

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Crédito ao Favorecido

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003337

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
05/09/2023Valor  
697,43

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123/000130041276Favorecido  
JOYCE DE LORENA RIBEIRO SALLESCNPJ/CPF  
412.567.988-60

## Conta Créditada

Banco 0033  
Agência 0174  
Conta 00000000000010217939

## Número do Documento

900003337  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

PENSAO ALIMENTICIA 08 2023

## Autenticação Bancária

3F10E37CB9461EBC7C5B934

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

( 00220 ) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LDM ASSESSORIA CONTABIL

Relatório de Eventos Analítico de 01/08/2023 a 31/08/2023

Emissão: 11:43 04/09/2023

Página: 001

**Evento : 920      Pensão Alimentícia**

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	1.701,17	90:00		697,43
Tipo		Totais:	1.701,17	90:00		697,43

Adiantamento       Folha       Folha complementar  
 Férias       Rescisão       Rescisão Complementar  
 13º Adiantamento       13º Salário       Resilição

*Foyce Lorena Ribeiro*

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TEDE

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003338	No. compromisso cliente	Data do Crédito 05/09/2023	Valor 378,90
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

## Dados do Remetente

Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA	CNPJ/CPF 14.512.229/0001-10
--	--------------------------------

Convênio 0033-0123-004906738922	Data da Solicitação 05/09/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
------------------------------------	-----------------------------------	---

## Dados do Destinatário

Nome VALDIRENE DA PENHA PEREIRA	CNPJ/CPF 252.421.298-08
------------------------------------	----------------------------

Tipo Conta  
Conta Corrente

Banco/ISPB 0260/18236120	Agência 00001	Conta Corrente 0000000000086121755	Valor 378,90
-----------------------------	------------------	---------------------------------------	-----------------

Finalidade  
Crédito em Conta

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
PENSÃO ALIMENTICIA 08 2023

Autenticação Bancária  
3F10E378A6C6F1898776A87

## Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

**( 00220 ) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

LDM ASSESSORIA CONTABIL

Emissão: 11:43 04/09/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/08/2023 a 31/08/2023

Página: 001

**Evento : 920      Pensão Alimentícia**

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

Adiantamento       Folha       Folha complementar  
 Férias       Rescisão       Rescisão Complementar  
 13º Adiantamento       13º Salário       Resilição

*Saldirene da Penha Pereira*

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TED

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003339	No. compromisso cliente	Data do Crédito 05/09/2023	Valor 5.000,00
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-------------------

## Dados do Remetente

Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA	CNPJ/CPF 14.512.229/0001-10
--	--------------------------------

Convênio 0033-0123-004906738922	Data da Solicitação 05/09/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
------------------------------------	-----------------------------------	---

## Dados do Destinatário

Nome ANDRE I LEONARDO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE	CNPJ/CPF 46.598.844/0001-87
--	--------------------------------

Tipo Conta  
Conta Corrente

Banco/ISPB 0422/58160789	Agência 00115	Conta Corrente 0000000000000487876	Valor 5.000,00
-----------------------------	------------------	---------------------------------------	-------------------

Finalidade  
Crédito em Conta

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 122 REF 11 07 A 11 08 2023

Autenticação Bancária  
3F10E371D3654219BD6ABEE

## 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)

 <p><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b></p> <p>20230811u46598844000187</p>	Número da Nota <b>0000122</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>11/08/2023 09:32:06</b>			
	Código de Verificação <b>IAHX-FPEM</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>46.598.844/0001-87</b> Inscrição Municipal: <b>7.332.069-2</b> Nome/Razão Social: <b>ANDRE I. LEONARDO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA</b> Endereço: <b>R FRADIQUE COUTINHO 221, APT 41 - PINHEIROS - CEP: 05416-010</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b> CPF/CNPJ: <b>14.512.229/0001-10</b> Inscrição Municipal: <b>----</b> Endereço: <b>AL Itapecuru 645, CJ 1230 - Alphaville Centro Industrial e - CEP: 06454-080</b> Município: <b>Barueri</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>CONTATO@LDMASSESSORIA.COM</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Cubatão  Contrato de gestão 003/2018 e aditivos.  Prefeitura Municipal de Cubatão X Instituto Alpha.  Suporte Jurídico na área de direito administrativo relativo ao período de 11.07.2023 até 11.08.2023, destinado ao acompanhamento do processo administrativo TC 001003.898.18-14 junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.  Importante se fazer constar que o endereço da Alpha: Rua Amador Bueno, 333, CJ 1816 - Centro - Santos - Cep: 11013-151. Por conta de uma inviabilidade técnica os dados do Tomador de Serviços não podem ser alterados.				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 5.000,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03220 - Advocacia.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

