



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio

0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF

14.512.229/0001-10

Conta Débito

0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome

ANA CAROLINE DOS SANTOS DE SALES MARQUES

CPF

417.727.938-25

Conta Informada

0033-0123-000010779761

Conta Salário

0033-0123-000710444332

Conta Creditada

0033-0123-000010779761

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco

900003292

Nro Compromisso Cliente

3

Data do Crédito

27/09/2023

Valor R\$

3.517,65

Tipo de Pagamento

CC

Histórico

Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço

Pagamento de Salários

Autenticação Bancária

EF872E003C14E69F73F9CF3

Central de Atendimento Santander Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)

0800 726 2125 (Demais Localidades)

0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

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

0800 762 7777

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

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

0800 726 0322

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

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: ANA CAROLINE DOS SANTOS DE SALES MARQUES (000003) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00025699

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00405

21/12/2017

TECNICO DE ENFERMAGEM

Livro : 1

Folha: 30

PERÍODOS

Período aquisitivo 21/12/2021 a 20/12/2022

Período Gozo das Férias 02/10/2023 a 31/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	641,86	
151 DSR Ad. Noturno 40%	106,33	
597 1/3 Férias	1.006,29	
902 INSS Férias		389,42
913 IRRF Férias		118,08
Totais	*****4.025,15	*****507,50
	Líquido:	*****3.517,65

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$3.517,65

que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.

Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: ANA CAROLINE DOS SANTOS DE SALES MARQUES		(000003) / Depto.: 0000
CTPS 00025699 / 00405	Admissão 21/12/2017	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 21/12/2021 a 20/12/2022	Período a ser gozado 02/10/2023 a 31/10/2023
Data 02/09/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/09/2023	Assinatura da Empresa		



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**Convênio**
0033-0123-008303883109**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10**Conta Débito**
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS**CPF**
329.422.478-86**Conta Informada**
0033-3112-000010902391**Conta Salário**
0033-3112-000713167776**Conta Creditada**
0260-9999-00000090076

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003293**Nro Compromisso Cliente**
299**Data do Crédito**
27/09/2023**Valor R\$**
2.081,15**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E0E0ACB1F592E8CA6D**Central de Atendimento Santander Empresarial**
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.**
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS (000299) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00085861 Serie: 00259	Admissão: 04/03/2020	Função: Recepcionista	N.Registro: Livro : 1 Folha: 187
---	-------------------------	--------------------------	--

PERÍODOS

Período aquisitivo 04/03/2022 a 03/03/2023

Período Gozo das Férias 02/10/2023 a 31/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.370,53	
062 Adiantamento	64,38	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	566,30	
902 INSS Férias		184,06
Totais	*****2.265,21	*****184,06
	Líquido:	*****2.081,15

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 11 em Santos a importância de R\$2.081,15
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: Santos ___/___/___

Assinatura do Empregado

LETRADO DE LUSIO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: DAIANA CORDEIRO DOS SANTOS

(000299) / Depto.: 0000

CTPS

00085861 / 00259

Admissão

04/03/2020

Função:

Recepcionista

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
-------	---------------------------

Data:	Assinatura da Empresa
-------	-----------------------

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	04/03/2022 a 03/03/2023	02/10/2023 a 31/10/2023
Data	Assinatura do Funcionário		
02/09/2023			
Data	Assinatura da Empresa		
02/09/2023			



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAConvênio
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVACPF
307.965.738-16Conta Informada
0033-0551-000010751973Conta Salário
0033-0551-000710449844Conta Creditada
0033-0551-000010751973

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003294Nro Compromisso Cliente
964Data do Crédito
27/09/2023Valor R\$
4.428,01Tipo de Pagamento
CCHistórico
Liquido de VencimentosTipo de Serviço
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária
EF872E09AEDF7367C53C774Central de Atendimento Santander Empresarial
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVA (000964) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00046637

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00366

07/07/2022

ENFERMEIRO

Livro : 1

Folha: 222

PERÍODOS

Período aquisitivo 07/07/2022 a 06/07/2023

Período Gozo das Férias 01/10/2023 a 30/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
070 Adicional noturno 35%	380,59	
152 DSR Ad. Noturno 35%	62,96	
597 1/3 Férias	1.349,85	
902 INSS Férias		581,82
913 IRRF Férias		389,57
Totais	*****5.399,40	*****971,39
	Líquido:	*****4.428,01

