



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003497

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
1.102,97Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
11/10/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDECPF/CNPJ do Pagador  
Original  
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original  
MUNICIPIO DE SANTOSCPF/CNPJ do Beneficiário  
Original  
58.200.015/0001-83Nome/Razão Social do Pagador Efetivo  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo  
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida  
237 - BCO BRADESCO S ACódigo de Barras  
23790.04506.90000.828146.33002.581909.3.95000000110297

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

1.102,97

0,00

0,00

1.102,97

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
ISS NFS DIVERSAS REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E371C10587304A156FA**Central de Atendimento Santander Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)  
0800-726-2125 (Demais Localidades)  
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777  
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322  
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)



## DAM - Documento de Arrecadação Municipal

Prefeitura Municipal de Santos

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Inscrição : 2861988 - Competência 9/2023

ISSQN - Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza


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

Recibo do Pagador

|   |   |                                     |  |
|---|---|-------------------------------------|--|
| 01 - Vencimento<br><b>11/10/2023</b>    | 02 - Agência/Código do Beneficiário<br>0045-0/25819-9 | 03 - Número do Documento<br>8281433 | 04 - Nosso Número / Código Documento<br>09/00008281433-0/8281433 |
| 05 - (=) Valor do Documento<br>1.102,97 | 06 - (-) Desconto<br>0,00                             | 07 - (+) Acréscimos<br>0,00         | 08 - (=) Valor Cobrado   |

Pagador

..... Autenticação Mecânica .....

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

Sacador/Avalista

ISSQN - Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza



237-2

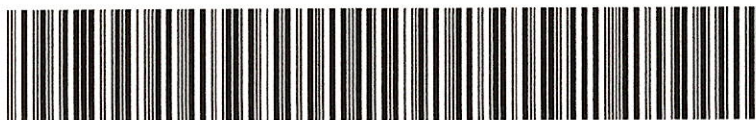
23790.04506 90000.828146 33002.581909 3 95000000110297

|   |                               |                        |                  |   |  |                      |  |
|---|-------------------------------|------------------------|------------------|---|--|----------------------|--|
| 09 - Local do Pagamento   |                               |                        |                  | 10 - Vencimento<br>11/10/2023                         |  |                      |  |
| 11 - Beneficiário Prefeitura Municipal de Santos 58.200.015/0001-83<br>Praça Visconde de Maua S/N - Santos - SP   |                               |                        |                  | 12 - Agência/Código do Beneficiário<br>0045-0/25819-9 |  |                      |  |
| 13 - Data da Emissão<br>11/10/2023  | 14 - Número do Doc<br>8281433 | 15 - Espécie Doc<br>OU | 16 - Aceite<br>N | 17 - Data do Processamento<br>11/10/2023              | 18 - Nosso Número / Código Documento<br>09/00008281433-0 |                      |  |
| 19 - Uso do Banco   | 20 - Carteira<br>09           | 21 - Espécie<br>REAL   | 22 - Quantidade  | 23 - Valor  | 24 - (=) Valor do Documento<br>1.102,97                  |                      |  |
| 25 - Instruções - Texto de responsabilidade do Beneficiário<br>Multa moratoria de 0.1667(por cento) por dia de atraso, a partir do primeiro dia seguinte ao vencimento, limitada a 10(por cento) sobre o valor principal. Juros de mora de 1(por cento) ao mes ou apuracao a partir do mes seguinte ao do vencimento, sobre o principal mais multa corrigidos monetariamente. Artigo 216 da Lei 3750/1971 - C.T.M |                               |                        |                  |   | 26 - (-) Desconto<br>0,00                                |                      |  |
|   |                               |                        |                  |   | 27 - (-) Outras Deduções/Abatimento                      |                      |  |
|   |                               |                        |                  |   | 28 - (+) Mora/Multa/Juros<br>0,00                        |                      |  |
|   |                               |                        |                  |   | 29 - (+) Outros Acréscimos<br>0,00                       |                      |  |
| 30 - Unidade Beneficiário 25819-9   |                               |                        |                  |   | 31 - (=) Valor Cobrado                                   |                      |  |
| Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AMADOR BUENO, 333 - PAQUETÁ - 11013153 SANTOS - SP - 14512229000110 - Modalidade: Tomador  |                               |                        |                  | 32 - Inscrição Municipal<br>2861988                   |  | 33 - Tipo<br>Tomador |  |
|   |                               |                        |                  | 34 - Competência<br>9/2023                            |  | 35 - Receita         |  |

Sacador/Avalista

Código de Baixa

..... Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação .....