CENTRO DE CUSTO  
100

CÓDIGO GERENCIAL  
1111

COMPETÊNCIA  
07/2023



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRAS

No. compromisso banco  
900003340  
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  
06/09/2023  
Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO RECOLHIMENTO - FGTS GRF

Código de Barras: 85830000218-4 98390179230-6 90768005081-1 45122290001-6  
Empresa: FGTS GRF CONVENIO 0179  
CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Data de Validade: 07/09/2023  
Competencia: 08/2023  
Valor Recolhido: R\$ 21.898,39  
Data de Pagamento: 06/09/2023  
Data da Transacao: 06/09/2023  
Hora da Transacao: 14:43:09  
Canal: PGFOR  
Autenticacao: 3F10E37AB630E3E9629ECBA  
Convênio de Arrecadacao: 00336915000950017913

Documento pago dentro das condições definidas no ofício DIFUG/GEPAS 135/2003.

Pagamento efetuado com base nas informações do código de barras.

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

Tipo de Serviço  
20

Complemento do Tipo de Serviço  
FGTS 08 2023 CUBATAO

**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)



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 06/09/2023 - 11:26:57

*Cubeteão* 194

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 273.729,98	06-QTDE TRABALHADORES 101	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 08/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 21.898,39	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 21.898,39
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2023\*\*

858300002184 983901792306 907680050811 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 06/09/2023 - 11:26:57

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1021  
COMPETÊNCIA  
08/2023

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 273.729,98	06-QTDE TRABALHADORES 101	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 08/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 21.898,39	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 21.898,39
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2023\*\*

858300002184 983901792306 907680050811 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de Títulos

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003341	No. compromisso cliente	Data do Crédito 11/09/2023	Valor 225,00
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 11/09/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original Instituto Alpha CUBATA De Med. p Saude		CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10	
Nome/Razão Social do Beneficiário Original SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ESTABELEC		CPF/CNPJ do Beneficiário Original 58.195.058/0001-18	
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA		CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10	
Instituição Financeira Favorecida 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
Código de Barras 10497.47106.84000.100044.00088.470257.8.94700000022500			
Valor Nominal 225,00	Desc. / Abat. 0,00	Juros 0,00	Valor a Pagar 225,00
Tipo de Serviço Pagamento Fornecedor			
Complemento do Tipo de Serviço MENSALIDADE SINDICAL 08 2023			
Autenticação Bancária 3F10E37C8BFCBFB4633260D			
<b>Central de Atendimento Santander Empresarial</b>		<b>SAC</b> - Atendimento 24h por dia, todos os dias.	
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)		0800 762 7777	
0800 726 2125 (Demais Localidades)		0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)	
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)		<b>Ouvidoria</b> - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.	
		0800 726 0322	
		0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)	

## Instruções de Impressão

Imprimir preferencialmente em impressora Laser, (Não use modo econômico).  
Utilize folha A4 ou Carta - Favor Cortar na linha indicada

Recibo do Pagador

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**[104-0] 10497.47106 84000.100044 00088.470257 8 94700000022500**

Beneficiário <b>SINDICATO TRAB.ESTAB.SERV.SAUDE SANTOS</b>					Carteira <b>RG</b>	<b>RECIBO DO PAGADOR</b>	
Data Documento <b>06/09/2023</b>	Número Documento <b>MEN202308</b>	Espécie Doc. <b>OU</b>	Aceite <b>N</b>	Espécie <b>R\$</b>	Data Proc. <b>06/09/2023</b>	CNPJ <b>58.195.058/0001-18</b>	Vencimento <b>11/09/2023</b>
Instruções MENSALIDADE REFERENTE AGOSTO DE 2023					(-) Outras Deduções		Agência/Código Beneficiário <b>0345/747108-4</b>
					(+ ) Mora/Multa		Nosso Número <b>14000000000884702-4</b>
					(+ ) Outros Acréscimos		(=) Valor Documento <b>225,00</b>
Pagador CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 <b>Instituto Alpha CUBATÁ De Med. p/ Saude - 4624</b>					Escritório Contábil da Empresa <b>RH INSTITUTO ALPHA - 873</b>		(=) Valor Cobrado

Direta Sistemas - Blumenau - SC - 0xx47 3378-2266 - suporte@diretasistemas.com.br

Autenticação Mecânica

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**[104-0] 10497.47106 84000.100044 00088.470257 8 94700000022500**

