



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco
900003394

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
18/09/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa: CLARO SA

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Codigo de Barras: 84860000003-1 25400162202-3 30922130890-6 85904311922-1

Data de Pagamento: 18/09/2023

Valor: R\$ 325,40

Data da Transacao: 18/09/2023

Hora da Transacao: 10:22:22

Canal: PGFOR

Autenticacao: 3F10E37969570B3198C9D4F

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 167852198 REF 08 2023Central de Atendimento Santander
Empresarial4004-2125 (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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA
SAUDE- BANDA LARGA
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1816
CENTRO
11013-153 SANTOS SP

Período de uso
de 05/08/2023 a 04/09/2023

Vencimento

Nº da conta: 130890859

22/09/2023

Nº do cliente: 124180048

CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10

Razão Social: Claro S/A

CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47

CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado R\$ 325,40

Total a pagar

R\$ 325,40

CANAIS DE ATENDIMENTO:

Atendimento Claro - Ligue 1052

Ouvidoria - Ligue 08007010180

Na Web - www.claro.com.br/empresas

Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

1. PLANO CONTRATADO

VALOR R\$

Individual

Oferta Conjunta Claro MIX

Claro Internet Empresa [075]

Aplicativos Digitais

325,40

SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO

R\$ 325,40

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS

Contratado

Utilizado

Excedente

VALOR R\$

DADOS

286.720,000 MB

2.503,780 MB

-

0,00

TOTAL A PAGAR

R\$ 325,40

AVISOS AO CLIENTE

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

DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 174832125/092023

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

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1302

COMPETÊNCIA

08/2023

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

Autenticação Mecânica

Para uso do banco



CLIENTE
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE-
BANDA LARGA

Débito Automático
130890859

Data de Vencimento
22/09/2023

Valor
R\$ 325,40

8486000003-1 25400162202-3 30922130890-6 85904311922-1



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

Pague
com
Pix



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 167852198/092023

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

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE- BANDA
LARGA
RAMADOR BUENO 333 - CONJ 1816 CENTRO
11013-153 - SANTOS - SP
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Nº da conta: 130890859
Nº do cliente: 124180048

Modelo: 22 Série B64 Via Única
Data de emissão: 05/09/2023
Período: 05/08/2023 a 04/09/2023
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:
6536.b761.9271.4cd4.7efb.da79.59d3.130b

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

Contribuição para o 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.

Autorização para Débito em Conta

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

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

Agência: _____

Nome do Cliente: CPF/CNPJ: _____ CPF/CNPJ: _____

Banco: _____ Data: _____

Número da conta Corrente: _____ Assinatura: _____

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

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

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

Mensalidades e Pacotes Promocionais

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

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)

Serviço	Mbytes Utilizados	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
Internet	2.276,577	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	5,302	0,00	0,00	0,00
Subtotal	2.231,879			0,00

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

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

Mensalidades e Pacotes Promocionais

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

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)

Serviço	Mbytes Utilizados	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
Internet	265,942	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	5,954	0,00	0,00	0,00
Subtotal	271,896			0,00

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



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003397	No. compromisso cliente	Data do Crédito 18/09/2023	Valor 455,20
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 18/09/2023	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 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
00190.00009.02869.214003.00012.924171.9.94810000045520

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
455,20	0,00	0,00	455,20

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 18465 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E374E1BD76D8A043F29

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

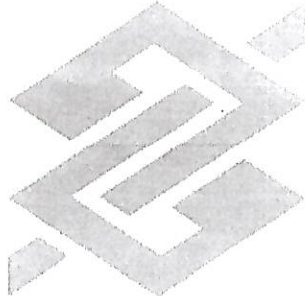
SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

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 | 00190.00009 02869.214003 00012.924171 9 94810000045520

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	
	2869214000012924	18465	22/09/2023	455,20		
	Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69 RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090					
	Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	
		17 / 27	R\$			
	Agência / Código do Beneficiário 01006-5 / 73122-6					
	Instruções de Responsabilidade do Beneficiário					
					Data Processamento 28/08/2023	
					Espécie DOC NF	
					Data do Documento 28/08/2023	
					Acoite N	
					(-) Desconto / Abatimento	
					(+) Juros / Multa	
					(=) Valor Cobrado	

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.