11/10/2023 15:02:52



PRESTADOR

TOMADOR

CONSTRUÇÃO CIVIL

BANCOS

CONDÔMINIOS

ESPECIAIS

ESTATÍSTICAS

ESCRITURAÇÃO OFFLINE

REMESSA

LEGISLAÇÃO

HOME

Regime: Por Homologação

Inscr.: 2861988 CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

Instituto Alpha De Medicina Para Saude

Rua Conse Amador Bueno, 333 - Paquetá 1816 / BLOCO B

Prefeitura Municipal de Santos

G4WX-M25

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

Versão: V1.45.01.2018012301





## CONFIRMAÇÃO DE ESCRITURAÇÃO FISCAL

| Número | Série | Valor         | Base de Cálculo | Atividade | Prestador   | CNPJ           |
|--------|-------|---------------|-----------------|-----------|---|----------------|
| 1698   | NFS-e | R\$ 4.500,00  | R\$ 4.500,00    | 692060201 | CONTASC - CONTADORES ASSOCIADOS EM SERVICOS CONTABEIS LTDA - ME | 10969220000181 |
| 159    | NFS-e | R\$ 27.662,16 | R\$ 27.662,16   | 8111700   | SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME                                  | 9564629000139  |
| 80     | NFS-e | R\$ 5.500,00  | R\$ 5.500,00    | 6920601   | LDM ASSESSORIA CONTABIL LTDA                                    | 50380928000117 |



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

SIM

NÃO

|    |  | PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e |                            |                       |                                | Número da NFS-e<br>1698              |  |  |  |
|---|--|---|----------------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| Data e Hora da Emissão  | 01/09/2023 09:19:22  | Competência   | 1/9/2023                   | Código de Verificação | 2EZKLOLOI                      |                                      |  |   |  |
| Número do RPS   | 704  | No. da NFS-e substituída  |                            | Local da Prestação    | SANTOS - SP                    |                                      |  |   |  |
| Prestador de Serviço  |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Razão Social/Nome   |  | CONTASC - CONTADORES ASSOCIADOS EM SERVICOS CONTABEIS LTDA - ME   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Nome Fantasia   |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| CNPJ/CPF  | 10.969.220/0001-81   | Inscrição Municipal   | 1877973                    | Município             | SANTOS - SP                    |                                      |  |   |  |
| Endereço e CEP  |  | AVENIDA AFFONSO PENNA ,180 - BOQUEIRÃO CEP: 11020-000   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Complemento   | 0062   | Telefone  | (13)3238-3143              | e-mail                | EDNA@CONTASC10.COM.BR          |                                      |  |   |  |
| Tomador de Serviço  |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Razão Social/Nome   |  | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| CNPJ/CPF  | 14.512.229/0001-10   | Inscrição Municipal   |                            | Município             | SANTOS - SP                    |                                      |  |   |  |
| Endereço e CEP  |  | R AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11053-153   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Complemento   | CONJ 1816  | Telefone  | (13)3322-7379              | e-mail                | contato@alphainstituto.com.br  |                                      |  |   |  |
| Discriminação do Serviço  |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Serviços prestados<br>Prestacao de servico ref. 08/2023 - contrato de Prestacao de Servicos - Contrato de Gestao 003/2018 Aditivo 002/2021 Prefeitura municipal de Cubatao x Instituto Alpha de Medicina para Saude<br>Valor Liquido R\$ 4.337,10 |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Código do Serviço / Atividade<br>17.01 / 692060201 - atividades de consultoria e auditoria contábil e tributária - consultoria contábil e tributária  |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil   |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| Código da Obra  |  |   |                            |                       | Código ART                     |                                      |  |   |  |
| Tributos Federais   |  |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |
| PIS (R\$)   |  | COFINS (R\$)  |                            | IR (R\$)              |                                | INSS (R\$)                           |  | CSLL (R\$)  |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço  |  |   |                            | Outras Informações    |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |   |  |
| Valor do Serviço R\$  | 4.500,00   |   | Natureza Operação          |                       | Valor do Serviço R\$           | 4.500,00                             |  |   |  |
| (-) Desconto Incondicionado   | 0,00   |   | 1-Tributação no município  |                       | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00                                 |  |   |  |
| (-) Desconto Condicionado   | 0,00   |   | Regime Especial Tributação |                       | (-) Desconto Incondicionado    | 0,00                                 |  |   |  |
| (-) Retenções Federais  | 0,00   |   | 0-Nenhum                   |                       | Base de Cálculo                | 4.500,00                             |  |   |  |
| (-) Outras Retenções  | 0,00   |   | Opção Simples Nacional     |                       | (x) Alíquota %                 | 3,62                                 |  |   |  |
| (-) ISSQN Retido  | 162,90   |   | 1 - Sim                    |                       | ISSQN a Reter                  | (X) Sim ( ) Não                      |  |   |  |
| (=) Valor Líquido R\$   | 4.337,10   |   | Incentivador Cultural      |                       | (=) Valor do ISSQN R\$         | 162,90                               |  |   |  |
|   |  |   |                            | 2-Não                 |                                |                                      |  |   |  |
| Avisos  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://santos.ginfes.com.br">http://santos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br>3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |   |                            |                       |                                |                                      |  |   |  |

