



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **JAMES DE FREITAS SOUZA** CPF do Funcionário: **284.913.678-61**  
 Número do Cliente: **612**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003228**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 1.359,07**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-0123-000010778038**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-0123-000710442897**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-0123-000010778038**

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

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

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003229    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.979,94 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010507236 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710456821 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010507236 |                                 |              |

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

**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.  
0800 762 7777  
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.  
0800 726 0322  
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                 |                     |                       |
|----------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>JHULLY ANNE SOUZA SANTOS</b> | CPF do Funcionário: | <b>431.447.468-86</b> |
| Número do Cliente:   | <b>365</b>                      |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003230</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.209,41</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010862824</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713168045</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010862824</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                  |                     |                       |
|----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>JOSIELLE DOS SANTOS SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>363.467.838-07</b> |
| Número do Cliente:   | <b>331</b>                       |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003231</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.965,71</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010779895</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710444435</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010779895</b> |                                 |                     |

**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)



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                              |                     |                       |
|----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>KARINA FIORI DA SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>278.212.498-66</b> |
| Número do Cliente:   | <b>270</b>                   |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003232</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 4.337,06</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010608722</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710456838</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010608722</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |  |                     |                       |
|----------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>KATIA APARECIDA DE JESUS SANTOS</b> | CPF do Funcionário: | <b>070.181.338-58</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1286</b>                            |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003233</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.978,41</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0135-000020135451</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0135-000710750742</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0135-000020135451</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                             |                     |                       |
|----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>KAUE SANTOS DA SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>443.576.678-79</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1264</b>                 |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003234</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.965,71</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-2986-000020465057</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-2986-000710094956</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-2986-000020465057</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **KEZIA MAYNARA SOUZA SILVA** CPF do Funcionário: **417.973.248-37**  
Número do Cliente: **993**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003235**  
Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
Motivo: Valor: **R\$ 3.531,67**  
Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
Banco, Agência, Conta Informada: **0033-2989-000010330162**  
Banco, Agência, Conta Salário: **0033-2989-000710017105**  
Banco, Agência, Conta Final: **0033-2989-000010330162**

**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)



PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TEC

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
90003334

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
05/09/2023Valor  
2.086,11

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
05/09/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
KLEICY KAROLIM TOME RAMOSCNPJ/CPF  
233.694.468-55Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
00097Conta Corrente  
0000000000000450340Valor  
2.086,11Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO SALARIO 08 2023Autenticação Bancária  
3F10E3766B7C8EEB1FA06F7**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                        |                     |                |
|----------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | LEIA SANTIAGO DA SILVA | CPF do Funcionário: | 274.339.208-89 |
| Número do Cliente:   | 1303                   |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003237    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.359,07 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010734492 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710520447 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010734492 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                         |                     |                |
|----------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | LEIA VICENTE DOS SANTOS | CPF do Funcionário: | 428.123.508-65 |
| Número do Cliente:   | 974                     |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003238    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 3.896,52 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-2983-000010031065 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-2983-000710009197 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-2983-000010031065 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                                |                     |                |
|----------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVA | CPF do Funcionário: | 307.965.738-16 |
| Número do Cliente:   | 964                            |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003239    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 3.178,93 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0551-000010751973 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0551-000710449844 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0551-000010751973 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                      |                     |                       |
|----------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>LUCIANA TATIANE GIMENES ROSSI</b> | CPF do Funcionário: | <b>322.526.648-51</b> |
| Número do Cliente:   | <b>130</b>                           |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003240</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 3.162,16</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010663848</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710456852</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010663848</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |  |                     |                       |
|----------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>LUIZ AUGUSTO GALVAO DE SA FILHO</b> | CPF do Funcionário: | <b>447.601.968-46</b> |
| Número do Cliente:   | <b>315</b>                             |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003241</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.583,01</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010894012</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713160731</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010894012</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                             |                     |                |
|----------------------|-----------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | MANOEL TEOFILO DA A PEREIRA | CPF do Funcionário: | 252.882.958-24 |
| Número do Cliente:   | 1243                        |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003242    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.515,58 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-2007-000010026978 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-2007-000710086577 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-2007-000010026978 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |   |                     |                       |
|----------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MARCELA APARECIDA DOS SANTOS SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>385.963.798-35</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1270</b>                               |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003243</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.734,67</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0551-000010823614</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0551-000710480542</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0551-000010823614</b> |                                 |                     |