Local de Pagamento <b>Pagável em Qualquer Banco, Pref.Lotéricas ou Internet</b>						Vencimento <b>11/09/2023</b>	
Beneficiário <b>SINDICATO TRAB.ESTAB.SERV.SAUDE SANTOS</b>					CNPJ <b>58.195.058/0001-18</b>	Agência/Código do Beneficiário <b>0345/747108-4</b>	
Data Documento <b>06/09/2023</b>	Número Documento <b>MEN202308</b>	Espécie Doc. <b>OU</b>	Aceite <b>N</b>	Data Proc. <b>06/09/2023</b>	Nosso Número <b>14000000000884702-4</b>		
Uso do Banco	Carteira <b>RG</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade Moeda	Valor	(=) Valor Documento <b>225,00</b>		
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) <b>MENSALIDADE REFERENTE AGOSTO DE 2023</b>					(-) Desconto/Abatimentos		
					(-) Outras Deduções		
					(+ ) Mora/Multa		
					(+ ) Outros Acréscimos		
					(=) Valor Cobrado		
Pagador <b>Instituto Alpha CUBATÁ De Med. p/ Saude - 4624</b> <b>R Amador Bueno 333 cj.1703 - Centro</b> <b>11013-153 - SANTOS - SP</b> <b>RH INSTITUTO ALPHA - 873</b>					CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10  Cód. Baixa: 14000000000884702-4 Autenticação Mecânica - <b>Ficha de Compensação</b>		



Cortar Aqui

**( 00220 ) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

LDM ASSESSORIA CONTABIL

Departamento : 0000 CUBATÃO PS

Emissão: 11:42 04/09/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/08/2023 a 31/08/2023

Página: 001

**Evento : 615 Mensalidade Sindical**

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	1.701,17	90:00		45,00
000155	MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO	31486773826	3.107,42	110:00		45,00
000152	QUEITE ROSA CAFE FERREIRA DOS SANTOS	27571600871	3.214,58	110:00		45,00
000242	RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA	08047882864	1.292,97	110:00		45,00
000212	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	12134208813	2.143,05	90:00		45,00
Tipo		Totais:	11.459,19	510:00		225,00

Adiantamento     Folha     Folha complementar  
 Férias     Rescisão     Rescisão Complementar  
 13º Adiantamento     13º Salário     Resilição

CENTRO DE CUSTO  
100  
 CÓDIGO GERENCIAL  
1060  
 COMPETÊNCIA  
08/2023



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003342	No. compromisso cliente	Data do Crédito 11/09/2023	Valor 130,60
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 11/09/2023	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 00190.00009.02815.634007.00080.198179.1.94690000013060			
Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
130,60	0,00	0,00	130,60
Tipo de Serviço Pagamento Fornecedor			
Complemento do Tipo de Serviço NF 298575 REF 08 2023			
Autenticação Bancária 3F10E37AE315A2F93FB56E0			
<b>Central de Atendimento Santander Empresarial</b> 4004-2125 (Regiões Metropolitanas) 0800 726 2125 (Demais Localidades) 0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)		<b>SAC</b> - Atendimento 24h por dia, todos os dias. 0800 762 7777 0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)	<b>Ouvidoria</b> - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado. 0800 726 0322 0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



## Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38			Ag./Cod. Beneficiário 3359-6/25002-3	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)		
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			Nosso Número 28156340000080198	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº
Vencimento 10/09/2023	N. do Documento 298575/INFE	Espécie R\$	Valor do Documento 130,60	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não Procurado	<input type="checkbox"/> Falecido
Recebi(êmos) o bloquete de características acima	Data	Assinatura	Data	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> End. Insuf.	<input type="checkbox"/> Outros
				Entregador		



00190.00009 02815.634007 00080.198179 1 94690000013060

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 10/09/2023
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 11/08/2023	No. do Documento 298575/INFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 11/08/2023	Nosso Número 28156340000080198
Uso do Banco 17	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 130,60
Instruções					(-) Desconto / Abatimento
SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.13					(-) 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



00190.00009 02815.634007 00080.198179 1 94690000013060

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 10/09/2023
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 11/08/2023	No. do Documento 298575/INFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 11/08/2023	Nosso Número 28156340000080198
Uso do Banco 17	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 130,60
Instruções					(-) Desconto / Abatimento
SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.13					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

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

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


Pagador / Avalista:


Código de Barra

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA EMISSÃO: 11/08/2023		DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA Total NF: 130,60	NF-e Nº: 298575 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1	

 <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA</b> Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP  Fone: (13)3228-2305</p>	<p><b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA <input type="checkbox"/> 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nº 298.575 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1</p>	<p><b>CONTROLE FISCO</b></p> 	
		<p>CHAVE DE ACESSO 3523.0804.1928.7600.0138.5500.1000.2985.7510.0879.3090</p>	<p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>
		<p>DADOS DA NF-e 135231314797270 - 11/08/2023 16:42:01</p>	

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.566.329.115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 04.192.876/0001-38

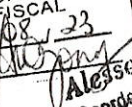
<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>		NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ 14.512.229/0001-10	DATA EMISSÃO 11/08/2023
ENDEREÇO R AMADOR BUENO, 333 CJ 1816		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 11013-153	DATA DA SAÍDA 11/08/2023
MUNICÍPIO Santos	FONE / FAX (013)3222-7379	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 15:57:09	