CENTRO DE CUSTO  
 100  
 CÓDIGO GERENCIAL  
 117  
 COMPETÊNCIA  
 08/2023

|    |  | PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS<br>NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e  |        |                          |  | Número da NFS-e<br>80      |  |  |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
|--|--|--|--------|--------------------------|--|----------------------------|--|---|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------|--|--|--|
| Data e Hora da Emissão   |  | 11/09/2023 21:38:50  |        | Competência              |  | 11/9/2023                  |  | Código de Verificação   |                                      | CFRT22ABI                      |                 |           |  |  |  |
| Número do RPS  |  |  |        | No. da NFS-e substituída |  |                            |  | Local da Prestação  |                                      | SANTOS - SP                    |                 |           |  |  |  |
| Dados do Prestador de Serviços   |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Razão Social/Nome  |  | LDM ASSESSORIA CONTABIL LTDA   |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Nome Fantasia  |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| CNPJ/CPF   |  | 50.380.928/0001-17   |        | Inscrição Municipal      |  | 3101100                    |  | Município   |                                      | SANTOS - SP                    |                 |           |  |  |  |
| Endereço e Cep   |  | AVENIDA DOUTOR HAROLDO DE CAMARGO ,60 - CASTELO CEP: 11087-500   |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Complemento:   |  | 143 / BLOCO  |        | Telefone:                |  | 13997706661                |  | e-mail:   |                                      | trabalholdm@hotmail.com        |                 |           |  |  |  |
| Dados do Tomador de Serviços   |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Razão Social/Nome  |  | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE   |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| CNPJ/CPF   |  | 14.512.229/0001-10   |        | Inscrição Municipal      |  | 2861988                    |  | Município   |                                      | SANTOS - SP                    |                 |           |  |  |  |
| Endereço e CEP   |  | AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Complemento:   |  | 1816 / BLOCO B   |        | Telefone:                |  | (13)4141-3837              |  | e-mail:   |                                      | financub@alphainstituto.com.br |                 |           |  |  |  |
| Discriminação dos Serviços   |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| SERVIÇOS CONTÁBEIS E ASSESSORIA RH REF. 08/2023<br>CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 E ADITIVOS<br>Prefeitura de Cubatão - SP x Instituto Alpha de Medicina para Saúde.<br>BANCO C6 S.A. (336)<br>AG 0001<br>CC 26518061-9 |  |  |        |                          |  |                            | CENTRO DE CUSTO<br>100<br>CÓDIGO GERENCIAL<br>1117<br>COMPETÊNCIA<br>08/2023 |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Código do Serviço / Atividade  |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| 17.19 / 6920601 - atividades de contabilidade  |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil  |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Código da Obra   |  |  |        |                          |  |                            |  | Código ART  |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Tributos Federais  |  |  |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| PIS  |  |  | COFINS |                          |  | IR(R\$)                    |  |   | INSS(R\$)                            |                                |                 | CSLL(R\$) |  |  |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços   |  |  |        |                          |  | Outras Retenções           |  |   | Cálculo do ISSQN devido no Município |                                |                 |           |  |  |  |
| Valor dos Serviços R\$   |  | 5.500,00   |        |                          |  | Natureza Operação          |  |   | Valor dos Serviços R\$               |                                | 5.500,00        |           |  |  |  |
| (-) Desconto Incondicionado  |  |  |        |                          |  | 1-Tributação no município  |  |   | (-) Deduções permitidas em lei       |                                |                 |           |  |  |  |
| (-) Desconto Condicionado  |  |  |        |                          |  | Regime especial Tributação |  |   | (-) Desconto Incondicionado          |                                |                 |           |  |  |  |
| (-) Retenções Federais   |  | 0,00   |        |                          |  | 0-Nenhum                   |  |   | Base de Cálculo                      |                                | 5.500,00        |           |  |  |  |
| Outras Retenções   |  |  |        |                          |  | Opção Simples Nacional     |  |   | (x) Alíquota %                       |                                | 3,06            |           |  |  |  |
| (-) ISS Retido   |  | 168,30   |        |                          |  | 1 - Sim                    |  |   | ISS a reter:                         |                                | (X) Sim ( ) Não |           |  |  |  |
| (=) Valor Líquido R\$  |  | 5.331,70   |        |                          |  | Incentivador Cultura       |  |   | (-) Valor do ISS: R\$                |                                | 168,30          |           |  |  |  |
|  |  |  |        |                          |  | 2-Não                      |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |
| Avisos   |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |        |                          |  |                            |  |   |                                      |                                |                 |           |  |  |  |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da  
NFS-e  
159



