39,99
Bônus de Internet Turbo - 1GB	0,00
Claro Life Ilimitado 2GB	-
Aplicativos Digitais	-
TOTAL	**R$ 39,99**

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1302

COMPETÊNCIA
02/2023

000625

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900003322		28/08/2023	300,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
28/08/2023

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
00190.00009.02815.634007.00079.497178.7.94550000030000

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
300,00	0,00	0,00	300,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 297672 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D95F4E8B74AF1FA0

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/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 28156340000079497	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº ( ) Recusado ( ) Não Procurado ( ) Falecido ( ) Desconhecido ( ) End. Insuf. ( ) Outros

Vencimento	N. do Documento	Espécie	Valor do Documento
27/08/2023	297672/1NFE	R$	300,00

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

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00079.497178 7 94550000030000**

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

Vencimento: 27/08/2023

Nome do Beneficiario/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
28/07/2023	297672/1NFE	R$	N	28/07/2023	28156340000079497
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	**Valor do Documento**
	17	R$	x	=	300,00

Instruções

SUJEITO A PROTESTO.
JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.30

(-) 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 00079.497178 7 94550000030000**

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

Vencimento: 27/08/2023

Nome do Beneficiario/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
28/07/2023	297672/1NFE	R$	N	28/07/2023	28156340000079497
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	**Valor do Documento**
	17	R$	x	=	300,00

Instruções

SUJEITO A PROTESTO.
JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.30

(-) 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

Código de Barra

Pagador / Avalista:

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA
EMISSÃO: 28/07/2023 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA Total NF: 300,00	NF-e Nº: 297672 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 297.672
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3523.0704.1928.7600.0138.5500.1000.2976.7210.0875.5364

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
135231217915283 - 28/07/2023 15:39:53

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	28/07/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
R AMADOR BUENO, 333 CJ 1816	CENTRO	11013-153	28/07/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Santos	(013)3222-7379	SP		15:39:49

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS
297672/1 - 27/08/23 - 300,00

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
300,00	54,00	0,00	0,00	300,00

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	300,00

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
1				0,0000	0,0000

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
21203 38221920	FITA TESTE GLICEMIA ACCU CHEK GUIDE ME VPC [REF. 07453736047] Marca: ROCHE Modelo: CX C/50TIRAS Lote: 103748 - 04/06/2024 Qtde: 6.00	000 5102	CX	6,0000	50,0000	0,0000	300,00	300,00	54,00	0,00	18,00	0,00

RECLAMAÇÕES SOMENTE AO ATO DA ENTREGA

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 28/07/23

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 169434 / / Local Entrega: N 0 - - - - / Observacao: Motorista Hebert / / Obs: CLIENTE VIRA RETIRAR HOJE, Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n ADM 005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP/ IR retido 1.2%, no valor de R$0.00 Conforme Art. 2-A da IN RFB 1234/2012. Valor liquido a receber R$ 0.00 Tributo aproximado R$: 40,35 Federal R$: 36,00 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1200
COMPETÊNCIA

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 27 julho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 115.2023 – 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 dispensação interna do Pronto Socorro Central.

06 cxs Fita teste glicemia ACCU-CHEK guide.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno nº 333 – Cj. 1816 – Centro – Santos/SP CEP 11013-153
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site:www.alphainstituto.com.br

030629

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003321

No. compromisso cliente

Data do Crédito
28/08/2023

Valor
1.099,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
28/08/2023

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
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.39035.022936.82430.820009.8.94580000109900

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.099,00	0,00	0,00	1.099,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 3000604997 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E373C9C852A3A0EF552

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

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

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emília 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **30/08/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01390350-2**	No. Documento **3000604997**	Valor do Documento **1.099,00**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 39035.022936 82430.820009 8 94580000109900

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **30/08/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/08/2023**	No. Documento **3000604997**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **03/08/2023**	Nosso Número **109 / 01390350-2**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **1.099,00**