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>		NOME / RAZÃO SOCIAL		CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		CEP	
MUNICÍPIO		UF	FONE / FAX		

<b>FATURA/DUPLICATAS</b> 298575/1 - 10/09/23 - 130,60					
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 130,60	VALOR DO ICMS 23,51	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 130,60	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 130,60

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO <input type="checkbox"/>	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 1	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,0000	PESO LÍQUIDO 0,6000	

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>												
CODIGO PRODUTO NCM/MS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
21348 90189029	LAMINA DE BISTURI N.11 ACO CARBONO Marca: BIOMASS Modelo: CX C/ 100 UN Lote: AM21060401 - 28/02/2027 Qtde: 2.00	000 5102	CX	2,0000	25,3000	0,0000	50,60	50,60	9,11	0,00	18,00	0,00
10002 48043990	PAPEL GRAU CIRURGICO 15CM X 100 M HOSPFLEX Marca: RAQUEL Modelo: RL Lote: 0822 - 30/07/2025 Qtde: 1.00	000 5102	RL	1,0000	80,0000	0,0000	80,00	80,00	14,40	0,00	18,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL  
DATA 11/08/23  
ASS   
ALEXANDRA D. GOMEZ  
Coordenadora Administrativa  
INSTITUTO Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO  
100

CÓDIGO GERENCIAL  
1807  
COMPETÊNCIA  
08/2023

<p><b>DADOS ADICIONAIS</b></p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 170151 // Local Entrega: N 0 - - - / Observação: CLIENTE VIRA RETIRAR // Obs: CLIENTE VIRA RETIRAR, Contrato de Gestão n 003/18 e Termo Aditivo n ADM 005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatão SP/ IR retido 1.2%, no valor de R\$0.00 Conforme Art. 2-A da IN RFB 1234/2012. Valor líquido a receber R\$ 0.00 Tributo aproximado R\$: 16,24 Federal R\$: 18,71 Estadual Fonte: IBPT /</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p>
--	---------------------------



Cubatão, 10 agosto de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 122.1.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material 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 dos itens abaixo para dispensação interna do Pronto Socorro Central.

25 und Sulfadiazina de prata 10mg/g;  
200 und Lamina de bisturi nº11;  
1 rolo Papel cirúrgico 15cmx100m.

*Ane Marotti*  
Analista Adm III  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



## Emissão 2ª Via

 No. compromisso banco  
 900003343

No. compromisso cliente

 Data do Crédito  
 11/09/2023

 Valor  
 166,28

 Convênio  
 0033-0123-004906738922

 Data da Solicitação  
 11/09/2023

 Agência/Conta Corrente  
 0123 / 000130041276

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

 CPF/CNPJ do Pagador  
 Original  
 14.512.229/0001-10

 Nome/Razão Social do Beneficiário Original  
 SPECIAL GASES DO BRASIL

 CPF/CNPJ do Beneficiário  
 Original  
 18.835.198/0001-99

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

 CPF/CNPJ do Pagador Efetivo  
 14.512.229/0001-10

 Instituição Financeira Favorecida  
 341 - ITAU UNIBANCO S A

 Código de Barras  
 34191.09081.43060.801446.63450.090004.1.94700000016628

 Valor Nominal  
 166,28

 Desc. / Abat.  
 0,00

 Juros  
 0,00

 Valor a Pagar  
 166,28

 Tipo de Serviço  
 Pagamento Fornecedor

 Complemento do Tipo de Serviço  
 NF 157768 REF 08 2023

 Autenticação Bancária  
 3F10E377AC850ED819816CF

**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 Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43060.801446 63450.090004 1 94700000016628

Recibo do Pagador

Beneficiário <b>SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA</b>		Cnpj/Cpf <b>18.835.198/0001-99</b>		Sacador Avalista		Vencimento <b>11/09/2023</b>	
Endereço do Beneficiário / Sacador Avalista <b>R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060</b>							
Nosso Número <b>109/08430608-0</b>		Carteira <b>109</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade		Valor	Agência/Código do Beneficiário <b>1446/34500-9</b>
Data do Documento <b>21/08/2023</b>	Número do Documento <b>157768-1</b>		Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>21/08/2023</b>		Valor do Documento <b>166,28</b>

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43060.801446 63450.090004 1 94700000016628