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.924171 9 94810000045520

BB Cobrança 3.00.02	Local do Pagamento Pagável em qualquer banco.					Data de Vencimento 22/09/2023
	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					Agência / Código do Beneficiário 01006-5 / 73122-6
	Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Acoite	Data Processamento	Nosso-Número
	28/08/2023	18465	NF	N	28/08/2023	2869214000012924
	Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento
		17 / 27	R\$			455,20
	Instruções de responsabilidade do Beneficiário.					(-) Desconto/Abatimento
						(+) Juros/Multa
						(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRACA TAQUARITINGA, 160
PQ FERN JORGE
Cubatao
CEP: 11500-060
Fone: (13) 3361-4428

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1 - SAIDA
No: 000018465
Série: 1
Folha(s): 1/1



Chave de Acesso: 3523 0817 2328 3700 0169 5500 1000 0184 6511 9343 4133

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
Protocolo de Autorização de Uso: 135231417298716
28/08/2023 13:22:24



3511723283700016900011280044

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
ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816
MUNICÍPIO: SANTOS FONE / FAX: (13) 339-4510 UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: SUFRAMA: BAIRO/DISTRITO: CENTRO CEP: 11013-153
DATA EMISSÃO: 28/08/2023
DATA DA SAÍDA: 28/08/2023
HORA DA SAÍDA: 13:22:02

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	27/09/2023	455,20									

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB.		VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	163,19	455,20
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COPINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	455,20

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL: FRETE POR CONTA: 9-SEM OCORRENCIA CÓDIGO ANTT: PLACA VEÍCULO: UF: CNPJ/CPF:
ENDEREÇO: MUNICÍPIO: UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:
QUANTIDADE: ESPÉCIE: MARCA: NUMERO: PESO BRUTO (KG): PESO LÍQUIDO (KG):

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(RS)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1857484-1	COPO DESC. 180ML C/2500 BR - COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

ATESTADO DE RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA: 28/08/2023
ALESSANDRA D. GONZALEZ
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: - CONTRATO DE GESTAO N003/18 E TERMO ADITIVO N 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO - SP. ENDEREÇO PARA ENTREGA: AV 9 DE ABRIL N 2800 - CENTRO - CUBATAO/SP CEP: 11510-000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R\$ 163,19 (35,85%) Fonte : IBPT.
RESERVADO AO FISCO: CENTRO DE CUSTO: 100
CÓDIGO GERENCIAL: 1211
COMPETÊNCIA: 08/2023

Cubatão, 28 agosto de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 129.2023 – 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 do item abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

04 cxs Copo Descartável c/2500 und cada.


Aze Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003398	No. compromisso cliente	Data do Crédito 18/09/2023	Valor 455,20
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 18/09/2023	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 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 00190.00009.02869.214003.00012.863171.9.94790000045520			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
455,20	0,00	0,00	455,20

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 18385 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E37305AFC7535946097

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.863171 9 94790000045520

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
28692140000012863	18385	20/09/2023	455,20	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

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

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

Agência / Código do Beneficiário

01006-5 / 73122-6

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

Data Processamento

21/08/2023

Espécie DOC

NF

Data do Documento

21/08/2023

Aceite

N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(-) Valor Cobrado

BB Cobrança 3.00.02

 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.

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00012.863171 9 94790000045520

Local do Pagamento

Pagável em qualquer banco.

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

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
21/08/2023	18385	NF	N	21/08/2023	28692140000012863

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento
	17 / 27	R\$			455,20

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(-) Valor Cobrado

BB Cobrança 3.00.02

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
 AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
 11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

**KHEFREN DISTRIBUIDORA DE
HIGIENE E DESCARTAVEIS LT**

PRACA TAQUARITINGA, 160
PQ FERN JORGE
Cubatao
CEP: 11500-060
Fone: (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
No: 000018385
Série: 1
Folha(s): 1/1



Chave de Acesso: 3523 0817 2328 3700 0169 5500 1000 0183 8511 1343 4139

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: 135231369908556
21/08/2023 09:19:02



3511723283700016900011210044

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
21/08/2023

ENDEREÇO
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAÍDA
21/08/2023

MUNICÍPIO
SANTOS

FONE / FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAÍDA
09:18:45

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	20/09/2023	455,20									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB.	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	163,19	455,20		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	455,20

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO
MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA NUMERO PESO BRUTO (KG) PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (RS)	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
1857484-1	COPO DESC. 180ML C/2500 BR - COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	4	113,8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%

**ATESTO O RECEBIMENTO
DOS ITENS CONSTANTES
NESTA NOTA FISCAL**
DATA 22/08/23
ASS *Alessandra D. Gomez*
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
08/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- CONTRATO DE GETAO N 003/18 E TERMO ADITIVO N 02/2022 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO/SP - ENDEREÇO PARA ENTREGA: A. 9 DE ABRIL N 2800 - CENTRO - CUBATAO/SP - CEP: 11510-000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R\$ 163,19 (35,85%) Fonte : IBPT.

