



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003460

No. compromisso cliente

Data do Crédito
06/10/2023Valor
378,90

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
06/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
VALDIRENE DA PENHA PEREIRACNPJ/CPF
252.421.298-08Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0260/18236120Agência
00001Conta Corrente
00000000000086121755Valor
378,90Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
PENSAO ALIMENTICIA 09 2023Autenticação Bancária
3F10E379F9A53596AAC9165**Central de Atendimento Santander
Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LDM ASSESSORIA CONTABIL

Emissão: 11:26 02/10/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/09/2023 a 30/09/2023

Página: 001

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
001243	MANOEL TEOFIL0 DA ANUNCIACAO PEREIRA	25288295824	1.796,08	90:00		378,90
Tipo		Totais:	1.796,08	90:00		378,90
<input checked="" type="checkbox"/> Adiantamento	<input checked="" type="checkbox"/> Folha	<input checked="" type="checkbox"/> Folha complementar				
<input checked="" type="checkbox"/> Férias	<input checked="" type="checkbox"/> Rescisão	<input checked="" type="checkbox"/> Rescisão Complementar				
<input checked="" type="checkbox"/> 13º Adiantamento	<input checked="" type="checkbox"/> 13º Salário	<input checked="" type="checkbox"/> Resilição				

Valdirine da Dinha

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1014
COMPETÊNCIA
09/2023



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003459

No. compromisso cliente

Data do Crédito
06/10/2023Valor
753,40

Dados do Remetente

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

Conta Creditada

Banco 0033

Agência 0174

Conta 00000000000010217939

Número do Documento

900003459
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

PENSAO ALIMENTICIA 09 2023

Autenticação Bancária

3F10E379F127A36FD6A91EB

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LDM ASSESSORIA CONTABIL

Emissão: 11:25 02/10/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/09/2023 a 30/09/2023

Página: 001

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	1.701,17	90:00		753,40
Tipo		Totais:	1.701,17	90:00		753,40
<input checked="" type="checkbox"/> Adiantamento	<input checked="" type="checkbox"/> Folha	<input checked="" type="checkbox"/> Folha complementar				
<input checked="" type="checkbox"/> Férias	<input checked="" type="checkbox"/> Rescisão	<input checked="" type="checkbox"/> Rescisão Complementar				
<input checked="" type="checkbox"/> 13º Adiantamento	<input checked="" type="checkbox"/> 13º Salário	<input checked="" type="checkbox"/> Resilição				

folha de dieta

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1014
COMPETÊNCIA
09/2023



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRASNo. compromisso banco
900003461

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
06/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO RECOLHIMENTO - FGTS GRF

Codigo de Barras: 85880000222-1 75720179231-0 00768105081-8 45122290001-6

Empresa: FGTS GRF CONVENIO 0179

CNPJ: 14.512.229/0001-10

Data de Validade: 07/10/2023

Competencia: 09/2023

Valor Recolhido: R\$ 22.275,72

Data de Pagamento: 06/10/2023

Data da Transacao: 06/10/2023

Canal: PGFOR

Hora da Transacao: 13:41:40

Convênio de Arrecadacao: 00336915000950017913

Autenticacao: 3F10E370D277268B99817C4

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Documento pago dentro das condicoes definidas no oficio DIFUG/GEPAS 135/2003.

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

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
FGTS 09 2023 CUBATAO

Central de Atendimento Santander

Empresarial

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

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

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

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

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

Cubafão

FGTS

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/10/2023 - 09:47:00

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 278.446,56	06-QTDE TRABALHADORES 101	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 09/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/10/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 22.275,72	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 22.275,72
---	---------------------	----------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/10/2023

858800002221 757201792310 007681050818 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1021
COMPETÊNCIA
09/2023**FGTS**

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/10/2023 - 09:47:00

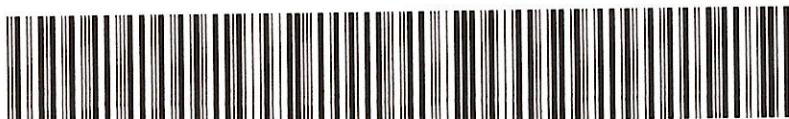
01-RAZÃO SOCIAL/NOME INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 278.446,56	06-QTDE TRABALHADORES 101	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 09/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/10/2023

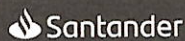
13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 22.275,72	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 22.275,72
---	---------------------	----------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/10/2023

858800002221 757201792310 007681050818 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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
SANDRA SANTOS DE CARVALHO**CPF**
159.178.228-75**Conta Informada**
0033-0123-000010780170**Conta Salário**
0033-0123-000710444693**Conta Creditada**
0033-0123-000010780170

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003401**Nro Compromisso Cliente**
260**Data do Crédito**
09/10/2023**Valor R\$**
7.033,65**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E014DD6380F67D69DF**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)