202

|                        |                     |                          |          |                       |             |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-------------|
| Data e Hora da Emissão | 05/09/2023 14:12:11 | Competência              | 5/9/2023 | Código de Verificação | OA0PGMJJR   |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SANTOS - SP |

Dados do Prestador de Serviços

|                   |   |                     |               |           |                      |
|-------------------|---|---------------------|---------------|-----------|----------------------|
| Razão Social/Nome | SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME                      |                     |               |           |                      |
| Nome Fantasia     |   |                     |               |           |                      |
| CNPJ/CPF          | 09.564.629/0001-39                                  | Inscrição Municipal | 1820933       | Município | SANTOS - SP          |
| Endereço e Cep    | RUA CAMPOS MELLO ,332 - ENCRUZILHADA CEP: 11015-012 |                     |               |           |                      |
| Complemento:      | 0000  | Telefone:           | (13)3468-2466 | e-mail:   | universo@iron.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 |             | Município | SANTOS - SP                      |
| Endereço e CEP    | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151 |                     |             |           |                                  |
| Complemento:      | CONJ. 1816                                    | Telefone:           | 13991065947 | e-mail:   | financeiro@alphainstituto.com.br |

Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO DE CONTROLADORIA DE ACESSO - CONTRATO DE GESTÃO CUBATÃO - NÚMERO 003/2018 - ADITAMENTO 005/2023  
PERÍODO: 01/08/2023 A 31/08/2023 - UNIDADE PRONTO SOCORRO CENTRAL E INFANTIL DE CUBATÃO.

CENTRO DE LUSTO  
109  
CÓDIGO GERENCIAL  
1132  
COMPETÊNCIA  
08/2023

Código do Serviço / Atividade

17.05 / 8111700 - serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|     |  |        |  |         |  |           |          |           |  |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|----------|-----------|--|
| PIS |  | COFINS |  | IR(R\$) |  | INSS(R\$) | 3.042,84 | CSLL(R\$) |  |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|----------|-----------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços |           | Outras Retenções           |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |
|--|-----------|----------------------------|--|--------------------------------------|-----------------|
| Valor dos Serviços R\$                           | 27.662,16 | Natureza Operação          |  | Valor dos Serviços R\$               | 27.662,16       |
| (-) Desconto Incondicionado                      |           | 1-Tributação no município  |  | (-) Deduções permitidas em lei       |                 |
| (-) Desconto Condicionado                        |           | Regime especial Tributação |  | (-) Desconto Incondicionado          |                 |
| (-) Retenções Federais                           | 3.042,84  | 0-Nenhum                   |  | Base de Cálculo                      | 27.662,16       |
| Outras Retenções                                 |           | Opção Simples Nacional     |  | (x) Alíquota %                       | 2,79            |
| (-) ISS Retido                                   | 771,77    | 1 - Sim                    |  | ISS a reter:                         | (X) Sim ( ) Não |
| (=) Valor Líquido R\$                            | 23.847,55 | Incentivador Cultura       |  | (=) Valor do ISS: R\$                | 771,77          |
|  |           | 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.
- 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003471

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
1.226,47

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123 / 000130041276Favorecido  
CLINICA SAUDE IDEAL LTDACNPJ/CPF  
27.592.607/0001-64