Local do Pagamento <b>Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento somente no Itaú.</b>						Vencimento <b>11/09/2023</b>	
Beneficiário <b>SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA</b>				Cnpj/Cpf <b>18.835.198/0001-99</b>		Agência/Código do Beneficiário <b>1446/34500-9</b>	
Data do Documento <b>21/08/2023</b>	Número do Documento <b>157768-1</b>		Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>21/08/2023</b>		Nosso Número <b>109/08430608-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>109</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade		Valor	=) Valor do Documento <b>166,28</b>	
Instruções de Responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre o boleto, contate o BENEFICIÁRIO APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE ..... (R\$ 0,55) APÓS 11/09/2023 MULTA DE ..... (RS 3,33) A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO. 7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO NFE 157768						(-) Desconto/Abatimento	
						(+) Mora/Multa	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE						14.512.229/0001-10	
Endereço: R AMADOR BUENO - 333 11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP							
Sacador Avalista: CNPJ:						Código da Briza	

Ficha de Compensação  
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Comprovante de entrega



Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43060.801446 63450.090004 1 94700000016628

Pagador: <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b>				<input type="checkbox"/> Mudou-se
Beneficiário <b>SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA</b>				<input type="checkbox"/> Ausente
				<input type="checkbox"/> Recusado
Nosso Número <b>109/08430608-0</b>	Nº Documento <b>157768-1</b>	Vencimento <b>11/09/2023</b>	Valor do Documento <b>166,28</b>	<input type="checkbox"/> Outros - anotar no verso
Receb(emos) o boleto / título com as características acima				
Data	Nome		Assinatura	

RECEBEMOS DE SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA RS 166,28	NF-e Nº: 000.157.768 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	

<b>SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA</b>		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA			
R DOS JESUITAS, 550 CIDADE INDL. SATELITE GUARULHOS SP TEL/FAX: 1124121517 CEP: 07231060		0 - Entrada 1 - Saída <input type="checkbox"/> 1		CHAVE DE ACESSO 3523 0818 8351 9800 0199 5500 1000 1577 6810 0160 2530	
		Nº 000.157.768 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1		Consulte de autoridade 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 135231369037904 - 21/08/2023 08:08:43	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 796140310113		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUP. TRIBUTARIA		CNPJ 18.835.198/0001-99	

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			CNPJ/CPF 14.512.229/0001-10	DATA DA EMISSÃO 21/08/2023	
ENDEREÇO R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816			BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-151	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SANTOS		FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA

## FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	11/09/2023	166,28

## CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 166,28		VALOR DO ICMS 29,93		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 166,28	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 32,05	VALOR TOTAL DA NOTA 166,28			


## TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO					MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 6	ESPÉCIE GAS/CILINDRO	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 2.500.030,000	PESO LÍQUIDO 0,000		

## DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CSI	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ICALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
130005	ONU1002 AR, SINTETICO (MEDICINAL) 2.2 - CAP 3,00M3 1 CILINDRO(S)	28539090	0 00	5102	M3	3,0000	21,460000000	64,38	64,38	11,59	0,00	18,00	0,00	0,00
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2 (S.1) - CAP 1,00M3 5 CILINDRO(S)	28041000	0 00	5102	M3	5,0000	20,380000000	101,90	101,90	18,34	0,00	18,00	0,00	32,05

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatão SP Lote:SG-0-194/23 FAB:10/08/2023 Lote:SG-A-151/21 FAB.04/08/2023  
 Valor Aproximado dos Tributos R\$ 32,05 (19,27%) Fonte: IBPT


ATESTO O RECEBIMENTO  
DOS ITENS CONSTANTES  
NESTA NOTA FISCAL  
DATA 15/08/23  
ASS. 

Alessandra D. Gomez  
Coordenadora Administrativa  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIA  
1204  
COMPETÊNCIA  
08/2023

## DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO 193386 Títulos: Nro 110333/1 Venc. 11-09-2023 Valor 166,28 DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS O PERACÕES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGÊNCIAS DA REGULAMENTAÇÃO	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

 <b>SPECIAL</b> <small>GASES DO BRASIL LTDA.</small> SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA. <small>www.specialgases.com.br</small>	Telefones: (11) 2412-4517 - (11) 2085-6841 Rua dos Jesuitas, 550 - Cumbica - Guarulhos - SP
	PEDIDO 51627

CLIENTE: P. S. ALPHA CURATIVO DATA: 15/08/23  
 TEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 CNPJ Nº: \_\_\_\_\_ INSCR EST Nº: \_\_\_\_\_

PRODUTO	QUANTIDADE M³/Kg	QUANTIDADE CILINDROS	QUANTIDADE TOTAL	OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	<u>60.1M</u>	<u>05</u>	<u>05</u>	LOTE SO 0.184/23 FAG. 10/08/23
NITROGÊNIO				
ARGÔNIO				
ACETILENO				
CO <sub>2</sub>				
HÉLIO				
<u>A.A. SINTÉTICO 3M</u>		<u>01</u>	<u>01</u>	LOTE SO A191/21 FAG. 04/08/23

LIVRE TROCA <input checked="" type="checkbox"/>	RECARGA <input type="checkbox"/>	DEVOLUÇÃO <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:		