09/10

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 12423005719		11 Nome SANDRA SANTOS DE CARVALHO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA CIDADE CUNHA, 44 APTO 23				13 Bairro PONTA DA PRAIA	
14 Município Santos		15 UF SP	16 CEP 11030-340	17 CTPS (nº,série,UF) 00039006/00097 - SP	18 CPF 15917822875
19 Data de Nascimento 18/05/1970		20 Nome da Mãe IVANETE DOS SANTOS CARVALHO			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.					
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR					
23 Remuneração Mês Ant. 2.035,19		24 Data de Admissão 03/09/2019	25 Data do Aviso Prévio 04/09/2023	26 Data de Afastamento 03/10/2023	27 Cód.Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00 %		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 %		30 Categoria do Trabalhador 01	
31 Código Sindical 000.021.150.02590-7		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 3 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	200,67	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	26,40	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 6/12 avos	1.135,34	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 6/12 avos	1.135,34
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 03/09/2021 a 02/09/2022	2.317,43	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.214,00
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
95.1 Décimo Terceiro (Dias Excedentes do Aviso) 1 Avo	189,22	95.2 Aviso excedente aos 30 dias trabalhados 12 Dias	802,67	95.3 Férias Prop. (Dias Excedentes do Aviso) 1 Avo	189,22
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	TOTAL BRUTO	7.210,29
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
101 Adiantamento Salarial	0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00	106 Vale-Transporte	0,00
107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	77,23	112.2 Prev Social - 13º Salário	99,41
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	176,64
				VALOR LÍQUIDO	7.033,65

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 12423005719		11 Nome SANDRA SANTOS DE CARVALHO		
17 CTPS (nº,série,UF) 00039006/00097 - SP		18 CPF 15917822875	19 Data Nascimentc 18/05/1970	20 Nome da Mãe IVANETE DOS SANTOS CARVALHO
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR				
24 Data de Admissão 03/09/2019	25 Data do Aviso Prévio 04/09/2023	26 Data de Afastamento 03/10/2023	27 Cód. Afast SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalho 01				
31 Código Sindical 000.021.150.02590-7		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Labora 58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB		

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\$ 7.033,65, 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:

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).

CENTRO DE CUSTO
160
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003466

No. compromisso cliente

Data do Crédito
09/10/2023Valor
101,90Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
09/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador
Original
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original
SPECIAL GASES DO BRASILCPF/CNPJ do Beneficiário
Original
18.835.198/0001-99Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S ACódigo de Barras
34191.09081.43142.821446.63450.090004.6.94980000010190

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

101,90

0,00

0,00

101,90

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 160163 REF 09 2023Autenticação Bancária
3F10E378157D01D412A4FF6**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)



34191.09081 43142.821446 63450.090004 6 94980000010190

Recibo do Pagador

Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA		Cnpj/Cpf 18.835.198/0001-99		Sacador Avalista	Vencimento 09/10/2023
Endereço do Beneficiário / Sacador Avalista R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060					
Nosso Número 109/08431428-2	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Agência/Código do Beneficiário 1446/34500-9
Data do Documento 18/09/2023	Número do Documento 160163-1	Espécie do Documento DM	Aceite N	Data do Processamento 18/09/2023	Valor do Documento 101,90

Autenticação Mecânica



34191.09081 43142.821446 63450.090004 6 94980000010190

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento somente no Itaú.					Vencimento 09/10/2023
Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA		Cnpj/Cpf 18.835.198/0001-99		Agência/Código do Beneficiário 1446/34500-9	
Data do Documento 18/09/2023	Número do Documento 160163-1	Espécie do Documento DM	Aceite N	Data do Processamento 18/09/2023	Nosso Número 109/08431428-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 101,90
Instruções de Responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre o boleto, contate o BENEFICIÁRIO					(-) Desconto/Abatimento
APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE (R\$ 0,34)					(*) Mora/Multa
APÓS 09/10/2023 MULTA DE (R\$ 2,04)					
A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO.					(=) Valor Cobrado
7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO					
NFE 160163					
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE					14.512.229/0001-10
Endereço: R AMADOR BUENO - 333 11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP					
Sacador Avalista:		CNPJ		Código da Baixa	

Ficha de Compensação
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA




Comprovante de entrega



34191.09081 43142.821446 63450.090004 6 94980000010190

Pagador. INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Outros - anotar no verso
Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA				
Nosso Número 109/08431428-2	Nº Documento 160163-1	Vencimento 09/10/2023	Valor do Documento 101,90	
Recebi(emos) o boleto / título com as características acima				
Data	Nome	Assinatura		

RECEBEMOS DE SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 101,90	NF-e Nº: 000.160.163 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA R DOS JESUITAS, 550 CIDADE INDL. SATELITE GUARULHOS SP TEL/FAX: 1124121517 CEP: 07231060 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.160.163 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3523 0918 8351 9800 0199 5500 1000 1601 6310 0162 6842	
		Protocolo de autorização de acesso ao portal nacional da NF-e www.info.fazenda.gov.br portal no site da NF-e Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231558281989 - 18/09/2023 15:07:43	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 796140310113	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 18.835.198/0001-99	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		14.512.229/0001-10	18/09/2023
ENDEREÇO R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-151	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SANTOS	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA

FATURA

Número	Data Veto	Valor
001	09/10/2023	101,90

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
101,90	18,34	0,00	0,00	101,90		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,05	101,90

TRANSPORTADOR/VOLÚMES TRANSPORTADOS


RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 5	ESPÉCIE GAS/CILINDRO	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 2.500,000,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CSI	CICP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ICM CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2 (5.1) - CAP 1,00M3 5 CILINDROS	28044000	0 00	5102	M3	5,0000	20,380000000	101,90	101,90	18,34	0,00	18,00	0,00	32,05

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-0-219/23 FAB:13/09/2023
 Valor Aproximado dos Tributos R\$ 32,05 (31,45%) Fonte: IBPT