RESERVADO AO FISCO



Cubatão, 21 agosto de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 124.3.2023 – 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 do item abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

04 cxs Copo descartável 180ml c/2500 unidades cada.

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco
900003389

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
18/09/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa: CLARO SA
Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025
Codigo de Barras: 84640000005-1 40810162202-0 30920573000-0 00276855698-3
Data de Pagamento: 18/09/2023
Valor: R\$ 540,81
Data da Transacao: 18/09/2023
Hora da Transacao: 10:22:22
Canal: PGFOR
Autenticacao: 3F10E37CE042EEBF15FBBEB

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 0112766373 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

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

Código
573/176159189

Vencimento
20/09/2023

Valor
540,81

CPF/CNPJ
14.512.229/0001-10

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE MINHA CLARO.COM.BR

002/004

Importante:

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

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

Minha Claro:

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

Claro⁺ clube

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

descrição

total

<input type="checkbox"/> Claro tv +	344,76
<input type="checkbox"/> Claro net virtua	152,01
<input type="checkbox"/> NET Fone	44,04

Valor total
540,81





Claro tv +

SERVIÇO	DURAÇÃO	VALOR
Mensalidade Claro tv +		
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO		27,36
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO		27,36
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO		27,36
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO		27,36
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID		142,67
Sub-Total Mensalidade Claro tv +		252,11
A La Carte		
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS		36,01
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD		41,27
Sub-Total A La Carte		77,28
Pacotes de Filmes/Conteudo		
MENSALIDADE PACOTE NOW		15,37
Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo		15,37
Total Claro tv +		344,76
<input type="checkbox"/> Claro net virtua		
Mensalidade Claro net virtua		
01/08/23 A 31/08/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS		152,01
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua		152,01
Total Claro net virtua		152,01
<input type="checkbox"/> NET Fone		
ASSINATURA		44,04
Total NET Fone		44,04

BAIXE O APP MINHA CLARO E TENHA AS FACILIDADES DO AUTOATENDIMENTO!

Realize o atendimento digital com toda segurança e praticidade com o app Minha Claro. Faça o autosserviço que você precisa de onde estiver.

Conheça ainda outras vantagens:

-  Atualize seu cadastro.
-  Consulte seu pacote de dados.
-  Obtenha informações do seu plano.
-  Resgate pontos no Claro clube.

Baixe o app



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

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 10621 para informações, atendimento técnico, financeiro, compra de serviços, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita).
Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
573234199069156, 573234199069156, 573234196855391, 573234195333739, 573234195333713

Autenticação Mecânica

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

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

Cliente INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Identificação para Débito NET SERVICOS 5731761591891	Mês Referência Agosto/2023	Vencimento 20/09/2023	Valor 540,81
--	--	--------------------------------------	---------------------------------	------------------------

84640000005-1 40810162202-0 30920573000-0 00276855698-3



Pague com
Pix
Clique





Cliente:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:
2309903307060

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE MINHA CLARO.COM.BR

003/004

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

01/01

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (RS)
Telefone: 1333290447--FRANQUIA 001					
FONE EMPR ILIMITADO BRASIL 1L					
22/07/2023	A	21/08/2023			36,54
				SubTotal	36,54
SERVICOS DIGITAIS FONE					
22/07/2023	A	21/08/2023			7,50
				SubTotal	7,50
				SubTotal	44,04
				Total Serviço	44,04

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1302

COMPETÊNCIA
08/2023

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

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

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

Código: 573/176159189 Mês: Agosto/2023
Número: 0112766373 Emissão: 05/09/2023
I.E.: ISENTO Vencimento: 20/09/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE MINHA CLARO.COM.BR