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$4.428,01
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:**Santos**

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVA

(000964) / Depto.: 0000

CTPS
00046637 / 00366Admissão
07/07/2022Função:
ENFERMEIRO**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

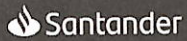
Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado acima solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	07/07/2022 a 06/07/2023	01/10/2023 a 30/10/2023
Data 01/09/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/09/2023	Assinatura da Empresa		



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**Convênio**
0033-0123-008303883109**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10**Conta Débito**
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO**CPF**
314.867.738-26**Conta Informada**
0033-3112-000010774433**Conta Salário**
0033-3112-000713168052**Conta Creditada**
0001-1006-000000631140

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003295**Nro Compromisso Cliente**
155**Data do Crédito**
27/09/2023**Valor R\$**
3.825,38**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E027944E62D64DD792**Central de Atendimento Santander Empresarial**
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.**
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO (000155) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00038648

Admissão: 03/09/2018

Função:

N.Registro:

Serie: 00276

ANALISTA ADM I

Livro : 1

Folha: 120

PERÍODOS

Período aquisitivo 03/09/2022 a 02/09/2023

Período Gozo das Férias 02/10/2023 a 31/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.107,42	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	1.123,81	
902 INSS Férias		455,24
913 IRRF Férias		214,61
Totais	*****4.495,23	*****669,85
	Líquido:	*****3.825,38

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 11 em Santos

a importância de R\$3.825,38

que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou

gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.

Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	(00220)
---	---------

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: MIRIAM DOS SANTOS DO NASCIMENTO CARDOSO	(000155) / Depto.: 0000
--	-------------------------

CTPS 00038648 / 00276	Admissão 03/09/2018	Função: ANALISTA ADM I
--------------------------	------------------------	---------------------------

SOLICITAÇÃO DE ABONO

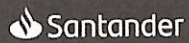
Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado acima solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	03/09/2022 a 02/09/2023	02/10/2023 a 31/10/2023
Data	Assinatura do Funcionário		
02/09/2023			
Data	Assinatura da Empresa		
02/09/2023			



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**Convênio**
0033-0123-008303883109**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10**Conta Débito**
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA**CPF**
080.478.828-64**Conta Informada**
0033-0123-000010780101**Conta Salário**
0033-0123-000710444631**Conta Creditada**
0033-0123-000010780101

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003296**Nro Compromisso Cliente**
242**Data do Crédito**
27/09/2023**Valor R\$**
2.435,91**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E01F94187BFBACA07E**Central de Atendimento Santander Empresarial**
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.**
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA

(000242) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00085883

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00058

03/06/2019

Auxiliar de lavanderia

Livro : 1

Folha: 153

PERÍODOS

Período aquisitivo 03/06/2022 a 02/06/2023

Período Gozo das Férias 02/10/2023 a 31/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.292,97	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	374,30	
151 DSR Ad. Noturno 40%	62,16	
597 1/3 Férias	664,48	
902 INSS Férias		222,00
Totais	*****2.657,91	*****222,00
	Líquido:	*****2.435,91

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos a importância de R\$2.435,91
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA

(000242) / Depto.: 0000

CTPS

00085883 / 00058

Admissão

03/06/2019

Função:

Auxiliar de lavanderia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	03/06/2022 a 02/06/2023	02/10/2023 a 31/10/2023
Data 02/09/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/09/2023	Assinatura da Empresa		



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**Convênio**
0033-0123-008303883109**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10**Conta Débito**
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
SIDNEY SPINASSI**CPF**
003.364.638-47**Conta Informada**
0033-3112-000010895185**Conta Salário**
0033-3112-000713162180**Conta Creditada**
0033-3112-000010895185

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003297**Nro Compromisso Cliente**
236**Data do Crédito**
27/09/2023**Valor R\$**
2.402,34**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E033669F6BDBAFC2B3**Central de Atendimento Santander Empresarial**
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.**
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: SIDNEY SPINASSI

(000236) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00068765

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00414

02/06/2019

Técnico de imobilização ortopédica

Livro : 1

Folha: 147

PERÍODOS

Período aquisitivo 02/06/2022 a 01/06/2023

Período Gozo das Férias 01/10/2023 a 30/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.691,93	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	7,59	
151 DSR Ad. Noturno 40%	1,30	
597 1/3 Férias	654,94	
902 INSS Férias		217,42
Totais	*****2.619,76	*****217,42
	Líquido:	*****2.402,34

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos

a importância de R\$2.402,34

que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou

gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.

Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: SIDNEY SPINASSI

(000236) / Depto.: 0000

CTPS

00068765 / 00414

Admissão

02/06/2019

Função:

Técnico de imobilização ortopédica

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	02/06/2022 a 01/06/2023	01/10/2023 a 30/10/2023
Data	Assinatura do Funcionário		
01/09/2023			
Data	Assinatura da Empresa		
01/09/2023			



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAConvênio
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
SILVIA ALVES GUIMARAES MALVARESCPF
258.192.928-63Conta Informada
0033-0135-000010442613Conta Salário
0033-0135-000710707249Conta Creditada
0033-0135-000010442613

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003298Nro Compromisso Cliente
972Data do Crédito
27/09/2023Valor R\$
4.303,60Tipo de Pagamento
CCHistórico
Líquido de VencimentosTipo de Serviço
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária
EF872E0741B84719AD3FBD7Central 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)

29/09

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10		02 Razão Social / Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705				04 Bairro CENTRO	
05 Município Santos		06 UF SP	07 CEP 11013151	08 CNAE 8660700	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 12505855805		11 Nome SILVIA ALVES GUIMARAES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA MARIA MARTINS BAPTISTA, 1232 CASA 02				13 Bairro VILA SONIA	
14 Município Praia Grande		15 UF SP	16 CEP 11722-050	17 CTPS (nº,série,UF) 00008974/00160 - SP	18 CPF 25819292863
19 Data de Nascimento 07/07/1977		20 Nome da Mãe MARIA APARECIDA ALVES GUIMARAES			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.					
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO					
23 Remuneração Mês Ant. 0,00		24 Data de Admissão 21/07/2022	25 Data do Aviso Prévio 22/09/2023	26 Data de Afastamento 22/09/2023	27 Cód.Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00 %		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 %		30 Categoria do Trabalhador 01	
31 Código Sindical -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 47.436.373/0001-73 - SEESP CUB (ENFERMEIROS)			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 8 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	891,20	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	70,40	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras horas a %	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	0,00
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 4/12 avos	1.209,15	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 2/12 avos	601,00
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 21/07/2022 a 20/07/2023	3.627,24	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.409,41
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	TOTAL BRUTO	7.808,40
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	3.342,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00
106 Vale-Transporte	0,00	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	72,12
112.2 Prev Social - 13º Salário	90,68	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
				TOTAL DEDUÇÕES	3.504,80
				VALOR LÍQUIDO	4.303,60

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10		02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 12505855805		11 Nome SILVIA ALVES GUIMARAES		
17 CTPS (nº,série,UF) 00008974/00160 - SP	18 CPF 25819292863	19 Data Nascimento 07/07/1977	20 Nome da Mãe MARIA APARECIDA ALVES GUIMARAES	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO				
24 Data de Admissão 21/07/2022	25 Data do Aviso Prévio 22/09/2023	26 Data de Afastamento 22/09/2023	27 Cód. Afast SJ1	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalho 01				
31 Código Sindical -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Labora 47.436.373/0001-73 - SEESP CUB (ENFERMEIROS)			

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 4.303,60, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155 abaixo.

_____ / _____ de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1006
COMPETÊNCIA
09/2023

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

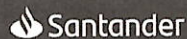
154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas:

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAConvênio
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
STEFANI APARECIDA DE SOUSA RIBEIROCPF
118.397.816-29Conta Informada
0033-0123-000010621431Conta Salário
0033-0123-000710456890Conta Creditada
0033-0123-000010621431

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003299Nro Compromisso Cliente
281Data do Crédito
27/09/2023Valor R\$
2.940,08Tipo de Pagamento
CCHistórico
Líquido de VencimentosTipo de Serviço
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária
EF872E0D74831BA7E62B548Central de Atendimento Santander Empresarial
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: STEFANI APARECIDA DE SOUSA RIBEIRO (000281) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 048401

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 366

04/11/2019

TECNICO DE ENFERMAGEM

Livro : 1

Folha: 180

PERÍODOS

Período aquisitivo 04/11/2021 a 03/11/2022

Período Gozo das Férias 01/10/2023 a 30/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 03 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	26,15	
151 DSR Ad. Noturno 40%	4,98	
402 Hora Extra 100%	133,78	
420 DSR Hora Extra	28,83	
597 1/3 Férias	821,47	
902 INSS Férias		297,36
913 IRRF Férias		48,44
Totais	*****3.285,88	*****345,80
	Líquido:	*****2.940,08

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$2.940,08

que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.

Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: STEFANI APARECIDA DE SOUSA RIBEIRO

(000281) / Depto.: 0000

CTPS

048401 / 366

Admissão

04/11/2019

Função:

TECNICO DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
-------	---------------------------

Data:	Assinatura da Empresa
-------	-----------------------

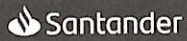
NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	03	04/11/2021 a 03/11/2022	01/10/2023 a 30/10/2023

Data	Assinatura do Funcionário
01/09/2023	

Data	Assinatura da Empresa
01/09/2023	



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAConvênio
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
VANESSA SILVA DOS SANTOSCPF
334.034.188-55Conta Informada
0033-4355-000010993340Conta Salário
0033-4355-000713151412Conta Creditada
0033-4355-000010993340

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003300Nro Compromisso Cliente
1017Data do Crédito
27/09/2023Valor R\$
1.908,93Tipo de Pagamento
CCHistórico
Líquido de VencimentosTipo de Serviço
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária
EF872E0E4A149171BDDBC3ECentral de Atendimento Santander Empresarial
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)SAC - Atendimento 24h por dia, todos os dias.
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.
0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECIBO DE FÉRIAS**Capítulo VI - Título II da C..L.T**

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

Funcionário: VANESSA SILVA DOS SANTOS

(001017) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00083844

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00330

17/09/2022

MAQUEIRO

Livro : 1

Folha: 244

PERÍODOS

Período aquisitivo 17/09/2022 a 16/09/2023

Período Gozo das Férias 02/10/2023 a 31/10/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 04 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.292,97	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	518,99	
902 INSS Férias		167,03
Totais	*****2.075,96	*****167,03
	Líquido:	*****1.908,93

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$1.908,93
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: VANESSA SILVA DOS SANTOS

(001017) / Depto.: 0000

CTPS

00083844 / 00330

Admissão

17/09/2022

Função:

MAQUEIRO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	04	17/09/2022 a 16/09/2023	02/10/2023 a 31/10/2023
Data 02/09/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/09/2023	Assinatura da Empresa		



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003452	No. compromisso cliente	Data do Crédito 27/09/2023	Valor 209,77
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 27/09/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
Nome/Razão Social do Beneficiário Original PROMEDIC P O MED IND COM L LDA			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 01.799.597/0001-49
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.09256.859225.81008.720005.2.94870000020977

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
209,77	0,00	0,00	209,77

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 41066 REF 08 2023

Autenticação Bancária
3F10E37ADA6857B4FAAC963

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)

PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA



CPF/CNPJ do Beneficiário: 01.799.597/0001-49 - Agência/Código do Beneficiário: 9228/00872-
R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090

Recibo do Pagador

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10
Endereço RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681	Bairro JARDIM BRASÍLIA
Município SÃO PAULO	UF SP
	CEP 05847-620

Vencimento 28/09/2023	Nosso Número 109/01092568-5	Valor Cobrado R\$ 209,77
--	--	---

Mensagens: RPS: 0008885 NF 41.066	Resumo do(s) Serviço(s) Prestado(s): 1 - eSocial - S-2210 - Emissão e transmissão de CAT 1 - eSocial - S-2210 - Emissão e transmissão de CAT 2 - Hemograma com contagem de plaquetas 1 - Exame clínico Admissional 2 - Exame clínico Periódico
--	--

Número do Documento 17260-1	Valor do Documento R\$ 209,77	(-) Desconto/Abatimento R\$ 0,00	(=) Valor Cobrado R\$ 209,77
--	--	---	---

Data de Emissão: 18/09/2023

Autenticação mecânica

Corte na linha

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09016 09256.859225 81008.720005 2 94870000020977				
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.	Vencimento 28/09/2023		Agência/Código Beneficiário 9228/00872-			
Beneficiário PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA - 01.799.597/0001-49		Endereço do Beneficiário R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090				
Data do Documento 18/09/2023	Número do Documento 17260-1	PD DP	Aceite N	Data do Processamento 18/09/2023	Nosso Número 109/01092568-5	
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 209,77	
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.) Cobrar multa por atraso de 2,000%. Cobrar juros de mora de R\$ 0,07 ao dia. Protestar no dia 13/10/2023 Não aceitamos depósito em C/C. Caso ocorra, não quitará esta fatura!					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681 05847-620 JARDIM BRASÍLIA SÃO PAULO SP Sacador/Avalista		CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 14.512.229/0001-10 Código de Baixa 109/01092568-5				