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1204
COMPETÊNCIA
09/2023


ATESTO O RECEBIMENTO
DOS ITENS CONSTANTES
NESTA NOTA FISCAL
DATA 18/09/23
ASS 

Alessandra L. Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO Alpha de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PEDIDO 195006
 Titulo: Nro 111661/1 Venc. 09-10-2023 Valor 101,90
 DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS,
 EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS O
 PERACÕES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGÊNCIAS DA REGULAMENTAÇÃO

RESERVADO AO FISCO



SPECIAL
GASES DO BRASIL

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA.
www.specialgases.com.br

Telefones:
(11) 2412-1517 - (11) 2085-6841
Rua dos Jesuitas, 550 - Cumbica - Guarulhos - SP

PEDIDO
53961

CLIENTE: *PS Alpha Curador*

DATA: *15/09/23*

TEL: _____ E-MAIL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

CNPJ Nº: _____ INSCR. EST. Nº: _____

PRODUTO	QUANTIDADE M³/Kg	QUANTIDADE CILINDROS	QUANTIDADE TOTAL	OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	<i>mit 3 m³</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>até: 0 - 21/09/23</i>
NITROGÊNIO				<i>até: 13/09/23</i>
ARCÔNIO				
ACETILENO				
CO ₂				
HÉLIO				

LIVRE TROCA

RECARGA

DEVOLUÇÃO

OBSERVAÇÕES: ** Substituto Gerencial*

Nome: *SPECIAL GASES*

ASSINATURA: *[Signature]*

Nome: *José D. L.*

ASSINATURA: *[Signature]*



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRASNo. compromisso banco
900003467

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

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

Dados do Pagamento

Codigo de Barras: 85890000030-1 29820239202-7 31009276351-7 69645122292-2

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO - FGTS RESCISORIO

Data de Validade: 09/10/2023

Empresa: FGTS GRRF ELETRONICA 239

Valor Recolhido: R\$ 3.029,82

Identificador: 27635169645122292

Data da Transacao: 09/10/2023

Canal: PGFOR

Data de Pagamento: 09/10/2023

Hora da Transacao: 14:09:19

Convenio de Arrecadacao: 00336915000900000121

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Autenticacao: 3F10E37994CBA4F00CCD068

Documento pago dentro das condicoes definidas no oficio DIFUG/GEPAS 135/2003.

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

Tipo de Serviço

20

Complemento do Tipo de Serviço

GRRF SANDRA SANTOS DE CARVALHO

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)


GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 03/10/2023 14:23:19

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		02 - CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705		04 - Contato/DDD/telefone 13-33227379	05 - CEP 11.013-151
06 - Bairro/distrito CENTRO	07 - Município SANTOS	08 - UF SP	09 - FPAS 515
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 27635169645122292		12- Total a Recolher 3.029,82	
13- Data de Validade = 09/10/2023			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858900000301	298202392027	310092763517	696451222922
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1024
COMPETÊNCIA
10/2023


GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 03/10/2023 14:23:19

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		02 - CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705		04 - Contato/DDD/telefone 13-33227379	05 - CEP 11.013-151
06 - Bairro/Distrito CENTRO	07 - Município SANTOS	08 - UF SP	09 - FPAS 515
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 27635169645122292		12- Total a Recolher 3.029,82	
13- Data de Validade = 09/10/2023			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858900000301	298202392027	310092763517	696451222922
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica



Via Banco



Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 27635169645122292

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

Dados do Empregador

Razão Social: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10

Endereço

Logradouro: R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTOS

UF: SP

CEP: 11.013-151

FPAS: 515

Simples: 1

CNAE: 8660700

CNPJ/CEI Tomador de serviço:

Dados do Trabalhador

Nome: SANDRA SANTOS DE CARVALHO

PIS/PASEP: 12423005719

Admissão: 03/09/2019

Categoria: 01

Data Nascimento: 18/05/1970

Data Opção: 03/09/2019

CTPS: 0039006/00097

Movimentação: 03/10/2023 - 11

Aviso Prévio: 1

Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	2.354,30	0,00	7.103,71
Depósito	0,00	188,34	0,00	2.841,48
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Trabalhador: 3.029,82

Valor Devido pela Empresa: 3.029,82

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003468	No. compromisso cliente	Data do Crédito 10/10/2023	Valor 100,00
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 10/10/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE		CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10	
Nome/Razão Social do Beneficiário Original JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS		CPF/CNPJ do Beneficiário Original 08.192.600/0001-00	
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA		CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10	

Instituição Financeira Favorecida
756 - BANCO SICOOB S A

Código de Barras
75691.43790.01084.868908.00495.430019.1.94990000010000

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
100,00	0,00	0,00	100,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 6308 REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E37821A1E4D2505A79B

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)



Beneficiário JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS BERTA CRAVEIRO LOPES 101 JARDIM INDEPENDENCIA São Vicente - SP	08.192.600/0001-00	Vencimento 10/10/2023	Valor do Documento 100,00
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
	11380-510	(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
		Data de Emissão 03/10/2023	(=) Valor cobrado
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 11/10/2023 Juros 0,10%/dia A partir 11/10/2023 multa de 2,00% Não conceder desconto.		Coop Contr/Cód. Beneficiário 4379/848689	
		Nosso Número 4954-3	