## Conta Creditada

Banco 0033  
Agência 0171  
Conta 00000000000130067105

## Número do Documento

900003471  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor



## Complemento do Tipo de Serviço

NF 25 SERVICOS MEDICOS REF 09 2023

## Autenticação Bancária

3F10E378CCFA33387E6C7CB

**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 MUNICIPAL DE SANTOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS<br>NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e |                                |                       |              | Número da<br>NFS-e<br>25             |                |  |       |
|--|---------------------|---|--------------------------------|-----------------------|--------------|--------------------------------------|----------------|---|-------|
| Data e Hora da Emissão   | 04/10/2023 10:19:57 | Competência   | 27/9/2023                      | Código de Verificação | UDQ5BAJNI    |                                      |                |   |       |
| Número do RPS  |                     | No. da NFS-e substituída  | 24                             | Local da Prestação    | CUBATAO - SP |                                      |                |   |       |
| Dados do Prestador de Serviços   |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Razão Social/Nome  |                     | CLINICA SAUDE IDEAL LTDA  |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Nome Fantasia  |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| CNPJ/CPF   | 27.592.607/0002-45  | Inscrição Municipal   | 3017401                        | Município             | SANTOS - SP  |                                      |                |   |       |
| Endereço e Cep   |                     | AVENIDA ANA COSTA ,259 - GONZAGA CEP: 11060-001   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Complemento:   |                     | 0054  | Telefone:                      | (13)3289-1541         | e-mail:      | depfiscal@hecocontabilidade.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   | 2861988                        | Município             | SANTOS - SP  |                                      |                |   |       |
| Endereço e CEP   |                     | AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Complemento:   |                     | 1816 / BLOCO B  | Telefone:                      | (13)4141-3837         | e-mail:      | CT@LDMASSESSORIA.COM                 |                |   |       |
| Discriminação dos Serviços   |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Período de 01/08/2023 a 30/08/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde<br>CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 e ADITIVO 005/2023<br>PRONTO SOCORRO CENTRAL e 1 Plantão de 12 horas<br>SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| CENTRO DE CUSTO<br><u>100</u><br>CÓDIGO GERENCIAL<br><u>1101</u><br>COMPETÊNCIA<br><u>08/2023</u>  |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Código do Serviço / Atividade  |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| 4.02 / 8630502 - atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares   |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Detalhamento Específico da Construção Civil  |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| Código da Obra   |                     |   |                                | Código ART            |              |                                      |                |   |       |
| Tributos Federais  |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |
| PIS  | 8,78                | COFINS  | 40,50                          | IR(R\$)               | 20,25        | INSS(R\$)                            |                | CSLL(R\$)   | 13,50 |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços   |                     |   | Outras Retenções               |                       |              | Cálculo do ISSQN devido no Município |                |   |       |
| Valor dos Serviços R\$   | 1.350,00            |   | Natureza Operação              |                       |              | Valor dos Serviços R\$               | 1.350,00       |   |       |
| (-) Desconto Incondicionado  |                     |   | 2-Tributação fora do município |                       |              | (-) Deduções permitidas em lei       |                |   |       |
| (-) Desconto Condicionado  |                     |   | Regime especial Tributação     |                       |              | (-) Desconto Incondicionado          |                |   |       |
| (-) Retenções Federais   | 83,03               |   | 0-Nenhum                       |                       |              | Base de Cálculo                      | 1.350,00       |   |       |
| Outras Retenções   |                     |   | Opção Simples Nacional         |                       |              | (x) Alíquota %                       |                |   |       |
| (-) ISS Retido   | 40,50               |   | 2 - Não                        |                       |              | ISS a reter:                         | (X) Sim () Não |   |       |
| (=) Valor Líquido R\$  | 1.226,47            |   | Incentivador Cultura           |                       |              | (=) Valor do ISS: R\$                |                |   |       |
|  |                     |   |                                | 2-Não                 |              |                                      |                |   |       |
| Avisos<br>1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.  |                     |   |                                |                       |              |                                      |                |   |       |





Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAL COD. BARRASNo. compromisso banco  
900003495

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

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

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

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

Código de Barras: 85820000016-3 27500385233-9 21070123278-1 34776427766-4

Número do Documento: 07.01.23278.3477642-7

Data de Pagamento: 11/10/2023

Autenticação: 3F10E376B624A9E7870D2FD

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Valor Total: R\$ 1.627,50

Canal: PGFOR

Convênio de Arrecadação: 00336916000900000097

Pagamento efetuado com base nas informações do código de barras.

Transação efetivada em: 11/10/2023

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 comprovação do pagamento.