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

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

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

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

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

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

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

BRASTEMP

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF 14512229000110

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0945633901	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633902	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633904	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 132 BARROSO	CUBATAO	SP
0945633905	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV N SRA DE FATIMA SN EDUARDO	CUBATAO	SP
0948050946	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703	SANTOS	SP
0948053674	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 RECEPCAO	CUBATAO	SP
0948053675	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 MEDICACAO	CUBATAO	SP
0948053676	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 EMERGENCIA	CUBATAO	SP
0948074484	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 76 REPOUSO I	CUBATAO	SP
0948074788	Ecohouse Prestacao		01/08/23	31/08/23	030	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 SALA ALPHA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$000000001.099

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$000000001.099

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1399
COMPETÊNCIA
08/2023

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:	ELAINE LOPES DE OLIVEIRA	CPF do Funcionário:	373.799.328-96
Número do Cliente:	301		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	CC	Número do Pagamento:	900003185
Número da Remessa:	202308290433FG764069	Data de Pagamento:	29/08/2023
Data do Agendamento:	29/08/2023	Data do Débito:	29/08/2023
Histórico:	Liquido de Vencimentos	Situação do Pagamento:	Efetivado
Motivo:		Valor:	R$ 2.740,95
Data da Autorização:	29/08/2023 11:15:12	Último Usuário Autorizador:	0009523957
Tipo de Serviço:	Pagamento Salários	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	0033-0123-000010609929		
Banco, Agência, Conta Salário:	0033-0123-000710456773		
Banco, Agência, Conta Final:	0033-0123-000010609929		

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)

000633

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: ELAINE LOPES DE OLIVEIRA		(000301) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00031884 Serie: 00276	Admissão: 23/03/2020	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 188

PERÍODOS

Período aquisitivo 23/03/2022 a 22/03/2023	Período Gozo das Férias 01/09/2023 a 30/09/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 02 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	756,89	
902 INSS Férias		266,36
913 IRRF Férias		20,25
Totais	**********3.027,56	**********286,61
	Líquido:	**********2.740,95

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
03/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.740,95
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: ELAINE LOPES DE OLIVEIRA		(000301) / Depto.: 0000
CTPS 00031884 / 00276	Admissão 23/03/2020	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	02	23/03/2022 a 22/03/2023	01/09/2023 a 30/09/2023
Data 02/08/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/08/2023	Assinatura da Empresa		

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:	**IVONEIDE BRASIL DA SILVA LIMA**	CPF do Funcionário:	**309.982.018-04**
Número do Cliente:	**262**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900003186**
Número da Remessa:	**202308290433FG764069**	Data de Pagamento:	**29/08/2023**
Data do Agendamento:	**29/08/2023**	Data do Débito:	**29/08/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.035,08**
Data da Autorização:	**29/08/2023 11:15:12**	Último Usuário Autorizador:	**0009523957**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010779888**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710444428**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0123-000010779888**		

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: IVONEIDE BRASIL DA SILVA LIMA			(000262) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 69179 Serie: 00054	Admissão: 01/10/2019	Função: Recepcionista	N.Registro: Livro : 1 Folha: 164

PERÍODOS

Período aquisitivo 01/10/2021 a 30/09/2022	Período Gozo das Férias 01/09/2023 a 30/09/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.370,53	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	22,20	
151 DSR Ad. Noturno 40%	4,21	
597 1/3 Férias	553,65	
902 INSS Férias		179,51
Totais	**********2.214,59	**********179,51
	Líquido:	**********2.035,08

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 08/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.035,08
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: IVONEIDE BRASIL DA SILVA LIMA			(000262) / Depto.: 0000
CTPS 69179 / 00054	Admissão 01/10/2019	Função: Recepcionista	

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	01/10/2021 a 30/09/2022	01/09/2023 a 30/09/2023
Data 02/08/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/08/2023	Assinatura da Empresa		

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:	**JESSICA DA SILVA SANTOS**	CPF do Funcionário:	**393.165.838-45**
Número do Cliente:	**678**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900003187**
Número da Remessa:	**202308290433FG764069**	Data de Pagamento:	**29/08/2023**
Data do Agendamento:	**29/08/2023**	Data do Débito:	**29/08/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.619,83**
Data da Autorização:	**29/08/2023 11:15:12**	Último Usuário Autorizador:	**0009523957**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010507236**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710456821**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0123-000010507236**		

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: JESSICA DA SILVA SANTOS			(000678) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 03931658 Serie: 03845	Admissão: 23/06/2021	Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 205