Dados do Pagador

Nome do pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Número do Documento 6308	
Endereço RUA AMADOR BUENO 33			
Bairro / Distrito CENTRO			
Município SANTOS	UF SP	CEP 11013-151	
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.43790 01084.868908 00495.430019 1 94990000010000

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 10/10/2023
Beneficiário JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS 08.192.600/0001-00					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 4379/848689
Data do documento 03/10/2023	N. documento 6308	Espécie DM	Aceite N	Data processamento 03/10/2023	Nosso número 4954-3
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 100,00
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 11/10/2023 Juros 0,10%/dia A partir 11/10/2023 multa de 2,00% Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4379 SICOOB ARENITO					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE RUA AMADOR BUENO 33 CENTRO SANTOS - SP 11013-151 08.192.600/0001-00					(+) Outros acréscimos
Beneficiário Final TECNOCARD					(-) Valor cobrado



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS ME

Rua Berta Craveiro Lopes, 101 - Jardim Independencia

São Vicente - SP

CEP: 11380-510

Fone: 1335611518

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DE NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA 1
Nº: 6308
Série: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3523 1008 1926 0000 0100 5500 1000 0063 0811 5392 8628

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135231657394597 03/10/2023 08:23:05

INSCRIÇÃO ESTADUAL

657254080119

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ / CPF

08.192.600/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ / CPF

14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO

03/10/2023

ENDEREÇO

Rua Amador Bueno, 333 CJT 1816

BAIRRO / DISTRITO

Centro

CEP

11013-153

DATA SAÍDA / ENTRADA

03/10/2023

MUNICÍPIO

Santos

FONE / FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA

08:30:00

FATURA / DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				R\$ 100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	9-SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
				0,0000	0,0000

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR		ALÍQUOTA %	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
3759	CARTAO PROX PERSONALIZADO Trib. aprox. R\$ 17,24 Federal e R\$ 0,00 Estadual	39269090	0102	5102	UN	10	10.0000	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1035
COMPETÊNCIA
09/10/2023

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
861604			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Vl. Aprox. Tributos: R\$ 17,24 (17,24%) Federal e R\$ 0,00 (0,00%) Estadual - Lei 12.741/12. Fonte: IBPT 18.2.C
 Contrato de Gestão 003/2018 Aditivo 002/2021
 Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde
 Instituto Alpha Cubatão e Instituto Alpha PMC
 Pagamento com boleto bancário
 Vencimento: 10/10/2023

RESERVADO AO FISCO



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:	HEITOR DE MENDONCA SALLES	CPF do Funcionário:	342.399.648-06
Número do Cliente:	721		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	CC	Número do Pagamento:	900003402
Número da Remessa:	202310110433FG720756	Data de Pagamento:	11/10/2023
Data do Agendamento:	11/10/2023	Data do Débito:	11/10/2023
Histórico:	Liquido de Vencimentos	Situação do Pagamento:	Efetivado
Motivo:		Valor:	R\$ 2.537,40
Data da Autorização:	11/10/2023 15:04:43	Último Usuário Autorizador:	0008062315
Tipo de Serviço:	Pagamento Salários	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	0033-1093-000010038205		
Banco, Agência, Conta Salário:	0033-1093-000710071270		
Banco, Agência, Conta Final:	0033-1093-000010038205		

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)

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 13707737895		11 Nome HEITOR DE MENDONCA SALLES		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA SÃO PAULO, 740				13 Bairro Loteamento João Bati
14 Município Guarujá	15 UF SP	16 CEP 11443-380	17 CTPS (nº,série,UF) 00094857/00255 - SP	18 CPF 34239964806
19 Data de Nascimento 07/11/1983	20 Nome da Mãe EUNICE DE MENDONCA SALLES			

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. 2.743,60	24 Data de Admissão 02/10/2021	25 Data do Aviso Prévio 02/10/2023	26 Data de Afastamento 02/10/2023	27 Cód.Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,30 %	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 %	30 Categoria do Trabalhador 01		
31 Código Sindical 000.021.150.02590-7	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 2 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	113,41	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	17,60	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno 051:43 Horas a 40%	197,53
56.1 Horas Extras 012:11 horas a 100%	230,29	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	115,15
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 9/12 avos	1.968,29	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc	0,00
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 02/10/2022 a 01/10/2023	2.626,72	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	875,57
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
95.1 DSR Ad. Noturno 40%	197,53				
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	TOTAL BRUTO	6.342,09

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	1.835,82	101 Adiantamento Salarial	0,00	103 Aviso Prévio Indenizado dias	1.701,17
104 Indenização Art. 480 CLT	0,00	106 Vale-Transporte	0,00	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00
112.1 Previdência Social	65,36	112.2 Prev Social - 13º Salário	157,34	114.1 IRRF	0,00
114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 Mensalidade Sindical	45,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	3.804,69
				VALOR LÍQUIDO	2.537,40

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 13707737895	11 Nome HEITOR DE MENDONCA SALLES			
17 CTPS (nº,série,UF) 00094857/00255 - SP	18 CPF 34239964806	19 Data Nascimentc 07/11/1983	20 Nome da Mãe EUNICE DE MENDONCA SALLES	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO				
24 Data de Admissão 02/10/2021	25 Data do Aviso Prévio 02/10/2023	26 Data de Afastamento 02/10/2023	27 Cód. Afast SJ1	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalho 01				
31 Código Sindical 000.021.150.02590-7	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Labora 58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE CUB			

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\$ 2.537,40, 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:

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:

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1006
COMPETÊNCIA
10/2023

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).