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação




PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES - CENTRO - CUBATAO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal: 41066	Data Emissão: 18/09/2023	Chave: GEWR-CNSI
-------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

PROMEDIC PREVENCAO E ORIENTACAO MEDICA INDUSTRIAL E COMERCIAL LTDA

11500-090 - RUA MARECHAL CARMONA, 194 - JD ANCHIETA

CUBATAO - SP - CEP: 11500-090

CNPJ/CPF: 01.799.597/0001-49

Inscr. Estadual/RG:

Email: contato@promedic.net.br

Telefone: (13) 3361-2976

CCM 9590

Inscr. Municipal: 0097934

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Competência: 09/2023

Atividade: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Nota Fiscal Fatura

Fatura Nro	41066	Valor R\$	209,77	Vencimento	28/09/2023
------------	--------------	-----------	---------------	------------	-------------------

Dados do Tomador de Serviço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816 - CENTRO

SANTOS - SP - - CEP: 11.013-153

CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF:

- - - - CEP:

Valor por extenso

DUZENTOS E NOVE REAIS E SETENTA E SETE CENTAVOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	1	Exames clínicos e laboratoriais - 01/08/2023 até 31/08/2023	120,00	120,00
1	1	eSocial - S-2210 - Emissão e transmissão de CAT	100,00	100,00

Valor Aprox. Tributos: R\$ 31,53 (14,33%) Fonte: 12741/2012

CENTRO DE CUSTO
100
 CÓDIGO GERENCIAL
1038
 COMPETÊNCIA
08/2023

Observação:

Forma de Pagamento: Única

Total dos Serviços	220,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES								Total Líquido						
220,00	ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	1,43	COFINS	6,60	CSLL	2,20	INSS	0,00	OUTROS	0,00	209,77

DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - 01/08/2023 à 31/08/2023
Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **CNPJ:** 14.512.229/0001-10

Exames

Qtde.	Descrição	Vlr. Unitário	Vlr. Total
2	Hemograma com contagem de plaquetas	R\$ 15,00	R\$ 30,00
1	Exame clínico Admissional	R\$ 30,00	R\$ 30,00
2	Exame clínico Periódico	R\$ 30,00	R\$ 60,00
TOTAL:		RS 120,00	

Pedidos Vinculados ao Contrato

Pedido	Parcela	Descrição	Qtde.	Vlr. Unitário	Vlr. Total
0027359	1/1	eSocial - S-2210 - Emissão e transmissão de CAT	1	R\$ 50,00	R\$ 50,00
0027365	1/1	eSocial - S-2210 - Emissão e transmissão de CAT	1	R\$ 50,00	R\$ 50,00
TOTAL:				RS 100,00	

Sublocação: PROJETO-CUBATÃO

CNPJ: 14.512.229/0001-10

Sublocação: PROJETO POÁ 2022

CNPJ: 14.512.229/0001-10

QTD. GERAL DE FUNCIONÁRIOS: 0

TOTAL GERAL
Valor Serviços: RS 0,00
Valor Exames: RS 120,00
Pedidos Vinculados: RS 100,00
Taxas Administrativas: RS 0,00
Total Bruto: RS 220,00
IMPOSTOS
Valor ISS: RS 0,00
Valor IR: 0,00
Valor P.C.C: 10,23
Valor INSS: RS 0,00
Valor Líquido: RS 209,77