PERÍODOS

Período aquisitivo 23/06/2022 a 22/06/2023	Período Gozo das Férias 04/09/2023 a 03/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.890,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	718,00	
902 INSS Férias		234,77
913 IRRF Férias		17,40
Totais	**********2.872,00	**********252,17
	Líquido:	**********2.619,83

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
08/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.619,83
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: JESSICA DA SILVA SANTOS		(000678) / Depto.: 0000
CTPS 03931658 / 03845	Admissão 23/06/2021	Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	23/06/2022 a 22/06/2023	04/09/2023 a 03/10/2023
Data 05/08/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 05/08/2023	Assinatura da Empresa		

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:	**MARCELO SANTOS**	CPF do Funcionário:	**133.861.548-32**
Número do Cliente:	**339**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900003188**
Número da Remessa:	**202308290433FG764069**	Data de Pagamento:	**29/08/2023**
Data do Agendamento:	**29/08/2023**	Data do Débito:	**29/08/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.568,50**
Data da Autorização:	**29/08/2023 11:15:12**	Último Usuário Autorizador:	**0009523957**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010779950**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710444521**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0123-000010779950**		

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: MARCELO SANTOS			(000339) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00082092 Serie: 33018	Admissão: 10/04/2020	Função: Técnico em farmácia	N.Registro: Livro : 1 Folha: 192

PERÍODOS

Período aquisitivo 10/04/2022 a 09/04/2023	Período Gozo das Férias 01/09/2023 a 30/09/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.734,85	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	103,22	
151 DSR Ad. Noturno 40%	16,15	
597 1/3 Férias	706,07	
902 INSS Férias		241,97
913 IRRF Férias		13,82
Totais	**********2.824,29	**********255,79
	Líquido:	**********2.568,50

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
08/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$2.568,50
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: MARCELO SANTOS		(000339) / Depto.: 0000
CTPS 00082092 / 33018	Admissão 10/04/2020	Função: Técnico em farmácia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 10/04/2022 a 09/04/2023	Período a ser gozado 01/09/2023 a 30/09/2023
Data 02/08/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/08/2023	Assinatura da Empresa		

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:	THAIS SOARES DA SILVA	CPF do Funcionário:	461.621.978-83
Número do Cliente:	960		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	CC	Número do Pagamento:	900003189
Número da Remessa:	202308290433FG764069	Data de Pagamento:	29/08/2023
Data do Agendamento:	29/08/2023	Data do Débito:	29/08/2023
Histórico:	Liquido de Vencimentos	Situação do Pagamento:	Efetivado
Motivo:		Valor:	R$ 4.883,36
Data da Autorização:	29/08/2023 11:15:12	Último Usuário Autorizador:	0009523957
Tipo de Serviço:	Pagamento Salários	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	0033-0171-000010413152		
Banco, Agência, Conta Salário:	0033-0171-000710196438		
Banco, Agência, Conta Final:	0033-0171-000010413152		

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: THAIS SOARES DA SILVA			(000960) / Depto.: 0000
Cart.Trabalho: 00090078 Serie: 00435	Admissão: 02/07/2022	Função: ENFERMEIRO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 218

PERÍODOS

Período aquisitivo 02/07/2022 a 01/07/2023	Período Gozo das Férias 01/09/2023 a 30/09/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 01 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	110,15	
070 Adicional noturno 35%	792,65	
152 DSR Ad. Noturno 35%	132,14	
151 DSR Ad. Noturno 40%	16,85	
597 1/3 Férias	1.552,60	
902 INSS Férias		695,36
913 IRRF Férias		631,67
Totais	**********6.210,39	**********1.327,03
	Líquido:	**********4.883,36

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 09/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$4.883,36
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: THAIS SOARES DA SILVA		(000960) / Depto.: 0000
CTPS 00090078 / 00435	Admissão 02/07/2022	Função: ENFERMEIRO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 01	Período aquisitivo 02/07/2022 a 01/07/2023	Período a ser gozado 01/09/2023 a 30/09/2023
Data 02/08/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/08/2023	Assinatura da Empresa		