004/004

Discriminação do Serviço

Descrição	ICMS	Valor
TV POR ASSINATURA		
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	17,12	142,67
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELEFONE HD	4,95	41,27
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	4,32	36,01
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
MENSALIDADE PACOTE NOW	1,84	15,37
SUB TOTAL TV POR ASSINATURA		344,76
BANDA LARGA		
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
SUB TOTAL BANDA LARGA		120,01
VALOR DA NOTA FISCAL:		464,77

ICMS Base de Cálculo: 349,86 Alíquota: 18,00% Valor: 62,95

Reservado ao Fisco
2924.197A.8816.4644.4A72.9C13.87AE.D620

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o FUST 1% e FUNTEL 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente / IV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto 45.490/06 - SP - Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003/Central de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095/66/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 62,95 - FUST TOTAL 3,87 - FUNTEL TOTAL 1,94

A oferta conjunta NET Virtua+ e composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais
SUA-ANILMBUS PROT ENG 1 DEVI CB-EMP-RS 77-SNEELO EMPRESA-RS 25

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

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

Código Cliente: 00155682626-0000 UF: SP VIA ÚNICA
Data Emissão: 01/09/2023 NE: 011581948
Nº Fatura: 2309903307060 Série: B1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

DOC. FISCAL MEIO ELETRONICO RE 036820/2019

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

Reservado ao Fisco:
5a9d.35b6.597b.be85.6f74.6899.a70b.73c2

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

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

MAIS SEGURANÇA NO SEU DIA A DIA COM O VALIDADOR DE BOLETOS DA CLARO.

Verifique a autenticidade da sua fatura Claro de forma simples e rápida:

PARA CONFERIR, É SIMPLES:



Acesse
claro.com.br/seguranca



Selecione a opção
Validador de Boleto



Insira o código da
fatura que deseja
verificar e pronto!



Você merece o novo.



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco
900003391

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
18/09/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa: CLARO SA
Codigo de Barras: 84680000006-5 53370162202-9 30920573000-0 00276855723-9
Valor: R\$ 653,37
Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025
Hora da Transacao: 10:22:22
Autenticacao: 3F10E3750117930B39336E3
Data de Pagamento: 18/09/2023

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

Data da Transacao: 18/09/2023

Canal: PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

NF 0112766375 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)

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

002/004

Importante:

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

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

Para valores promocionais de telefonia fixa, o valor do seu plano foi alterado, conforme previsto no seu contrato.

Minha Claro:

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

descrição	total
<input type="checkbox"/> Claro tv +	340,01
<input checked="" type="checkbox"/> Claro net virtua	272,72
<input type="checkbox"/> NET Fone	40,64

Valor total
653,37

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

Claro tv +	
Mensalidade Claro tv +	
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	193,89
ESPECIAL TOP HD AQS 24 MESES - VALIDO ATÉ 08/2025	
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	298,74
A La Carte	
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	41,27
Total Claro tv +	340,01
Claro net virtua	
Mensalidade Claro net virtua	
01/08/23 A 31/08/23 OFERTA CONJUNTA BL NET EMP 140 MEGA FID + APLICATIVOS	149,73
01/08/23 A 31/08/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	122,99
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	272,72
Total Claro net virtua	272,72
NET Fone	
SERVIÇO	DURAÇÃO
ASSINATURA	40,64
Total NET Fone	40,64

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1302
 COMPETÊNCIA
 08/2023

BAIXE O APP MINHA CLARO E TENHA AS FACILIDADES DO AUTOATENDIMENTO!

Realize o atendimento digital com toda segurança e praticidade com o app Minha Claro. Faça o autosserviço que você precisa de onde estiver.

Conheça ainda outras vantagens:

Atualize seu cadastro.

Consulte seu pacote de dados.

Obtenha informações do seu plano.

Resgate pontos no Claro clube.

Baixe o app

! Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja

- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.

- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

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

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

Ligue 10621 para informações, atendimento técnico, financeiro, compra de serviços, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita). Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
 573234207534266, 573234207533524, 573234206796221, 573234206796049, 573234206677785

Autenticação Mecânica

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

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

Cliente INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Identificação para Débito NET SERVICOS 5731761596265	Mês Referência Agosto/2023	Vencimento 20/09/2023	Valor 653,37
--	--	--------------------------------------	---------------------------------	------------------------

84680000006-5 53370162202-9 30920573000-0 00276855723-9



Pague com **Pix** Clique Aqui



Cliente:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:
2309903307075

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

003/004

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

01/01

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R\$)
Telefone: 1333719178--FRANQUIA 001					
FONE EMP ILIM BRASIL TOTAL 1L					
22/07/2023	A	21/08/2023			33,14
				SubTotal	33,14
SERVICOS DIGITAIS FONE					
22/07/2023	A	21/08/2023			7,50
				SubTotal	7,50
				SubTotal	40,64
				Total Serviço	40,64



Claro NXT Telecomunicações S.A
Rua Henri Dunant, 780
Santo Amaro
04709-110 São Paulo - SP
CNPJ: 66.970.229/0001-67
IE: 11416610115

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

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

Código: 573/176159626 Mês: Agosto/2023
Número: 0112766375 Emissão: 05/09/2023
I.E.: ISENT0 Vencimento: 20/09/2023
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

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

004/004

Discriminação do Serviço

Descrição	ICMS	Valor
TV POR ASSINATURA	23,27	193,89
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	4,95	41,27
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,19	34,95
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/08/23 A 31/08/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
SUB TOTAL TV POR ASSINATURA		340,01
BANDA LARGA	21,19	117,73
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE VIRTUA BL NET EMP 140 MEGA FID	16,38	90,99
01/08/23 A 31/08/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE		208,72
SUB TOTAL BANDA LARGA		208,72
VALOR DA NOTA FISCAL:		548,73

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

Reservado ao Fisco

992A.EB7B.DA58.BA60.4EA5.DAE6.EF9B.674B

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o FUST 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente / TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 15, IV do Anexo II do Decreto 45.490/00 - SP / Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003 / Central de Atendimento ANATEL 1331 / Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095166/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 78,36 - FUST TOTAL 4,54 - FUNTTEL TOTAL 2,27

Novos Produtos contratados em 20/07/2023: Dados (R. PME 300 MEGA FIDELIDADE)

A oferta conjunta NET Virtua+ e composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais

SVA-ANTI VIRUS PROF DIG 1 DEVI CB- EMP:R\$ 7 / -SKEELO EMPRESAS:R\$ 25 / -ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVI CB- EMP:R\$ 7 / -SKEELO EMPRESAS:R\$ 25

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

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
AV MARTINS FONTES 00132 HOSPITAL SALA 1
CENTRO
CUBATAO - SP
CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENT0

Código Cliente: 00155682626-0008 UF: SP VIA ÚNICA
Data Emissão: 01/09/2023 NF: 011581949
Nº Fatura: 2309903307075 Série: B1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

DOC. FISCAL MEIO ELETRONICO RE 036820/2019

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS/ORIGEM	ALÍQ. ICMS	ICMS	VALOR (R\$)
NET FONE VIA EMBRATEL / NET FONE VIA EMBRATE	18,00	5,96	33,14

Reservado ao Fisco:

f7af.1324.1e3f.ecf5.fd76.905e.1a82.79d7

VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENT0	VALOR OUTROS
33,14	33,14	18,00	5,97	0,00	0,00
TOTAL:	33,14	33,14	5,97	0,00	0,00

MENSAGEM:

1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS, A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 5,97
Contribuição FUST NET FONE = R\$ 0,26 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R\$ 0,13

MAIS SEGURANÇA NO SEU DIA A DIA COM O VALIDADOR DE BOLETOS DA CLARO.

Verifique a autenticidade da sua fatura Claro de forma simples e rápida.

PARA CONFERIR, É SIMPLES:



Acesse
claro.com.br/seguranca



Selecione a opção
Validador de Boleto.



Insira o código da
fatura que deseja
verificar e pronto!



Você merece o novo.