NOME <u>Antonio</u> ASSINATURA _____	NOME <u>Fernando Santos</u> ASSINATURA _____
---	---



PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de Títulos

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003344

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/09/2023

Valor  
171,00

Convênio  
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação  
11/09/2023

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  
00190.00009.02815.634007.00080.199177.2.94690000017100

Valor Nominal  
171,00

Desc. / Abat.  
0,00

Juros  
0,00

Valor a Pagar  
171,00

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 298576 REF 08 2023

Autenticação Bancária  
3F10E37EE1653246E816B47

### 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)



001-9

## Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38		Ag./Cod. Beneficiário 3359-6/25002-3	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Nosso Número 28156340000080199	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros	
Vencimento 10/09/2023	N. do Documento 298576/1NFE	Espécie R\$	Valor do Documento 171,00	
Recebi(emos) o bloquete de características acima	Data	Assinatura	Data	Entregador



001-9

00190.00009 02815.634007 00080.199177 2 94690000017100

Local de Pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					10/09/2023
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 11/08/2023	No. do Documento 298576/1NFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 11/08/2023	Nosso Número 28156340000080199
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 171,00
Instruções					(-) Desconto / Abatimento
SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.17					(-) 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



001-9

00190.00009 02815.634007 00080.199177 2 94690000017100

Local de Pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					10/09/2023
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 11/08/2023	No. do Documento 298576/1NFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 11/08/2023	Nosso Número 28156340000080199
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 171,00
Instruções					(-) Desconto / Abatimento
SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.17					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

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

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


Pagador / Avalista:


Código de Barra

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



RECEBEMOS DE CRIMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA		EMISSÃO: 11/08/2023		DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA Total NF: 171,00		NF-e Nº: 298576 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1	

 <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>CRIMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA</b> Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305</p>	<p><b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA <input type="checkbox"/> 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nº 298.576 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1</p>	<p><b>CONTROLE FISCO</b></p> 	
		<p>CHAVE DE ACESSO 3523.0804.1928.7600.0138.5500.1000.2985.7610.0879.3101</p>	
		<p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>	
<p>DADOS DA NF-e 135231314797303 - 11/08/2023 16:42:01</p>			

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.566.329.115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 04.192.876/0001-38

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>		CNPJ	DATA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		14.512.229/0001-10	11/08/2023
ENDEREÇO R AMADOR BUENO, 333 CJ 1816	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-153	DATA DA SAÍDA 11/08/2023
MUNICÍPIO Santos	FONE / FAX (013)3222-7379	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 15:59:22

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>		CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
NOME / RAZÃO SOCIAL			
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP
MUNICÍPIO		UF	FONE / FAX

<b>FATURA/DUPLICATAS</b> 298576/1 - 10/09/23 - 171,00
--

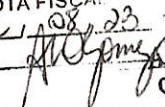
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 171,00	VALOR DO ICMS 20,52	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 171,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 171,00

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
RAZÃO SOCIAL	PRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	<input type="checkbox"/>	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,0000		PESO LÍQUIDO 0,0000

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>												
CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
21596 30049072	(+) SULFADIAZINA DE PRATA 10 MG/G CREM DERM CT BG AL PLAS OPC X 50 G SILGLOS Marca: UNIAO QUIMICA Princípio Ativo: SULFADIAZINA Modelo: BISNAGA C/ 50G Lote: 2322170 - 30/05/2025 Qtd: 25.00 / CEST: 13.002.00	000 5102	BNG	25,0000	6,8400	0,0000	171,00	171,00	20,52	0,00	12,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL

DATA 11/08/23

ASS 

CENTRO DE CUSTO  
100

CÓDIGO GERENCIAL  
1202

COMPETÊNCIA  
08/2023

<p><b>DADOS ADICIONAIS</b></p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>PEDIDO: 170151 // Local Entrega: N 0 - - - / Observação: CLIENTE VIRA RETIRAR // Obs: CLIENTE VIRA RETIRAR, Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n ADM 005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatão SP / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09/ 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\$: 23,00 Federal Fonte: IBPT /</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>RECLAMAÇÕES SOMENTE NO ATO DA ENTREGA</p>
--	--



Cubatão, 10 agosto de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 122.1.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

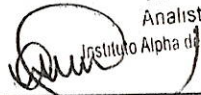
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material 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 dos itens abaixo para dispensação interna do Pronto Socorro Central.

25 und Sulfadiazina de prata 10mg/g;  
200 und Lamina de bisturi nº11;  
1 rolo Papel cirúrgico 15cmx100m.