**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)





INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

Convênio: **0033-0123-008303883109**  
 Conta de Débito: **0123-130041276**

Empresa:

**INSTITUTO ALPHA DE  
 MEDICINA PA**

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **MARCELINO GUILHERME  
 RIBERO**  
 Número do Cliente: **119**

CPF do Funcionário:

**091.075.128-56**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos**  
 Motivo:  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários**  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-3512-000010023124**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-3512-000713162247**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0341-0097-000000444251**

Número do Pagamento: **900003244**  
 Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Débito: **05/09/2023**  
 Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Valor: **R\$ 1.507,23**  
 Último Usuário Autorizador: **0008062315**

Complemento do Tipo de Serviço:

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

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

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003245**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 2.411,17**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-0123-000010779950**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-0123-000710444521**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-0123-000010779950**

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

**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.  
 0800 762 7777  
 0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.  
 0800 726 0322  
 0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                  |                     |                       |
|----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MARCIO DE CARVALHO BOSSAN</b> | CPF do Funcionário: | <b>005.753.067-00</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1061</b>                      |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003246</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.894,48</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-4355-000010995995</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-4355-000713154271</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0237-0149-000000626732</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |   |                     |                       |
|----------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MARIA APARECIDA DA MATTA HERNANDES</b> | CPF do Funcionário: | <b>097.958.358-66</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1220</b>                               |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003247</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.781,65</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0549-000010203949</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0549-000710169509</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0549-000010203949</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |  |                     |                       |
|----------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MARIA APARECIDA MARTINS FARIAS GALVAO</b> | CPF do Funcionário: | <b>249.188.028-85</b> |
| Número do Cliente:   | <b>161</b>                                   |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003248</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.698,18</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010779974</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710444545</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0237-0518-000002612712</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                              |                     |                       |
|----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MARISA MARIA DA SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>277.498.348-77</b> |
| Número do Cliente:   | <b>346</b>                   |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003249</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.086,11</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010894184</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713160896</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010894184</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                              |                     |                       |
|----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MAYARA MARTINS ARAUJO</b> | CPF do Funcionário: | <b>389.867.328-66</b> |
| Número do Cliente:   | <b>113</b>                   |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003250</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.086,11</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010604058</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710456869</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010604058</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                       |                     |                       |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MIRACI DE SOUZA SILVA FERREIRA</b> | CPF do Funcionário: | <b>276.390.348-76</b> |
| Número do Cliente:   | <b>324</b>                            |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003251</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 3.866,88</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010810195</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713168148</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010810195</b> |                                 |                     |

**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)





INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |  |                     |                       |
|----------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO</b> | CPF do Funcionário: | <b>314.867.738-26</b> |
| Número do Cliente:   | <b>155</b>                                     |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003252</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.962,69</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010774433</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713168052</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0001-1006-000000631140</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                        |                     |                |
|----------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | MIRIAN DE JESUS VIEIRA | CPF do Funcionário: | 290.128.738-78 |
| Número do Cliente:   | 114                    |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003253    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 2.209,41 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-3112-000010774938 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-3112-000713168069 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-3112-000010774938 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **NADIA MACIEL RAMOS GOMES** CPF do Funcionário: **338.469.318-37**  
Número do Cliente: **253**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003254**  
Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
Motivo: Valor: **R\$ 2.209,41**  
Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
Banco, Agência, Conta Informada: **0033-0135-000020058572**  
Banco, Agência, Conta Salário: **0033-0135-000710637861**  
Banco, Agência, Conta Final: **0033-0135-000020058572**

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                       |                     |                       |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>NADIA SOUZA DA SILVA DOS ANJOS</b> | CPF do Funcionário: | <b>413.447.218-00</b> |
| Número do Cliente:   | <b>979</b>                            |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003255</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.086,11</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010835005</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710498331</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010835005</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                             |                     |                       |
|----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>NATALI BRAGA PEREIRA</b> | CPF do Funcionário: | <b>365.587.438-33</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1252</b>                 |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003256</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.507,23</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-1546-000710161787</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-1546-000710161787</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-1546-000010509366</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                         |                     |                |
|----------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | NATALINE DA SILVA JESUS | CPF do Funcionário: | 428.916.938-41 |
| Número do Cliente:   | 7                       |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003257    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Líquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 2.577,96 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010779905 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710444459 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010779905 |                                 |              |