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003395

No. compromisso cliente

Data do Crédito
18/09/2023Valor
706,00Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
18/09/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDECPF/CNPJ do Pagador
Original
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original
EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARESCPF/CNPJ do Beneficiário
Original
48.713.861/0001-43Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S ACódigo de Barras
23792.06606.90000.001942.09000.118001.9.94780000070600Valor Nominal
706,00Desc. / Abat.
0,00Juros
0,00Valor a Pagar
706,00Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 30832 REF 08 2023Autenticação Bancária
3F10E3720D8AC41D7E041A7**Central de Atendimento Santander Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

Recibo do pagador

237-2 23792.06606 90000.001942 09000.118001 9 94780000070600

Beneficiário EMBARÉ COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: .		Agencia / Código Beneficiário 2066-4/0001180-0	Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)		
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Nosso Número 09/00000019409-6	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº indicado
Vencimento 19/09/2023		Número do Documento 30832-1	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não procurado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
Para uso do banco	Espécie DM	Valor do Documento 706,00	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Recebemos o Título / Ausente com as características acima	Data	Assinatura			

<

237-2 23792.06606 90000.001942 09000.118001 9 94780000070600

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco ou correspondente não bancário.						Vencimento 19/09/2023
Beneficiário EMBARÉ COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: 48.713.861/C R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES 213 VILA BELMIRO SANTOS SP 11075350						Agência / Código Beneficiário 2066-4/0001180-0
Data do Documento 22/08/2023	Número do Documento 30832-1	Espécie Doc. DM	Acerto S	Data do Processamento 22/08/2023	Nosso Número 09/00000019409-6	(=) Valor do Documento 706,00
Uso do Banco	CIP	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.) Este documento não pode ser substituído por depósito/ordem de pago. REF.: PEDIDO: 301285						(+) Juros / Multa
Cobrar juros de R\$ 1,34 por dia de atraso para pagamento após o vencimento. Cobrar multa de R\$14,12 para pagamento a partir de 20/09/2023.						(=) Valor Cobrado
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE Rua Amador Bueno 333 - CJ.1816 Centro 11013153 SANTOS SP						CPF / CNPJ 14.512.229/0001-10 Código de Baixa
Beneficiário Final:						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



<

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP

R. MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES, 213 - VILA BELMIRO - CEP: 11075-350 - SANTOS - SP
TEL: (13)3222-8564

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000030832 fl. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3523 0848 7138 6100 0143 5500 1000 0308 3213 7688 4877

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
135231382625363 22/08/2023 16:42:55

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633183730111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB

CNPJ / CPF

48.713.861/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ / CPF

14.512.229/0001-10

DATA DA EMISSÃO

22/08/2023

ENDEREÇO

Rua Amador Bueno, 333 CJ.1816

BAIRRO / DISTRITO

Centro

CEP

11013-153

DATA SAÍDA / ENTRADA

22/08/2023

MUNICÍPIO

SANTOS

FONE / FAX

(13)99705-5502

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:42:53

DUPPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	19/09/2023	706,00									

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	706,00
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
				706,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
1064	KIT AP. DE PRESSAO NYLON C/ESTETO AD.VELCRO PREMIUM	90189069	0102	5102	cj	3,0000	123,0000	369,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1974	KIT AP. DE PRESSAO NYLON C/ESTETO OBESO PREMIUM	90189069	3102	5102	cj	1,0000	135,0000	135,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2445	APARELHO DE PRESSAO NYLON ADULTO VELCRO PREMIUM (T	90189069	0102	5102	un	1,0000	102,0000	102,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2485	TERMOMETRO DIGITAL G-TECH TH150 (BRANCO)	90251990	0102	5102	un	5,0000	20,0000	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 22/08/23
ASS. *[Signature]*

Alessandra M. Moraes
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

BOLETO EM ANEXO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido(s): 301285 Vendedor(es): 1062

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAI

1201

COMPETÊNCIA

08/2023

Visual Data Ltda



Cubatão, 22 agosto de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 124.4.2023 – 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 do item abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

03 und Aparelho de pressão nylon velcro c/ esteto adulto;

01 und Aparelho de pressão nylon c/ esteto obeso;

01 und Aparelho de pressão nylon velcro adulto;

05 und Termometro digital G-Tech branco.


Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003400	No. compromisso cliente	Data do Crédito 18/09/2023	Valor 1.195,98
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 18/09/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR			CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
Nome/Razão Social do Beneficiário Original AUTO POSTO VILA NOVA LTDA			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 47.497.565/0001-90
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10
Instituição Financeira Favorecida 033 - BCO SANTANDER BRASIL S A			

Código de Barras

03399.02538.63100.000965.85962.801016.1.94790000119598

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.195,98	0,00	0,00	1.195,98

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

NF 683 REF 09 2023

Autenticação Bancária

3F10E374760C79F86D454B6

Central de Atendimento Santander Empresarial

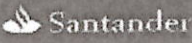
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

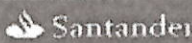
SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

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

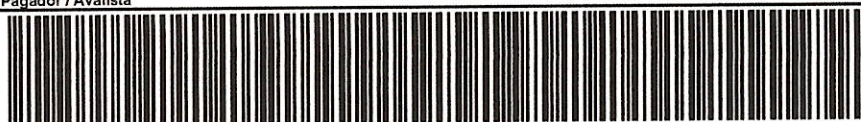
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

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

 033-7					Recibo do Pagador	
Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Banco Santander					Vencimento 20/09/2023	
Beneficiário AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565/0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP					Agência/Código Beneficiário 0981-0/0253631	
Data do Documento 06/09/2023	Nº do Documento 000000683	Espécie Documento DM	Acelte N	Data do Processamento 06/09/2023	Nosso Número 9685962-8	
Carteira COBRANCA SIMPLES RCR		Espécie REAL	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.195,98	
Instruções JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO					9685962-8	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110 Autenticação Mecânica	

 033-7					Ficha de Caixa	
Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Banco Santander					Vencimento 20/09/2023	
Beneficiário AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565/0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP					Agência/Código Beneficiário 0981-0/0253631	
Data do Documento 06/09/2023	Nº do Documento 000000683	Espécie Documento DM	Acelte N	Data do Processamento 06/09/2023	Nosso Número 9685962-8	
Carteira COBRANCA SIMPLES RCR		Espécie REAL	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.195,98	
Instruções JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO					9685962-8	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110 Autenticação Mecânica	

 033-7 03399.02538 63100.000965 85962.801016 1 94790000119598						
Local de Pagamento Pagar preferencialmente no B Santander					Vencimento 20/09/2023	
Beneficiário AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565/0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP					Agência/Código Beneficiário 0981-0/0253631	
Data do Documento 06/09/2023	Num do Documento 000000683	Espécie Documento DM	Acelte N	Data do Processamento 06/09/2023	Nosso Número 9685962-8	
Carteira COBRANCA SIMPLES RCR		Espécie REAL	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.195,98	
Instruções: JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimentos	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO					9685962-8	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110 Autenticação Mecânica	



RECEBEMOS DE AUTO POSTO VILA NOVA LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N.º: 00000683 SÉRIE: 002
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 <p>AUTO POSTO VILA NOVA LTDA AV 9 DE ABRIL, 2916 VILA NOVA CUBATAO SP CEP: 11520000 Telefone/Fax:</p>	<p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>SAÍDA N.º: 00000683 SÉRIE: 002 Page 1 of 1</p>	 <p>CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 3523 0947 4975 6500 0190 5500 2000 0006 8319 4308 8523</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>
	NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 283004394110	INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 47.497.565/0001-90

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 1451229000110	DATA DA EMISSÃO 06/09/2023
NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013153
ENDEREÇO R AMADOR BUENO,333		MUNICÍPIO SANTOS	UF SP
FONE/FAX 1397405642		INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DE SAÍDA 06/09/2023

FATURA/DUPLICATA		
001	20/09/2023	1.195,98

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	1.195,98
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	1.195,98

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CODIGO ANTI 9	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO		NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LT	213,954	5,590	1195,98	0,00	0,00	0,00	0	0
CENTRO DE CUSTO <u>100</u> CÓDIGO GERENCIAL <u>1314</u> COMPETÊNCIA <u>08/2023</u>													

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT Val. Aprox. Tributos Estadual: 275,07 (23,00%), Federal: 154,28 (12,90%), Municipal: 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT ***** - REFERENTE CF-e SAT: 77230, 77628, 77894, 79620, 80732, 80946, 82123, 83588, 85109	