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:	**VERA LUCIA DA SILVA**	CPF do Funcionário:	**361.467.478-90**
Número do Cliente:	**10**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900003190**
Número da Remessa:	**202308290433FG764069**	Data de Pagamento:	**29/08/2023**
Data do Agendamento:	**29/08/2023**	Data do Débito:	**29/08/2023**
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 3.102,83**
Data da Autorização:	**29/08/2023 11:15:12**	Último Usuário Autorizador:	**0009523957**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-0123-000010780163**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-0123-000710444686**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-0123-000010780163**		

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)

000648

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: VERA LUCIA DA SILVA		(000010) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00066141 Serie: 00018	Admissão: 22/12/2017	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM	N.Registro: Livro : 1 Folha: 34

PERÍODOS

Período aquisitivo 22/12/2021 a 21/12/2022	Período Gozo das Férias 02/09/2023 a 01/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 03 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	299,77	
151 DSR Ad. Noturno 40%	50,48	
597 1/3 Férias	873,64	
902 INSS Férias		317,15
913 IRRF Férias		74,58
Totais	**********3.494,56	**********391,73
	Líquido:	**********3.102,83

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
08/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$3.102,83
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: VERA LUCIA DA SILVA		(000010) / Depto.: 0000
CTPS 00066141 / 00018	Admissão 22/12/2017	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	03	22/12/2021 a 21/12/2022	02/09/2023 a 01/10/2023
Data 03/08/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/08/2023	Assinatura da Empresa		

000650

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003327

No. compromisso cliente

Data do Crédito
29/08/2023

Valor
282,90

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
29/08/2023

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
23793.36908.52018.370156.09000.821000.1.94570000028290

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 69 SEGURO DE VIDA REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E375B1C907C2AAD97B0

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 / 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	69	282.90
					282.90

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 8/28/2023	Vencimento 8/29/2023
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Nosso Número 005/20183701509-3	Número do Documento 73646487	Valor Documento 282.90

Bradesco | 237-2 | **23793.36908 52018.370156 09000.821000 1 94570000028290**

Local de Pagamento Banco Bradesco S. A. Pagável preferencialmente nas agências do Bradesco					Vencimento 8/29/2023
Beneficiário MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73					Agência/ Cód. Beneficiário 3369-3 / 0008210-4
Data do Pagamento 8/28/2023	Número do Documento 73646487	Espécie do Documento RPB	Aceite A	Data Processamento 8/28/2023	Nosso Número 005/20183701509-3
Uso do Banco 8600	CIP 000	Carteira 05	Espécie Moeda REAL	Quantidade 0	Valor 282.90
					(=) Valor do Documento 282.90
					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado 282.90

Instruções (texto de responsabilidade do cedente)

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

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: 53604-0
Nº Fatura: 69
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: 29/08/2023 **Data Emissão:** 09/08/2023

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 (=)**

Competência: 01/08/2023 a 31/08/2023

Unidade de Emissão da Fatura: F02 - SÃO PAULO

MAG SEGUROS

Guia de Remessa de Faturas

Emitida em: 09/08/2023

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

020655

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003325

No. compromisso cliente

Data do Crédito
29/08/2023

Valor
594,46

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
29/08/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

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
00190.00009.02869.214003.00012.918173.6.94580000059446

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
594,46	0,00	0,00	594,46

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 18147 REF 07 2023

Autenticação Bancária
3F10E37FC4D34C5D23CB542

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Recibo de Entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.918173 6 94580000059446

BB Cobrança 3.00.02

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69	Agência / Código do Beneficiário 01006-5 / 73122-6
Pagador/CNPJ/CPF INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10	Nosso-Número 28692140000012918
Data de Vencimento: 30/08/2023 · Nr Documento: 18147-1 · Espécie: NF · Moeda: R$	Valor do Documento 594,46
Recebi(emos) o boleto com essas características. · Assinatura	Data da Entrega · Nome
Local do Pagamento **Pagável em qualquer banco.**	

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.918173 6 94580000059446

BB Cobrança 3.00.02

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
28692140000012918	18147-1	30/08/2023	594,46	

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

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor
	17 / 27	R$		

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

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento: 28/08/2023
Espécie DOC: NF
Data do Documento: 28/08/2023
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 00012.918173 6 94580000059446