**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)

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TED

## Emissão 2ª Via

|                                    |                         |                               |                   |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|
| No. compromisso banco<br>900003335 | No. compromisso cliente | Data do Crédito<br>05/09/2023 | Valor<br>2.930,90 |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
05/09/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
ODETE DO CARMO SILVACNPJ/CPF  
130.507.678-80Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0260/18236120Agência  
00001Conta Corrente  
00000000000231459152Valor  
2.930,90Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO SALARIO 08 2023Autenticação Bancária  
3F10E378C1AEBASEC1FACCB**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)

06/09/2023, 10:57

Internet Banking



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                              |                     |                |
|----------------------|------------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | PAMELA DE OLIVEIRA FIGUEREDO | CPF do Funcionário: | 400.310.018-23 |
| Número do Cliente:   | 634                          |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003258    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.359,07 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-3112-000713111160 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-3112-000713168083 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-3112-000713168083 |                                 |              |

**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)





Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **PETALA PEREIRA MARCONDES** CPF do Funcionário: **446.663.458-09**  
 Número do Cliente: **600**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003259**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 1.487,01**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-3112-000010893190**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-3112-000713159298**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0336-0000-00000000000023080051**

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                          |                     |                |
|----------------------|--------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | PRISCILA REGINA FERREIRA | CPF do Funcionário: | 345.089.258-47 |
| Número do Cliente:   | 308                      |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003260    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.425,00 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010780046 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710444590 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010780046 |                                 |              |

**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)



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                  |                     |                       |
|----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>QUEITE ROSA CAFE FERREIRA</b> | CPF do Funcionário: | <b>275.716.008-71</b> |
| Número do Cliente:   | <b>152</b>                       |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003261</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 3.040,91</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010735455</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710352370</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010735455</b> |                                 |                     |

**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)

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TED

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003336

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
05/09/2023Valor  
239,71

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
05/09/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
RENATA FRANCISCA DE BARROSCNPJ/CPF  
159.196.898-46Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
00097Conta Corrente  
0000000000000502512Valor  
239,71Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO SALARIO 08 2023Autenticação Bancária  
3F10E3763C1B0759C9075A3**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                               |                     |                       |
|----------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>ROBERTO GREGORIO CLARO</b> | CPF do Funcionário: | <b>329.387.208-58</b> |
| Número do Cliente:   | <b>615</b>                    |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003263</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.808,11</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0573-000010287643</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0573-000710312443</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0104-1613-000000269780</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                            |                     |                       |
|----------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>ROCHELE ALVES MARIN</b> | CPF do Funcionário: | <b>078.843.315-60</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1234</b>                |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003264</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 3.240,54</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-2988-000010214351</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-2988-000710085949</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-2988-000010214351</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                      |                     |                |
|----------------------|----------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | ROSANGELA ZALOBNICKI | CPF do Funcionário: | 027.784.439-83 |
| Número do Cliente:   | 129                  |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003265    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.844,14 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010780084 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710350172 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010780084 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                            |                     |                |
|----------------------|----------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | ROSEMEIRE SILVA DOS SANTOS | CPF do Funcionário: | 283.653.128-24 |
| Número do Cliente:   | 668                        |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003266    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 2.086,11 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-3112-000010775788 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-3112-000713168155 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-3112-000010775788 |                                 |              |

**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)





INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                           |                     |                |
|----------------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA | CPF do Funcionário: | 080.478.828-64 |
| Número do Cliente:   | 242                       |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003267    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 1.739,97 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010780101 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710444631 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010780101 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **SAIONARA SANTOS DE SOUZA** CPF do Funcionário: **308.361.998-71**  
 Número do Cliente: **149**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003268**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 2.003,63**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-3553-000010870105**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-3553-000713246144**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-3553-000010870105**

**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)



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                   |                     |                       |
|----------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>SANDRA CRISTINA COSTA MOTA</b> | CPF do Funcionário: | <b>169.581.668-41</b> |
| Número do Cliente:   | <b>956</b>                        |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003269</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.425,00</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010948173</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713192118</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010948173</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