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003481

No. compromisso cliente

Data do Crédito
11/10/2023Valor
140,00


Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
11/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
SICOFER APARECIDA COML DE FERRAGENS LTDACNPJ/CPF
52.937.356/0001-50Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0104/00360305Agência
02930Conta Corrente
0000000000000004410Valor
140,00Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 7034 REF 09 2023Autenticação Bancária
3F10E37C8F6BEC11E4AE8B3**Central de Atendimento Santander
Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

RECEBEMOS DE SICOFER APARECIDA COM.L DE FERRAGENS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 140,00	NF-e Nº: 000.007.034 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	

SICOFER APARECIDA COM.L DE FERRAGENS LTDA Av Pedro Lessa, 2467 Aparecida Santos SP CEP: 11025003 TELEFONE: 01332380210	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.007.034 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	
		CHAVE DE ACESSO 3523 0952 9373 5600 0150 5500 1000 0070 3417 0341 5153
NATUREZA DA OPERAÇÃO Lancto efetuado em decor de emissao de docto ECF		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231629533591 - 28/09/2023 15:15:35
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633179520117	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 52.937.356/0001-50

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ/CPF 14.512.229/0001-10	DATA DA EMISSÃO 28/09/2023
ENDEREÇO RUA AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-151	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO Santos	FONE/FAX (13) 99705-5502	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA

Número: 7034 Valor Original: 140,00 Valor Desconto: 0,00 Valor Liquido: 140,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 140,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS 0,00	VALOR DO IPT 0,00
VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00				VALOR TOTAL DA NOTA 140,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 0	ESPÉCIE GRANEL	MARCA DIVERSAS	NUMERAÇÃO 0	PESO BRUTO 0,000	PESO LIQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	SOSN	CTOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
2748	MANA ADESIVA MULTUSO 30CM X 1CADA METRO VEDABAND	68071000	0 500	5929	MT	10,0000	14,00	140,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1325
COMPETÊNCIA
09/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 28/09/23
ASS. *Alessandra D. Gomez*

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Parcela Num.: 001, Venc.: 01/10/2023, Valor: 140,00 Valor aproximado dos tributos: R\$ 21,10(15,071%) - Fonte: IBPT ; Doc umento emitido por ME ou EPP optante pelo simples nacional; Nao goza direito a credito fiscal de ICMS, de ISS e de IPT;ESTA NOTA REFERRE- SE AO CUPOM FISCAL NR.7355;ESTA NOTA REFERE-SE AO CUPOM FISCAL 7355; Deposito CC Caixa Economica Federal AG 2930 CC 0441-0 OPERAÇÃO 003 DEPOSITO CC BRADESCO AG 518 CC 51575-2 PIX 52937356000150	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Cubatão, 28 de setembro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 151.2023 – Alpha – Cubatão

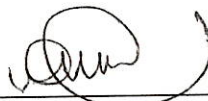
Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra do item abaixo para manutenção no telhado do Pronto Socorro Central e Infantil.

01 Rolo de 10mt Manta adesiva multiuso 30cm



Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAIS COD. BARRASNo. compromisso banco
900003494

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
11/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

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

Codigo de Barras: 85800000003-8 00000385233-4 21070123275-7 41985146353-0

Data de Pagamento: 11/10/2023

Numero do Documento: 07.01.23275.4198514-6

Autenticacao: 3F10E3775F9669E90E72BB4

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Canal: PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Transacao efetivada em: 11/10/2023

Valor Total: R\$ 300,00

Convenio de Arrecadacao: 00336916000900000097

Data de Vencimento: 17/11/2023

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

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

Hora da Transacao: 15:22:34

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
IRRF NF 101 SRD ASS ADM REF 09 2023Central de Atendimento Santander
Empresarial4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 14.512.229/0001-10	Razão Social INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
Período de Apuração 31/10/2023	Data de Vencimento 17/11/2023	Número do Documento 07.01.23275.4198514-6	Pagar este documento até 17/11/2023
Observações IRRF NF 101 SRD ASS. ADM. FINANC. 09/2023 CUBATAO			Valor Total do Documento 300,00
Darf emitido pelo Sicalc Web			

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	300,00			300,00
	06 IRRF - REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR PJ PA 10/2023 Vencimento 17/11/2023				
	Totais	300,00	0,00	0,00	300,00

SENDER (Versão:5.1.7) Página: 1 / 1 02/10/2023 08:46:04

85800000003 8 00000385233 4 21070123275 7 41985146353 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais



85800000003 8 00000385233 4 21070123275 7 41985146353 0



CNPJ: 14.512.229/0001-10
Número: 07.01.23275.4198514-6
Pagar até: 17/11/2023
Valor: 300,00