BB Cobrança 3.00.02

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento: 30/08/2023

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
28/08/2023	18147-1	NF	N	28/08/2023	28692140000012918

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=)Valor do Documento
	17 / 27	R$			594,46

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

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

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

www.mantiva.com

RECEBEMOS DE "KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT" OS PRODUTO(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO

Valor: 594,46
Nº Fat: 18147

NF-e
N: 000018147
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

RECEBEDOR: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

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: 000018147
Série: 1
Folha(s): 1/2

Chave de Acesso: 3523 0717 2328 3700 0169 5500 1000 0181 4713 7043 4132

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

Protocolo de Autorização de Uso: 135231218343759
28/07/2023 16:33:20

35117232837000169000113100 44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
283060995114

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO
28/07/2023

ENDEREÇO
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAIDA
28/07/2023

MUNICIPIO
SANTOS

FONE/FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAIDA
16:29:26

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	27/08/2023	594,46									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO 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	219,90	594,46

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSORIAS	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	594,46

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
7898119104480-1	TESOURA MP511 MULTIUSO CABO COLOR 21CM	82130000	2102	5102	UN	5	9,1500	45,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
454218	SACO PLASTICO ZIPLOC N 1 05X07 C1000	39232190	0500	5102	UN	1	37,4000	37,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
2945-1	RELOGIO DE PAREDE SIMPLES	91052900	2102	5102	UN	1	24,0000	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
02799	REGUA 30CM WALEU GROSSA	39261000	0500	5405	UN	6	2,0900	12,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7897294401650	PRANCHETA 1/2 OFICIO CRISTAL MAXCRILI	39269090	0500	5405	UN	8	9,7500	78,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
454217	PILHA ALCALINA MEDIA C - DURACEL C 2	85061019	0500	5102	UN	3	34,0500	102,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
1134/A4CR	PASTA EM L A4 CRISTAL (ACP)	42021210	0500	5405	UN	10	0,8100	8,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
.654	GRAMPO GALVANIZADO 26/6 C/ 5000 - MAXPRINT	83052000	0500	5102	UN	2	8,8000	17,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7898119104329	GRAMPEADOR DE METAL MP300 - PEQ (11,5CM) ATE 20 FL	84729040	2102	5102	UN	5	10,8500	54,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7896572013899	ESFEROGRAFICA ECONOMIC MEDIA -CX/50	96081000	0500	5405	UN	2	45,7000	91,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7897975056667	PRETA / AZUL - COLA BASTAO 22GR - MAXPRINT	35061090	2102	5102	CX	3	6,1900	18,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7897270145196	CLIPES GALVANIZADO 6/0 CX C/212 UNIDADES - WIREPLA	83059000	0500	5405	CX	1	12,4000	12,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7897270145165	CLIPES GALVANIZADO 2/0 CX C/720 UNIDADES - WIREPLA	83059000	0500	5405	CX	1	12,4000	12,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
871004	CANETA ESFEROGRAFICA ECONOMIC - PRETA/VERMELHA- CO	96081000	0500	5102	UN	10	1,0800	10,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
454216	BORRACHA BRANCA - UNIDADE	40169200	0500	5102	UN	5	1,0000	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7897975066116	BLOCO ADESIVO MAXPRINT KIT SORTIDO NEON 3 CORES 76	48114110	2102	5102	PC	2	5,2700	10,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	[illegible] AMARELO PASTEL	48114110	2102	5102	PC	2	7,7500	15,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

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
7897975075866	BATERIA LITHIUM CR2032 3V BT - MAXPRINT	85065010	7102	5102	PC	10	1,9800	19,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
6530	ALMOFADA P. CARIMBO ALCAR N 3 - RADEX - PRETA	96122600	5102	5102	UN	2	8,9800	17,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
07/2023

KHEFREN DISTRIBUIDORA
HIGIENE E DESCARTÁVEIS LTDA ME
CNPJ:17.232.837/0001-69

Telefone: (13) 3361-4428 / (13) 97406-1420
Endereço: Praça Taquaritinga, 160 - Pq. Fernando Jorge
CEP: 11500-090