### Detalhe do Crédito

#### Dados do convênio

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

#### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA** CPF do Funcionário: **121.342.088-13**  
 Número do Cliente: **212**

#### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003270**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 2.292,25**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-3112-000010797300**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-3112-000713168090**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-3112-000010797300**

\*

**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)

06/09/2023, 10:48

Internet Banking



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |   |                     |                       |
|----------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>SCARLET ANDRESSA DE CASTRO ESCANHOELA DO</b> | CPF do Funcionário: | <b>456.146.188-48</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1229</b>                                     |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003272</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 3.178,93</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010814738</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710515986</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010814738</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                |                     |                       |
|----------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>SHIRLEY SANTOS DA SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>452.499.298-77</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1013</b>                    |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003274</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.141,39</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010775097</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710499992</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010775097</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                 |                     |                       |
|----------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>SIDNEIA DOS SANTOS PIRES</b> | CPF do Funcionário: | <b>320.701.178-04</b> |
| Número do Cliente:   | <b>1310</b>                     |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003275</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.359,07</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010851982</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710526003</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010851982</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                        |                     |                       |
|----------------------|------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>SIDNEY SPINASSI</b> | CPF do Funcionário: | <b>003.364.638-47</b> |
| Número do Cliente:   | <b>236</b>             |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003276</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.799,70</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010895185</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713162180</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010895185</b> |                                 |                     |

**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)





INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                                    |                     |                |
|----------------------|------------------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | STEFANI APARECIDA DE SOUSA RIBEIRO | CPF do Funcionário: | 118.397.816-29 |
| Número do Cliente:   | 281                                |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003278    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 2.086,11 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000010621431 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710456890 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0123-000010621431 |                                 |              |

**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)



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                              |                     |                       |
|----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>THAIS SOARES DA SILVA</b> | CPF do Funcionário: | <b>461.621.978-83</b> |
| Número do Cliente:   | <b>960</b>                   |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003279</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Líquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 3.866,88</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0171-000010413152</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0171-000710196438</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0171-000010413152</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                     |                     |                       |
|----------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>THIAGO PONCIANO DA CONCEICAO</b> | CPF do Funcionário: | <b>231.135.608-96</b> |
| Número do Cliente:   | <b>537</b>                          |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003280</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 1.994,69</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-3112-000010894218</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-3112-000713160944</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-3112-000010894218</b> |                                 |                     |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **THIFANI PAIXAO DE CARVALHO** CPF do Funcionário: **489.644.978-99**  
 Número do Cliente: **1033**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003281**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 2.086,11**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-3112-000010894225**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-3112-000713160951**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-3112-000010894225**

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                |                     |                |
|----------------------|----------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | VALMIR MAZIERO | CPF do Funcionário: | 008.889.368-50 |
| Número do Cliente:   | 96             |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003282    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 5.003,85 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-3553-000010042331 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-3553-000713244087 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-3553-000010042331 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                              |                     |                |
|----------------------|------------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | VALQUIRIA OLIVEIRA RODRIGUES | CPF do Funcionário: | 229.160.528-36 |
| Número do Cliente:   | 1271                         |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003283    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 3.162,16 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-3650-000020042244 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-3650-000713237812 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-3650-000020042244 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                            |                     |                |
|----------------------|----------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | VANESSA DE CARVALHO THOMAZ | CPF do Funcionário: | 501.937.198-00 |
| Número do Cliente:   | 958                        |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                        |                                 |              |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                     | Número do Pagamento:            | 900003284    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666   | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023             | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                        | Valor:                          | R\$ 2.086,11 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25    | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários     | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0156-000010645149 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0156-000710365686 |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0033-0156-000010645149 |                                 |              |

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **VANESSA SILVA DOS SANTOS** CPF do Funcionário: **334.034.188-55**  
 Número do Cliente: **1017**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003286**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 1.478,71**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-4355-000010993340**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-4355-000713151412**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-4355-000010993340**

**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)





INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

Nome do Funcionário: **VANUSA CAMPOS SANTOS** CPF do Funcionário: **522.790.815-04**  
Número do Cliente: **1060**