Exames para Cobrança

Emissão: 06/09/2023 20:01

Data 01/08/2023 Até 31/08/2023

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ: 14.512.229/0001-10			
Funcionário: DALILA COSTA DE FREITAS		Nascimento: 06/01/1998			
CPF: 464.635.388-17		Admissão: 24/08/2023			
Cargo: Enfermeiro (a)					
ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
2	24/08/2023	R\$30,00	Faturamento	Admissional	212315
451	24/08/2023	R\$15,00	Faturamento	Admissional	212315
Qtde. Exames por Funcionário: 2		Valor Total: R\$45,00			
Funcionário: JESSICA DA SILVA SANTOS		Nascimento: 08/04/1991			
CPF: 393.165.838-45		Admissão: 23/06/2021			
Cargo: Auxiliar Administrativo					
ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
3	11/08/2023	R\$30,00	Faturamento	Periódico	210487
Qtde. Exames por Funcionário: 1		Valor Total: R\$30,00			
Funcionário: THAIS SOARES DA SILVA		Nascimento: 25/01/1999			
CPF: 461.621.978-83		Admissão: 02/07/2022			
Cargo: Enfermeiro (a)					
ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
3	17/08/2023	R\$30,00	Faturamento	Periódico	211281
451	17/08/2023	R\$15,00	Faturamento	Periódico	211281
Qtde. Exames por Funcionário: 2		Valor Total: R\$45,00			
Qtde. Exames por Cliente: 5		Valor Total: R\$120,00		Qtde. de Funcionários: 3	
Qtde. Geral: 5		Valor Total: R\$120,00		Total de Funcionários: 3	



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAL COD. BARRASNo. compromisso banco
900003453

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
27/09/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Agente Arrecadador: CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Código de Barras: 85860000000-4 10230385232-4 93070123261-6 72153627200-7

Data de Pagamento: 27/09/2023

Valor Total: R\$ 10,23

Numero do Documento: 07.01.23261.7215362-7

Convenio de Arrecadacao: 00336916000900000097

Autenticacao: 3F10E37F878D84DA7115F8B

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Data de Vencimento: 20/10/2023

Canal: PGFOR

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

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Transacao efetivada em: 27/09/2023

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

Hora da Transacao: 12:20:49

Tipo de Serviço
20Complemento do Tipo de Serviço
PCC NF 41066 PROMEDIC REF 08 2023

Central de Atendimento Santander

Empresarial

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 14.512.229/0001-10	Razão Social INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
Período de Apuração 30/09/2023	Data de Vencimento 20/10/2023	Número do Documento 07.01.23261.7215362-7	Pagar este documento até 20/10/2023
Observações PCC NF 41066 PROMEDIC REF 08/2023			Valor Total do Documento 10,23
Darf emitido pelo Sicalc Web			

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	10,23			10,23
	07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO				
	PA 09/2023 Vencimento 20/10/2023				
	Totais	10,23	0,00	0,00	10,23

SEMDA (Versão:5.1.7) Página: 1 / 1 18/09/2023 13:39:26

85860000000 4 10230385232 4 93070123261 6 72153627200 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85860000000 4 10230385232 4 93070123261 6 72153627200 7



CNPJ: 14.512.229/0001-10
 Número: 07.01.23261.7215362-7
 Pagar até: 20/10/2023
 Valor: 10,23

Pague com o PIX




PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES - CENTRO - CUBATAO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	41066	18/09/2023	GEWR-CNSI

PROMEDIC PREVENCAO E ORIENTACAO MEDICA INDUSTRIAL E COMERCIAL LTDA

 11500-090 - RUA MARECHAL CARMONA, 194 - JD ANCHIETA
 CUBATAO - SP - CEP: 11500-090

CNPJ/CPF: 01.799.597/0001-49

Inscr. Estadual/RG:

Email: contato@promedic.net.br

Telefone: (13) 3361-2976

CCM 9590

Inscr. Municipal: 0097934

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Atividade: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Competência: 09/2023

Nota Fiscal Fatura

Fatura Nro	41066	Valor R\$	209,77	Vencimento	28/09/2023
------------	--------------	-----------	---------------	------------	-------------------

Dados do Tomador de Serviço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816 - CENTRO

SANTOS - SP - - CEP: 11.013-153

CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

- - - - CEP:

CNPJ/CPF:

Valor por extenso

DUZENTOS E NOVE REAIS E SETENTA E SETE CENTAVOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	1	Exames clínicos e laboratoriais - 01/08/2023 até 31/08/2023	120,00	120,00
1	1	eSocial - S-2210 - Emissão e transmissão de CAT	100,00	100,00

Valor Aprox. Tributos: R\$ 31,53 (14,33%) Fonte: 12741/2012

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1038
 COMPETÊNCIA
 08/2023

Observação:

Forma de Pagamento: Única

Total dos Serviços	220,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES								Total Líquido						
220,00	ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	1,43	COFINS	6,60	CSLL	2,20	INSS	0,00	OUTROS	0,00	209,77

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.cubatão.sp.gov.br