Pague com o PIX



		PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e				Número da NFS-e 101			
Data e Hora da Emissão	02/10/2023 08:09:10	Competência	2/10/2023	Código de Verificação	D1B86LBMZ				
Número da RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP				
Dados do Prestador de Serviços									
Razão Social/Nome		SRD ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA LTDA							
Nome Fantasia									
CNPJ/CPF	21.528.475/0001-25	Inscrição Municipal	2622321	Município	SANTOS - SP				
Endereço e Cep	RUA DOUTOR ISIDORO JOSÉ RIBEIRO CAMPOS ,41 - PONTA DA PRAIA CEP: 11030-490								
Complemento:	0051	Telefone:	(13)3238-3143	e-mail:	sidneydinou@terra.com.br				
Dados do Tomador de Serviços									
Razão Social/Nome		INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE							
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP				
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151								
Complemento:	cj 1816	Telefone:		e-mail:	financeiro_3@alphainstituto.com.br				
Discriminação dos Serviços									
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSESSORIA: Contrato de Gestão 003/2018 e Aditivo 002/2021 Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde PERÍODO DE 01/09/2023 A 30/09/2023 VALOR BRUTO: R\$20.000,00							CENTRO DE CUSTO 102 CÓDIGO GERENCIAL 1115 COMPETÊNCIA 02/10/23		
Código do Serviço / Atividade									
17.01 / 702040001 - atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica - assessoria									
Detalhamento Específico da Construção Civil									
Código da Obra				Código ART					
Tributos Federais									
PIS	130,00	COFINS	600,00	IR(R\$)	300,00	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	200,00
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços			Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município				
Valor dos Serviços R\$	20.000,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	20.000,00			
(-) Desconto Incondicionado			1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei				
(-) Desconto Condicionado			Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado				
(-) Retenções Federais	1.230,00		0-Nenhum		Base de Cálculo				20.000,00
Outras Retenções			Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %				3,00
(-) ISS Retido	600,00		2 - Não		ISS a reter:				(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R\$	18.170,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$				600,00
				2-Não					
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.									
Avisos									



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003480

No. compromisso cliente

Data do Crédito
11/10/2023Valor
425,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
11/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
ADRIANO LAURINDO DA SILVACNPJ/CPF
33.054.318/0001-04Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0336/31872495Agência
00001Conta Corrente
00000000000268821666Valor
425,00Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 2 REF 09 2023Autenticação Bancária
3F10E37E15B9FFC10C170C9**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)

Chave de Acesso da NFS-e
 3548500223305431800010400000000000223092321496240

 Número da NFS-e
 2

 Competência da NFS-e
 27/09/2023

 Data e Hora da emissão da NFS-e
 27/09/2023 19:53:11

 Número da DPS
 2

 Série da DPS
 900

 Data e Hora da emissão da DPS
 27/09/2023 19:53:11


A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pelo consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
 Prestador do Serviço

 CNPJ / CPF / NIF
 33.054.318/0001-04

 Inscrição Municipal
 -

 Telefone
 (13) 9685-9464

 Nome / Nome Empresarial
 ADRIANO LAURINDO DA SILVA 19932425893

 E-mail
 ADRIANOSJS@HOTMAIL.COM

 Endereço
 ENGENHEIRO MANOEL FERRAMENTA JUNIOR, 363

 Município
 Santos - SP

 CEP
 11086-400

 Simples Nacional na Data de Competência
 Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

 Regime de Apuração Tributária pelo SN
 -

TOMADOR DO SERVIÇO

 CNPJ / CPF / NIF
 14.512.229/0001-10

 Inscrição Municipal
 -

 Telefone
 -

 Nome / Nome Empresarial
 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

 E-mail
 -

 Endereço
 AMADOR BUENO, 333, CONJ 1816

 Município
 Santos - SP

 CEP
 11013-153

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e
SERVIÇO PRESTADO

 Código de Tributação Nacional
 14.05.01 - Restauração, recondicionamento, acondicionamento, pintura...

 Código de Tributação Municipal
 -

 Local da Prestação
 Cubatão - SP

 País da Prestação
 -

Descrição do Serviço

"Restauração e fixação de tubos de proteção da caixa d'água do Pronto Socorro Central de Cubatão"

 Conta Bancária
 Banco C6 Bank
 Ag:0001 -C/C 26882166-6
 PIX:13 997853522

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

 Tributação do ISSQN
 Operação Tributável

 País Resultado da Prestação do Serviço
 -

 Município de Incidência do ISSQN
 Santos - SP

 Regime Especial de Tributação
 Nenhum

 Tipo de Imunidade
 -

 Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
 Não

 Número Processo Suspensão
 -

 Benefício Municipal
 -

 Valor do Serviço
 R\$ 425,00

 Desconto Incondicionado
 -

 Total Deduções/Reduções
 -

 Cálculo do BM
 -

 BC ISSQN
 -

 Alíquota Aplicada
 -

 Retenção do ISSQN
 Não Retido

 ISSQN Apurado
 -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

 IRRF
 -

 CP
 -

 CSLL
 -

 PIS
 -

 COFINS
 -

 Retenção do PIS/COFINS
 -

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
 -

VALOR TOTAL DA NFS-E

 Valor do Serviço
 R\$ 425,00

 Desconto Condicionado
 R\$

 Desconto Incondicionado
 R\$

 ISSQN Retido
 -

 IRRF, CP,CSLL - Retidos
 R\$ 0,00

 PIS/COFINS Retidos
 -

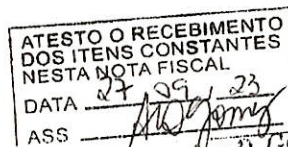
 Valor Líquido da NFS-e
 R\$ 425,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

 Federais
 -

 Estaduais
 -

 Municipais
 -

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

 CENTRO DE CUSTO
 100

 CÓDIGO GERENCIAL
 1825

 COMPETÊNCIA
 09/2023



Cubatão, 27 de setembro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 148.2023 – Alpha – Cubatão


Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a restauração e fixação dos tubos de proteção da caixa d'água do Pronto Socorro Central de Cubatão.