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003287**  
Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
Motivo: Valor: **R\$ 3.866,88**  
Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
Banco, Agência, Conta Informada: **0033-0551-000010518509**  
Banco, Agência, Conta Salário: **0033-0551-000710463011**  
Banco, Agência, Conta Final: **0033-0551-000010518509**

**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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

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

### Dados do pagamento

Tipo de Pagamento: **CC** Número do Pagamento: **900003288**  
 Número da Remessa: **202309050433FG890666** Data de Pagamento: **05/09/2023**  
 Data do Agendamento: **05/09/2023** Data do Débito: **05/09/2023**  
 Histórico: **Liquido de Vencimentos** Situação do Pagamento: **Efetivado**  
 Motivo: Valor: **R\$ 2.196,56**  
 Data da Autorização: **05/09/2023 13:39:25** Último Usuário Autorizador: **0008062315**  
 Tipo de Serviço: **Pagamento Salários** Complemento do Tipo de Serviço:  
 Banco, Agência, Conta Informada: **0033-0123-000010780163**  
 Banco, Agência, Conta Salário: **0033-0123-000710444686**  
 Banco, Agência, Conta Final: **0033-0123-000010780163**

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

**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.  
 0800 762 7777  
 0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.  
 0800 726 0322  
 0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

|                  |                               |          |                                       |
|------------------|-------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Convênio:        | <b>0033-0123-008303883109</b> | Empresa: | <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA</b> |
| Conta de Débito: | <b>0123-130041276</b>         |          |                                       |

### Dados do funcionário

|                      |                                    |                     |                       |
|----------------------|------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Nome do Funcionário: | <b>VERONICA SANTOS DE OLIVEIRA</b> | CPF do Funcionário: | <b>169.590.428-10</b> |
| Número do Cliente:   | <b>995</b>                         |                     |                       |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tipo de Pagamento:               | <b>CC</b>                     | Número do Pagamento:            | <b>900003289</b>    |
| Número da Remessa:               | <b>202309050433FG890666</b>   | Data de Pagamento:              | <b>05/09/2023</b>   |
| Data do Agendamento:             | <b>05/09/2023</b>             | Data do Débito:                 | <b>05/09/2023</b>   |
| Histórico:                       | <b>Liquido de Vencimentos</b> | Situação do Pagamento:          | <b>Efetivado</b>    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | <b>R\$ 2.086,11</b> |
| Data da Autorização:             | <b>05/09/2023 13:39:25</b>    | Último Usuário Autorizador:     | <b>0008062315</b>   |
| Tipo de Serviço:                 | <b>Pagamento Salários</b>     | Complemento do Tipo de Serviço: |                     |
| Banco, Agência, Conta Informada: | <b>0033-0123-000010556924</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | <b>0033-0123-000710465609</b> |                                 |                     |
| Banco, Agência, Conta Final:     | <b>0033-0123-000010556924</b> |                                 |                     |

**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)



Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123

Conta Corrente: 13-004127-6

## Detalhe do Crédito

### Dados do convênio

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

### Dados do funcionário

|                      |                                |                     |                |
|----------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|
| Nome do Funcionário: | VERUSKA RAQUELA FRANCO PROVAZI | CPF do Funcionário: | 309.776.238-82 |
| Número do Cliente:   | 263                            |                     |                |

### Dados do pagamento

|                                  |                               |                                 |              |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Tipo de Pagamento:               | CC                            | Número do Pagamento:            | 900003290    |
| Número da Remessa:               | 202309050433FG890666          | Data de Pagamento:              | 05/09/2023   |
| Data do Agendamento:             | 05/09/2023                    | Data do Débito:                 | 05/09/2023   |
| Histórico:                       | Liquido de Vencimentos        | Situação do Pagamento:          | Efetivado    |
| Motivo:                          |                               | Valor:                          | R\$ 2.333,52 |
| Data da Autorização:             | 05/09/2023 13:39:25           | Último Usuário Autorizador:     | 0008062315   |
| Tipo de Serviço:                 | Pagamento Salários            | Complemento do Tipo de Serviço: |              |
| Banco, Agência, Conta Informada: | 0033-0123-000710445728        |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Salário:   | 0033-0123-000710445728        |                                 |              |
| Banco, Agência, Conta Final:     | 0260-0000-0000000000455023386 |                                 |              |

**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)