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA 47.497.565.0001-90 Sequência da Fatura: 69685962				Page 1 of 1 06/09/2023 16:21					
FATURA DE CLIENTE									
Cliente: 13112 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE Logradouro: R AMADOR BUENO,333 Cidade: SANTOS			Telefone: 13974056429 Bairro: CENTRO Estado: SP CNPJ: 14.512.229/0001-10 IE: ISENTO						
NÚMERO	EMIÇÃO	VENCIMENTO	VALOR R\$	UM MIL, CENTO E NOVENTA E CINCO REAIS E NOVENTA E OITO CENTAVOS					
000000683	06/09/2023	20/09/2023	1.195,98						
Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendimento
CF	77230/1	16/08/2023	SDU-3F64	21,430	GASOLINA C COMUM	119,79	0	0	0,00
CF	77628/1	17/08/2023	SDU-3F64	15,210	GASOLINA C COMUM	85,02	0	0	0,00
CF	77894/1	18/08/2023	SDU-3F65	34,560	GASOLINA C COMUM	193,19	0	0	0,00
CF	79620/1	21/08/2023	SDU-3F64	21,271	GASOLINA C COMUM	118,90	0	0	0,00
CF	80732/1	23/08/2023	SDU-3F64	22,811	GASOLINA C COMUM	127,51	0	0	0,00
CF	80946/1	23/08/2023		42,081	GASOLINA C COMUM	235,23	0	0	0,00
CF	82123/1	25/08/2023	SDU-3F64	25,181	GASOLINA C COMUM	140,76	0	0	0,00
CF	83588/1	28/08/2023	STU-3F64	11,950	GASOLINA C COMUM	66,80	0	0	0,00
CF	85109/1	30/08/2023	SDU-3F64	19,460	GASOLINA C COMUM	108,78	0	0	0,00
Total Item:						1.195,98			
Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):						0,00			
Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):						0,00			
Total Fatura:						1.195,98			
RESUMO									
Item		Quantidade		R\$ Unitário		R\$ Total			
1 GASOLINA C COMUM		213,954		5,590		1.195,98			
Total		213,954				1.195,98			



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003388

No. compromisso cliente

Data do Crédito
18/09/2023Valor
1.234,32Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
18/09/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDECPF/CNPJ do Pagador
Original
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original
MONGERAL S ACPF/CNPJ do Beneficiário
Original
33.608.308/0001-73Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida
237 - BCO BRADESCO S ACódigo de Barras
23793.36908.52018.373028.69000.821004.5.94780000123432Valor Nominal
1.234,32Desc. / Abat.
0,00Juros
0,00Valor a Pagar
1.234,32Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
FATURA 22 REF 09 2023Autenticação Bancária
3F10E3768240DD620BB5397**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)

Estipulante: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Contrato: 53604

Apólice: 93.202.431

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

Relação de Sub-Estipulantes Incluídos neste Grupo de Cobrança




Nº Sub	Sub-Estipulante	Forma Pagamento	CNPJ / CPF	Fatura	Prêmio
3	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Ficha Compensação	14.512.229/0001-10	22	1.234,32
					1.234,32

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1036
 COMPETÊNCIA
 09/2023

NOVO NÚMERO PARA ASSISTÊNCIA DO SEU SEGURO

Ligue para 0800 770 4369

MAG
 SEGUROS

		
Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Data Emissão
MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73	3369-3 / 0008210-4	06/09/2023
Pagador	Nosso Número	Número do Documento
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	005/20183730269-6	73653464
		Vencimento
		19/09/2023
		Valor Documento
		1.234,32



Resumo da Fatura

Contrato: 53604-3

Nº Fatura: 22

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	111	1.234,32	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	111	1.234,32		
(=) 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:	111	1.234,32		

Data Vencimento: 19/09/2023

Data Emissão: 06/09/2023

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

Prêmio Líquido: 1.229,65
 IOF: 4,67 (+)
 Comissão Dedutível: 0,00 (-)
 Comissão Adm. Dedutível: 0,00 (-)
 Ajuste Financeiro: 0,00 (+)
 Devolução: 0,00 (-)
 Prêmio a Pagar: 1.234,32 (=)

Unidade de Emissão da Fatura: F02 - SÃO PAULO

Competência: 01/09/2023 a 30/09/2023



Guia de Remessa de Faturas

Emitida em: 06/09/2023

Corretor: DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

Código: 7266511

Órgão Produtor: F02

Endereço: AVENIDA PRESIDENTE WILSON , 40 , APTO 205 B

Bairro: GONZAGA

Cidade: SANTOS

CEP: 0

UF: SP

Contrato	Estipulante	Sub-Estipulante Pagador	Valor Prêmio	Tipo de Cobrança
53604.3	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / FUNCIONÁRIOS/CUB	1.234,32	BOLETO REGISTRADO
			<u>1.234,32</u>	

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