  
Ane Marotti  
Analista Adm III  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

**Instituto Alpha de Medicina para Saúde**



PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de Títulos

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003345	No. compromisso cliente	Data do Crédito 11/09/2023	Valor 1.705,47
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 11/09/2023	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 MUNICIPIO DE SANTOS		CPF/CNPJ do Beneficiário Original 58.200.015/0001-83	
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  
23790.04506.90000.823071.19002.581908.1.94730000170547

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.705,47	0,00	0,00	1.705,47

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
ISSQN NFS DIVERSAS REF 08 2023

Autenticação Bancária  
3F10E3741E53239C69156F0

### 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)





DAM - Documento de Arrecadação Municipal  
 Prefeitura Municipal de Santos  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Inscrição : 2861988 - Competência 8/2023

ISSQN - Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza



Prefeitura Municipal de Santos 58.200.015/0001-83  
 Praça Visconde de Maua S/N - Santos - SP

Recibo do Pagador

01 - Vencimento <b>14/09/2023</b>	02 - Agência/Código do Beneficiário 0045-0/25819-9	03 - Número do Documento 8230719	04 - Nosso Número / Código Documento 09/00008230719-5/8230719
05 - (=) Valor do Documento 1.705,47	06 - (-) Desconto 0,00	07 - (+) Acréscimos 0,00	08 - (=) Valor Cobrado

Pagador

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AMADOR BUENO, 333 -  
 PAQUETÁ - 11013153 SANTOS - SP - 14512229000110 - Modalidade:  
 Tomador

Sacador/Avalista

ISSQN - Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza



237-2

23790.04506 90000.823071 19002.581908 1 94730000170547

09 - Local do Pagamento					10 - Vencimento 14/09/2023									
11 - Beneficiário Prefeitura Municipal de Santos 58.200.015/0001-83 Praça Visconde de Maua S/N - Santos - SP					12 - Agência/Código do Beneficiário 0045-0/25819-9									
13 - Data da Emissão 11/09/2023	14 - Número do Doc 8230719	15 - Espécie Doc OU	16 - Aceite N	17 - Data do Processamento 11/09/2023		18 - Nosso Número / Código Documento 09/00008230719-5								
19 - Uso do Banco	20 - Carteira 09	21 - Espécie REAL	22 - Quantidade	23 - Valor		24 - (=) Valor do Documento 1.705,47								
25 - Instruções - Texto de responsabilidade do Beneficiário Multa moratoria de 0.1667(por cento) por dia de atraso,a partir do primeiro dia seguinte ao vencimento, limitada a 10(por cento) sobre o valor principal. Juros de mora de 1(por cento) ao mes ou apuracao a partir do mes seguinte ao do vencimento, sobre o principal mais multa corrigidos monetariamente. Artigo 216 da Lei 3750/1971 - C.T.M					26 - (-) Desconto 0,00									
					27 - (-) Outras Deduções/Abatimento									
					28 - (+) Mora/Multa/Juros 0,00									
					29 - (+) Outros Acréscimos 0,00									
30 - Unidade Beneficiário 25819-9					31 - (=) Valor Cobrado									
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AMADOR BUENO, 333 - PAQUETÁ - 11013153 SANTOS - SP - 14512229000110 - Modalidade: Tomador					32 - Inscrição Municipal 2861988					33 - Tipo Tomador				
					34 - Competência 8/2023					35 - Receita				

Sacador/Avalista

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



11/09/2023 13:20:25



PRESTADOR

TOMADOR

CONSTRUÇÃO CIVIL

BANCOS

CONDOMÍNIOS

ESPECIAIS

ESTATÍSTICAS

ESCRITURAÇÃO OFFLINE

REMESSA

LEGISLAÇÃO

HOME

Regime: Por Homologação  
 Inscr.: 2861988 CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10  
 Instituto Alpha De Medicina Para Saude  
 Rua Conse Amador Bueno, 333 - Paquetá 1816 / BLOCO B

Prefeitura Municipal de Santos

G4WX-M28



| SAIR DO SISTEMA | | ACESSO ATENDIMENTO ONLINE | ALTERAR SENHA

Versão: V1.45.01.2018012301

## CONFIRMAÇÃO DE ESCRITURAÇÃO FISCAL

Número Série	Valor	Base de Cál.	Atividade	Prestador	CNPJ
1755 / NFS-e	R\$ 95,00	R\$ 95,00	1813001	S. MURILO DE ANDRADE - GRAFICA LTDA	30031495000187
1673 / NFS-e	R\$ 4.500,00	R\$ 4.500,00	692060201	CONTASC - CONTADORES ASSOCIADOS EM SERVICOS CONTABEIS LTDA - ME	10969220000181
156 / NFS-e	R\$ 27.662,16	R\$ 27.662,16	8111700	SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME	9564629000139
99 / NFS-e	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	702040001	SRD ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA LTDA	21528475000125
67 / NFS-e	R\$ 5.500,00	R\$ 5.500,00	6920601	LDM ASSESSORIA CONTABIL LTDA	50380928000117

SEDE

Deseja realmente confirmar a escrituração desta(s) Nota(s) Fiscal(s)?