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



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAIS COD. BARRASNo. compromisso banco
900003493

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
11/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

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

Codigo de Barras: 85830000005-0 25000385233-3 21070123278-1 34792422219-6

Data de Pagamento: 11/10/2023

Numero do Documento: 07.01.23278.3479242-2

Autenticacao: 3F10E37B5358150CAD20FBE

Valor Total: R\$ 525,00

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Convenio de Arrecadacao: 00336916000900000097

Canal: PGFOR

Data de Vencimento: 17/11/2023

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em: 11/10/2023

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

Hora da Transacao: 15:22:34

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
IRRF NF 2382 PRO VECTORS REF 09 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 31/10/2023	Data de Vencimento 17/11/2023	Número do Documento 07.01.23278.3479242-2	Pagar este documento até 17/11/2023
Observações IRRF NF 2382 PRO VECTORS CUBATÃO 09/2023			Valor Total do Documento 525,00
Darf emitido pelo Sicalc Web			

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	525,00			525,00
	06 IRRF - REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR PJ				
	PA 10/2023 Vencimento 17/11/2023				
	Totais	525,00	0,00	0,00	525,00

SEDA (Versão:5.1.7)

Página: 1/1

05/10/2023 16:47:28

85830000005 0 25000385233 3 21070123278 1 34792422219 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000005 0 25000385233 3 21070123278 1 34792422219 6



CNPJ: 14.512.229/0001-10
 Número: 07.01.23278.3479242-2
 Pagar até: 17/11/2023
 Valor: 525,00

Pague com o PIX





MUNICIPIO DE SAO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-

Número da
NFS-e
2382



Data e Hora da Emissão	02/10/2023 11:23:33	Competência	9/2023	Código de verificação	BBUQUUR9C
Número do RPS		Nº da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO-SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social / Nome	PRO VECTORS CONSULT. E ASSES.EM INFORMATICA LTDA				
CNPJ/CPF	03.066.534/0001-09	Inscrição Municipal	118793	Município	SAO BERNARDO DO CAMPO UF SP
Endereço e CEP	RUA BRASILIA TONDI DE LIMA ,100 - NOVA PETROPOLIS CEP: 09770-580				
Compl:		Telefone:	(11)2374-7073	e-mail:	legalizacao@coass.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social / Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal	43986781	Município	SANTOS UF SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151				
Complemento	CONJ 1703/1705	Telefone:	(13)3322-7379	e-mail:	contato@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO SAAS.
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO X INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE - TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO 003/2018.
PERÍODO: Setembro/2023

VENCIMENTO: 10/10/2023

Carga Tributária Média Nacional + Municipal: 17,35%
Fonte: IBPT (Versão: 16.1.A - Chave:ca7g13)

Área Financeira:
e-mail: financeiro@proectors.com.br
fone:(11)3907-2240

DADOS BANCÁRIOS:
Favorecido: Pro Vectors Consultoria e Assessoria em Informática Ltda.
BANCO SANTANDER nº 033
AGÊNCIA: 2015 - Marechal Deodoro
CONTA CORRENTE: 13-002197-9

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1144
COMPETÊNCIA
09/2023

Codificação do Serviço Prestado

Item da Lei 116	Cód. Atividade / Cód. Serviço	Descrição
1.03	1.03 / 1.03/102307/1234	1.03 / 1.03/102307/1234 - SERVICOS DE PROCESSAMENTO DE DADOS

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra	Código ART

Retenção de Tributos Federais (R\$)

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IR (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)
227,50	1.050,00	525,00		350,00

Detalhamento de Valores dos Serviços

Outras Informações

Cálculo do ISS devido

Valor dos Serviços R\$	Natureza da Operação	Valor dos Serviços R\$
35.000,00	1 - Tributação no município	35.000,00
(-) Desconto Incondicionado	Regime Especial de Tributação	(-) Deduções permitidas em Lei
(-) Desconto Condicionado	0 - Nenhum	(-) Desconto Incondicionado
(-) Retenções de Tributos Federais	Opção Simples Nacional	(=) Base de Cálculo
(-) Outras Retenções	2 - Não	35.000,00
(-) ISS Retido	Incentivador Cultural	(x) Alíquota %
(=) Valor Líquido: R\$	2 - Não	2,00
32.847,50		ISS a reter:
		(=) Valor do ISS: R\$
		700,00

Valor Total da Nota: 35.000,00

AVISO:

Nota Fiscal emitida através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003473

No. compromisso cliente

Data do Crédito
11/10/2023Valor
800,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
11/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
EMPRESA JORN E EDITORA SANTOS E SANTOSCNPJ/CPF
20.059.324/0001-02Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0341/60701190Agência
07642Conta Corrente
00000000000000996313Valor
800,00Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 1229 REF 09 2023Autenticação Bancária
3F10E3703AACDBC7D74512D**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)


PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES

08780-900 - AV VER NARCISO YAGUE GUIMARAES - CENTRO CIVICO - MOGI DAS CRUZES - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota	Data Emissão:	Chave:
	1229	03/10/2023	TIFG-ZPSC

EMPRESA JORN E EDITORA SANTOS E SANTOS

 R JUDITH DE OLIVEIRA MARQUES, 35 - VL MOGILAR
 MOGI DAS CRUZES - SP - CEP: 08773-370

CNPJ/CPF: 20.059.324/0001-02

Inscr. Estadual/RG:

Email: comercial@leiaogazeta.com.br

Telefone: (11) 4255-3070

CCM 75674

Inscr. Municipal: 075.674-1

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 10/2023

Atividade: 17.02 - Datilografia, digitação, estenografia, expediente, secretaria em geral, resposta audível, redação, edição, interpretação, revisão, tradução, apoio e infraestrutura administrativa e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Rua Amador Bueno, 333 Cjto 1816 - Centro

Santos - SP - Brasil - CEP: 11510-000

CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

Inscrição

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF:

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

- - - - CEP:

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor	Valor Total
-----	----	----------------------------	-------	-------------

1	1	Prestação de serviços de comunicação para o "Contrato de Gestão nº 003/18 e Termo Aditivo nº 005/2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatão - SP /Endereço para entrega: Av. 9 de abril, 2800 - Centro - Cubatão - SP CEP 11510-000".	800,00	800,00
---	---	--	--------	--------

Competência: Setembro de 2023

Valor: R\$ 800,00 Oitocentos reais

Dados bancários para pagamento:

BANCO 341 - ITAÚ

AG: 7642

C/C: 99631-3

CNPJ: 20.059.324/0001-02

Favorecido: Empresa Jornalística e Editora Santos & Santos Ltda - Me

Chave PIX Telefone: 11995775805

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1135

COMPETÊNCIA

09/2023

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

Observação:

Total dos Serviços	800,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00% 16,00
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES								Total Líquido
800,00	ISS 0,00	IRRF 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00	INSS 0,00	OUTROS 0,00	800,00	

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



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAIS COD. BARRASNo. compromisso banco
900003496

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
11/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

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

Código de Barras: 85800000009-7 30000385233-3 21070123275-7 42002308837-0

Data de Pagamento: 11/10/2023

Numero do Documento: 07.01.23275.4200230-8

Valor Total: R\$ 930,00

Autenticacao: 3F10E37203A3C5A17053D22

Convênio de Arrecadacao: 00336916000900000097

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Data de Vencimento: 17/11/2023

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.

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

Transacao efetivada em: 11/10/2023

Hora da Transacao: 15:22:34

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
PCC NF 101 SRD ASS ADM REF 09 2023Central de Atendimento Santander
Empresarial4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 14.512.229/0001-10	Razão Social INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Período de Apuração 31/10/2023	Data de Vencimento 17/11/2023
Número do Documento 07.01.23275.4200230-8	
Observações PCC NF 101 SRD ASS. ADM. FINANC. 09/2023 CUBATAO	
Darf emitido pelo Sicalc Web	
Pagar este documento até 17/11/2023	
Valor Total do Documento 930,00	

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	930,00			930,00
	07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO				
	PA 10/2023 Vencimento 17/11/2023				
	Totais	930,00	0,00	0,00	930,00

SEDA (Versão:5.1.7)

Página: 1 / 1

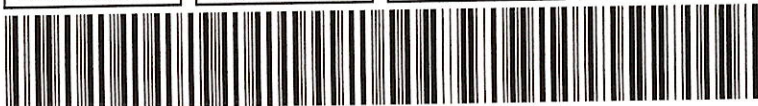
02/10/2023 08:46:33

85800000009 7 30000385233 3 21070123275 7 42002308837 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais



85800000009 7 30000385233 3 21070123275 7 42002308837 0



CNPJ: 14.512.229/0001-10
 Número: 07.01.23275.4200230-8
 Pagar até: 17/11/2023
 Valor: 930,00

Pague com o PIX



		PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e				Número da NFS-e 101					
Data e Hora da Emissão		02/10/2023 08:09:10		Competência		2/10/2023		Código de Verificação		D1B86LBMZ	
Número da RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		SANTOS - SP	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		SRD ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA LTDA									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		21.528.475/0001-25		Inscrição Municipal		2622321		Município		SANTOS - SP	
Endereço e Cep		RUA DOUTOR ISIDORO JOSÉ RIBEIRO CAMPOS ,41 - PONTA DA PRAIA CEP: 11030-490									
Complemento:		0051		Telefone:		(13)3238-3143		e-mail:		sidneydinou@terra.com.br	
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE									
CNPJ/CPF		14.512.229/0001-10		Inscrição Municipal				Município		SANTOS - SP	
Endereço e CEP		RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151									
Complemento:		cj 1816		Telefone:				e-mail:		financeiro_3@alphainstituto.com.br	
Discriminação dos Serviços											
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSESSORIA: Contrato de Gestão 003/2018 e Aditivo 002/2021 Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde PERÍODO DE 01/09/2023 A 30/09/2023 VALOR BRUTO: R\$20.000,00							CENTRO DE CUSTO 102 CÓDIGO GERENCIAL 1115 COMPETÊNCIA 09/2023				
Código do Serviço / Atividade											
17.01 / 702040001 - atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica - assessoria											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra								Código ART			
Tributos Federais											
PIS		130,00		COFINS		600,00		IR(R\$)		300,00	
INSS(R\$)				CSLL(R\$)		200,00					
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$		20.000,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		20.000,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		1.230,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		20.000,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00			
(-) ISS Retido		600,00		2 - Não		ISS a reter:		(X) Sim () Não			
(=) Valor Líquido R\$		18.170,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$		600,00			
				2-Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.									