Hora da Transação: 15:22:34

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PCC 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)



# Receita Federal

## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| CNPJ<br><b>14.512.229/0001-10</b>                             | Razão Social<br><b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b> |   |   |
| Período de Apuração<br><b>31/10/2023</b>                      | Data de Vencimento<br><b>17/11/2023</b>                       | Número do Documento<br><b>07.01.23278.3477642-7</b> | Pagar este documento até<br><b>17/11/2023</b> |
| Observações<br><b>PCC NF 2382 PRO VECTORS CUBATÃO 09/2023</b> |   |   | Valor Total do Documento<br><b>1.627,50</b>   |
| <b>Darf emitido pelo Sicalc Web</b>                           |   |   |   |

### Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação   | Principal       | Multa       | Juros       | Total           |
|--------|---|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| 5952   | RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV   | 1.627,50        |             |             | 1.627,50        |
|        | 07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO |                 |             |             |                 |
|        | PA 10/2023 Vencimento 17/11/2023  |                 |             |             |                 |
|        | <b>Totais</b>   | <b>1.627,50</b> | <b>0,00</b> | <b>0,00</b> | <b>1.627,50</b> |

SENDA (Versão:5.1.7)

Página: 1 / 1

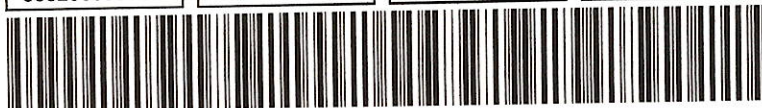
05/10/2023 16:46:57

85820000016 3 27500385233 9 21070123278 1 34776427766 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85820000016 3 27500385233 9 21070123278 1 34776427766 4



CNPJ: 14.512.229/0001-10  
 Número: 07.01.23278.3477642-7  
 Pagar até: 17/11/2023  
 Valor: 1.627,50

Pague com o PIX





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

Número da NFS-e  
2382



207

|                        |                     |                         |        |                       |            |
|------------------------|---------------------|-------------------------|--------|-----------------------|------------|
| 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@provector.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  
1124  
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            |
| 2.152,50                           | 2 - Não                       | 35.000,00                      |
| (-) Outras Retenções               | Incentivador Cultural         | (x) Alíquota %                 |
| (-) ISS Retido                     | 2 - Não                       | 2,00                           |
| (=) Valor Líquido: R\$             |                               | ISS a reter: ( ) Sim (X) Não   |
| 32.847,50                          |                               | (=) Valor do ISS: R\$          |
|                                    |                               | 700,00                         |

Valor Total da Nota: 35.000,00

AVISO:

- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação.

## NOTA EXPLICATIVA

TRANSFERÊNCIA EFETUADA EM 11/10/2023 NO VALOR DE R\$ 1.835,82 PARA JOYCE DE LORENA RIBEIRO - CPF. 412.567.988-60, REFERENTE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA SOBRE RESCISÃO DO FUNCIONÁRIO HEITOR DE MENDONÇA SALLES.

COMPROVANTE ANEXO.



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003469

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
1.835,82

## 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

900003469  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

PENSAO ALIMENTICIA RESCISAO 10 2023

## Autenticação Bancária

3F10E3746F8248067B156C5

## 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)



## Emissão 2ª Via

|                                    |                         |                               |                   |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|
| No. compromisso banco<br>900003478 | No. compromisso cliente | Data do Crédito<br>11/10/2023 | Valor<br>4.334,85 |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|

## Dados do Remetente

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Nome<br>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA | CNPJ/CPF<br>14.512.229/0001-10 |
|--|--------------------------------|

|                                    |                                   |   |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Convênio<br>0033-0123-004906738922 | Data da Solicitação<br>11/10/2023 | Agência/Conta Corrente<br>0123 / 000130041276 |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|

## Dados do Destinatário

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Nome<br>CONTASC CONTADORES ASSOCIADOS EM SERVICO | CNPJ/CPF<br>10.969.220/0001-81 |
|--|--------------------------------|

Tipo Conta  
Conta Corrente

|                             |                  |  |                   |
|-----------------------------|------------------|--|-------------------|
| Banco/ISPB<br>0237/60746948 | Agência<br>06247 | Conta Corrente<br>00000000000000000752 | Valor<br>4.334,85 |
|-----------------------------|------------------|--|-------------------|