SIM

NÃO

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TED

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003346	No. compromisso cliente	Data do Crédito 12/09/2023	Valor 492,00
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
12/09/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
NEW LAB CIENTIFICA LTDACNPJ/CPF  
54.511.514/0001-30Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
06267Conta Corrente  
0000000000000088042Valor  
492,00Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 9845 REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E3724ADE382C7BEF103**Central de Atendimento Santander  
Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)  
0800-726-2125 (Demais Localidades)  
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777  
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322  
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECEBEMOS DE NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO  
 EMISSÃO: 06/09/2023 - DEST. / RENT. INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE - VALOR TOTAL: R\$ 492,00  
 DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
 Nº 000009845  
 SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP

R MONS PAULA RODRIGUES, 205 - VILA BELMIRO -  
 CEP: 11075-350 - SANTOS - SP  
 TEL: (13)3237-1684

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0 - ENTRADA 1  
 1 - SAÍDA  
 Nº 000009845 fl. 1 / 1  
 SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO  
 3523 0954 5115 1400 0130 5500 1000 0098 4511 8077 5459

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  
 135231479046720 06/09/2023 09:57:15

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633265124115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

54.511.514/0001-30

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

ENDEREÇO

Rua Amador Bueno, 333 CONJ 1816

MUNICÍPIO

SANTOS

FONE / FAX

(13)99705-5502

BAIRRO / DISTRITO

Centro

CEP

11013-153

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO

06/09/2023

DATA SAÍDA / ENTRADA

06/09/2023

HORA DA SAÍDA

09:57:13

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	27/09/2023	492,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	492,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				492,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS (%)	II (%)
1930	FITA AP. ACCU-CHECK ACTIVE C/50	38221920	2102	5929	cx	4,0000	123,0000	0,00	492,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO  
 100  
 CÓDIGO GERENCIAL  
 1201  
 COMPETENCIA  
 09/2023

ATESTO O RECEBIMENTO  
 DOS ITENS CONSTANTES  
 NESTA NOTA FISCAL  
 DATA 06/09/23  
 ASS. *Alessandra D. Gomez*  
 Coordenadora Administrativa  
 INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ECF Ref.:(modelo: 2B ECF: 2 COO: 62820)

CONTRATO DE GESTÃO Nº003/2018

FIRMADO ENTRE PREFEITURA DE CUBATÃO X INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE


Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI

RESERVADO AO FISCO

**CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA**

Não possui valor fiscal. Simples representação do evento indicado abaixo.  
CONSULTE A AUTENTICIDADE NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

MODELO 55	SÉRIE 001	NÚMERO 000.009.845	MÊS / ANO DA EMISSÃO 09/23	
CHAVE DE ACESSO 3523 0954 5115 1400 0130 5500 1000 0098 4511 8077 5459				

**CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA**

ÓRGÃO 35	AMBIENTE PRODUÇÃO	DATA / HORA DO EVENTO 11/09/2023 18:01:41	
EVENTO 110110	DESCRIÇÃO DO EVENTO Carta de Correcao	SEQUÊNCIA DO EVENTO I	VERSÃO DO EVENTO 1.00
STATUS 135 - Evento registrado e vinculado a NF-e		PROTOCOLO 135231512213416	DATA / HORA DO REGISTRO 11/09/2023 18:01:43

**CONDIÇÕES DE USO**

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com:

- I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao
- II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario
- III - a data de emissao ou de saida.

**CORREÇÃO**

CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018. TERMO ADITIVO 005/2023, FIRMADO ENTRE PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO x INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

**Financub - Alpha**

---

**De:** Ane Marotti <admclub@alphainstituto.com.br>  
**Enviado em:** segunda-feira, 11 de setembro de 2023 18:48  
**Para:** Financub  
**Cc:** Compras 1; Valmir  
**Assunto:** Re: NF 9845 New lab + carta de correção

Informo que o ofício seguirá posteriormente.

---

Att,



**ALPHA**  
INSTITUTO

Ane Caroline Marotti Barthalo  
Analista ADM III

NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

CNPJ 14.512.229/0001-10

[www.alphainstituto.com.br](http://www.alphainstituto.com.br)

Em 2023-09-11 18:47, Ane Marotti escreveu:

Boa tarde,

Segue NF 9845 New lab + carta de correção para pagamento.

**Dados para pagamento:**

BANCO ITAU

AG. 6267

C/C.: 08804-2

FAV.: NEW LAB CIENTIFICA LTDA

CNPJ: 54.511.514-0001-30

PIX: 13974226236

--

Att,



ALPHA  
INSTITUTO

Ane Caroline Marotti Barthalo  
Analista ADM III

NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

CNPJ 14.512.229/0001-10

[www.alphainstituto.com.br](http://www.alphainstituto.com.br)