INSTITUTO

DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QTDE	VALOR	R$ TOTAL
CANETA ESFER. PRETA COMPACTOR	CAIXA	1	R$ 45,70	R$ 45,70
CANETA ESFER. AZUL COMPACTOR	CAIXA	1	R$ 45,70	R$ 45,70
CANETA ESFER. VERMELHA COMPACTOR	UNIDADE	10	R$ 1,08	R$ 10,80
REGUA ACRILICA	UNIDADE	6	R$ 2,09	R$ 12,54
GRAMPO P GRAMPEADOR C 5000	CAIXA	2	R$ 8,80	R$ 17,60
GRAMPEADOR 26/6	UNIDADE	5	R$ 10,85	R$ 54,25
TESOURA 21CM MULTIUSO	UNIDADE	5	R$ 9,15	R$ 45,75
BORRACHA BRANCA MERCUR	UNIDADE	5	R$ 1,00	R$ 5,00
PASTA PLASTICA L CRISTAL	UNIDADE	10	R$ 0,84	R$ 8,40
Clips 2/0	CAIXA	1	R$ 12,40	R$ 12,40
Clips 6/0	CAIXA	1	R$ 12,40	R$ 12,40
ALMOFADA CARIMBO RADEX	UNIDADE	2	R$ 8,98	R$ 17,96
COLA BASTAO 22G MASTER PRINT	UNIDADE	3	R$ 6,19	R$ 18,57
BLOCO ADESIVO AMARELO 38X50 C4	PACOTE	2	R$ 7,75	R$ 15,50
BLOCO ADESIVO COLORIDO 38X50 C4	PACOTE	2	R$ 5,27	R$ 10,54
PRANCHETA ACRILICA (DIFERENCIADA)	UNIDADE	8	R$ 9,75	R$ 78,00
RELOGIO DE PAREDE	PACOTE	1	R$ 24,00	R$ 24,00
PILHA ALCALINA	PACOTE	3	R$ 34,05	R$ 102,15
BATERIA LITHIUM CR2032 V3 c/5 und	UNIDADE	2	R$ 9,90	R$ 19,80
SACO PLASTICO ZIPLOC 05X07CM C 1000	PACOTE	1	R$ 37,40	R$ 37,40
				R$ -
				R$ 594,46

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão Social: Khefren Distribuidora de Higiene e Descartáveis LTDA - ME
CNPJ: 17.232.837/0001-69
Endereço: Praça Taquaritinga, 160
Bairro: Parque Fernando Jorge
CIDADE: CUBATÃO - SP
Telefone: (13) 3361-2244 / (13) 97406-1420
E-MAIL: khefrendistribuidora@gmail.com
Nome do Representante Legal da Empresa: Aldina Paulos Tavares Paraduça
Data do Orçamento: **27/07/2023**
Validade do Orçamento: 5 DIAS

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 28 julho de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 115.2.2023 – 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 de uso diário do Pronto Socorro Central.

05 UND TESOURA MULTIUSO 21CM;

01 UND SACO PLÁSTICO CIPLOCK 05X07;

01 UND RELÓGIO DE PAREDE SIMPLES;

06 UND RÉGUA 30CM WALEU;

08 UND PRANCHETA OFÍCIO CRISTAL;

03 UND PILHA ALCALINA MÉDIA C DURACEL C/02 UND;

10 UND PASTA EM L A4;

02 UND GRAMPO PARA GRAMPEADOR 26/6;

05 UND GRAMPEADOR PEQUENO ATÉ 20FLS;

01 UND CANETA ESFEROGRÁFICA AZUL C/50 UND;

01 UND CANETA ESFEROGRÁFICA PRETA C/50 UND;

03 UND COLA BASTÃO 22GR;

01 CX CLIPS GALVANIZADO 6/0;

01 CX CLIPS GALVANIZADO 2/0;

10 UND CANETA ESFEROGRÁFICA VERMELHA;

05 UND BORRACHA BRANCA;

ALPHA
INSTITUTO

02 PCTS BLOCO ADESIVO MAXPRINT C/ 04 UND;

02 PCTS BLOCO ADESIVO AMARELO C/ 04 UND;

10 UND BATERIA LITHIUM CR2032 3V;

02 UND ALMOFADA P/ CARIMBO PRETA.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno nº 333 – Cj. 1816 – Centro – Santos/SP CEP 11013-153
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br