Finalidade  
Crédito em Conta

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 1717 REF 09 2023

Autenticação Bancária  
3F10E3717F884BA26A6F614

## 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 MUNICIPAL DE SANTOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e |               |                            | Número da NFS-e<br>1717       |                                      |  |                 |
| Data e Hora da Emissão   | 02/10/2023 09:07:24                                   | Competência   | 2/10/2023     | Código de Verificação      | NKEQAR38S                     |                                      |   |                 |
| Número do RPS  | 722   | No. da NFS-e substituída  |               | Local da Prestação         | SANTOS - SP                   |                                      |   |                 |
| <b>Prestador de Serviço</b>  |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Razão Social/Nome  |   | CONTASC - CONTADORES ASSOCIADOS EM SERVICOS CONTABEIS LTDA - ME   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Nome Fantasia  |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| CNPJ/CPF   | 10.969.220/0001-81                                    | Inscrição Municipal   | 1877973       | Município                  | SANTOS - SP                   |                                      |   |                 |
| Endereço e CEP   | AVENIDA AFFONSO PENNA ,180 - BOQUEIRÃO CEP: 11020-000 |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Complemento  | 0062  | Telefone  | (13)3238-3143 | e-mail                     | EDNA@CONTASC10.COM.BR         |                                      |   |                 |
| <b>Tomador de Serviço</b>  |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Razão Social/Nome  |   | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| CNPJ/CPF   | 14.512.229/0001-10                                    | Inscrição Municipal   |               | Município                  | SANTOS - SP                   |                                      |   |                 |
| Endereço e CEP   | R AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11053-153           |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Complemento  | CONJ 1816   | Telefone  | (13)3322-7379 | e-mail                     | contato@alphainstituto.com.br |                                      |   |                 |
| <b>Discriminação do Serviço</b>  |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Serviços prestados   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Prestação de serviço ref. 09/2023 - contrato de Prestação de Serviços - Contrato de Gestão 003/2018 Aditivo 002/2021 Prefeitura municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde  |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Valor Líquido R\$ 4.334,85   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| CENTRO DE CUSTO<br>100<br>CÓDIGO GERENCIAL<br>1120<br>COMPETÊNCIA<br>09/2023   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| 17.01 / 692060201 - atividades de consultoria e auditoria contábil e tributária - consultoria contábil e tributária  |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| Código da Obra   |   |   | Código ART    |                            |                               |                                      |   |                 |
| <b>Tributos Federais</b>   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| PIS (R\$)  |   | COFINS (R\$)  |               | IR (R\$)                   |                               | INSS (R\$)                           |   | CSLL (R\$)      |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço   |   |   |               | Outras Informações         |                               | Cálculo do ISSQN devido no Município |   |                 |
| Valor do Serviço R\$   |   | 4.500,00  |               | Natureza Operação          |                               | Valor do Serviço R\$                 |   | 4.500,00        |
| (-) Desconto Incondicionado  |   | 0,00  |               | 1-Tributação no município  |                               | (-) Deduções Permitidas em Lei       |   | 0,00            |
| (-) Desconto Condicionado  |   | 0,00  |               | Regime Especial Tributação |                               | (-) Desconto Incondicionado          |   | 0,00            |
| (-) Retenções Federais   |   | 0,00  |               | 0-Nenhum                   |                               | Base de Cálculo                      |   | 4.500,00        |
| (-) Outras Retenções   |   | 0,00  |               | Opção Simples Nacional     |                               | (x) Alíquota %                       |   | 3,67            |
| (-) ISSQN Retido   |   | 165,15  |               | 1 - Sim                    |                               | ISSQN a Reter                        |   | (X) Sim ( ) Não |
| (=) Valor Líquido R\$  |   | 4.334,85  |               | Incentivador Cultural      |                               | (=) Valor do ISSQN R\$               |   | 165,15          |
|  |   |   |               | 2-Não                      |                               |                                      |   |                 |
| Avisos   |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |
| 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://santos.ginfes.com.br">http://santos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |   |   |               |                            |                               |                                      |   |                 |



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003482

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
4.386,25

## 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  
IRACY ALVES KAUFFMANCNPJ/CPF  
14.244.694/0001-17Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0290/08561701Agência  
00001Conta Corrente  
00000000000212482103Valor  
4.386,25Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 114 PARCELA 2DE2 REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E372B299DC024E4AEFC**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)



**Financub - Alpha**

---

**De:** compras@alphainstituto.com.br  
**Enviado em:** segunda-feira, 18 de setembro de 2023 12:25  
**Para:** financub@alphainstituto.com.br  
**Assunto:** ENC: Kauffman x Cubatão  
**Anexos:** Cubatão-NFE-1350161681..pdf

Val,  
Por gentileza, providenciar os pagamentos (50% no ato e o restante na entrega) no valor total de R\$ 8.772,50 conforme abaixo, referente a compra de camisetas personalizadas para complemento dos uniformes de Cubatão.  
Banco PagBank (290-PagSeguro Internet S.A.)

Agencia 0001

CC 21248210-3

Iracy Alves Kauffman 08333508898

CNPJ: 14.244.694/0001-17

ET: FAVOR ME ENVIAR O COMPROVANTE.


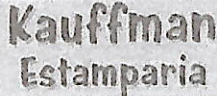
Grato



NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM ESTAR

Valmir Maziero  
Gerente Administrativo  
Tel.:(13) 3394-5103  
CNPJ 14.512.229/0001-10

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

| GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  |  | SECRETARIA DA FAZENDA   |              | Numero da Nota Fiscal               |              |
|---|--|---|--------------|-------------------------------------|--------------|
|    |  | <b>DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL ONLINE</b><br>Nota Fiscal de Venda a Consumidor Online (NFVC-Online)<br>3523.0914.2446.9400.0117.5600.0000.0001.1421.5178.2905<br>Chave de Acesso para consulta de autenticidade no site <a href="http://www.nfp.fazenda.sp.gov.br">www.nfp.fazenda.sp.gov.br</a> |              | 114                                 |              |
|   |  |   |              | Série 0                             |              |
|   |  |   |              | Data de Emissão                     |              |
|   |  |   |              | 18/09/2023                          |              |
|   |  |   |              | Data Saída                          |              |
|   |  |   |              | 18/09/2023                          |              |
|    |  | <b>DADOS DO EMITENTE</b>  |              |                                     |              |
|   |  | <b>RAZÃO SOCIAL:</b> IRACY ALVES KAUFFMAN 08333508898<br><b>CNPJ:</b> 14.244.694/0001-17<br><b>ENDEREÇO:</b> AVENIDA DOUTOR PEDRO LESSA 775, APT 1<br><b>BAIRRO:</b> APARECIDA <b>MUNICÍPIO:</b> SANTOS <b>CEP:</b> 11025-003<br><b>UF:</b> SP  |              |                                     |              |
| <b>Data de Impressão</b><br>18/09/2023 11:51  |  |   |              |                                     |              |
| <b>DADOS DO DESTINATÁRIO</b>  |  |   |              |                                     |              |
| <b>NOME/RAZÃO SOCIAL:</b>   |  | Instituto Alpha de Medicina para Saúde  |              | <b>CPF/CNPJ:</b> 14.512.229/0001-10 |              |
| <b>ENDEREÇO:</b>  |  | Rua Amador Bueno, 333, Cjto 1816  |              | <b>CEP:</b> 11013-153               |              |
| <b>BAIRRO:</b>  |  | Centro  |              | <b>MUNICIPIO:</b> Santos            |              |
| <b>UF:</b>  |  | SP  |              | <b>IE:</b>                          |              |
| <b>ITEM</b>   | <b>DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS</b> | <b>QUANT.</b>   | <b>UNID.</b> | <b>VAL UNIT.</b>                    | <b>TOTAL</b> |
| 1   | Camisetas Personalizadas               | 319,000   | un           | 27,50                               | 8.772,50     |
| CENTRO DE CUSTO<br><u>100</u><br>CÓDIGO GERENCIAL<br><u>1168</u><br>COMPETÊNCIA<br><u>09/2023</u>   |  |   |              |                                     |              |
| Informações Adicionais para o Fisco<br>Não Informado.   |  |   |              |                                     |              |
| Informações Adicionais para o Contribuinte<br>Contrato de Gestão n° 003/18 e Termo Aditivo n° ADM 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 |  |   |              |                                     |              |
|   |  |   |              | <b>VALOR:</b>                       | 8772,50      |
|   |  |   |              | <b>SEGURO:</b>                      | 0,00         |
|   |  |   |              | <b>FRETE:</b>                       | 0,00         |
|   |  |   |              | <b>DESPESAS</b>                     | 0,00         |
|   |  |   |              | <b>ACESSÓRIAS:</b>                  |              |
|   |  |   |              | <b>(-) DESCONTO:</b>                | 0,00         |
|   |  |   |              | <b>TOTAL DA NOTA FISCAL</b>         | 8772,50      |
| Página 1 de 1   |  |   |              |                                     |              |



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de TRIBUTO MUNICIPAL COD.  
BARRASNo. compromisso banco  
900003498

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

Empresa: PM SAO PAULO

Codigo de Barras: 8188000044-0.99975701231-7 03100997898-4 29020089962-5

Data de Vencimento: 31/10/2023

Data da Transacao: 11/10/2023

Canal: PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Convenio de Arrecadacao: 00336496000900003219

Data de Pagamento: 11/10/2023

Valor: R\$ 4.499,97

Hora da Transacao: 15:52:33

Autenticacao: 3F10E37A88FEA4183C83D18

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

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

DAM SP PARCELA 15/36

## 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)

**CIDADE DE SÃO PAULO**

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

IDENTIFICADOR DO DÉBITO AUTOMÁTICO: 200.000.000.000.000.507.956.993.0

|              |               |
|--------------|---------------|
| 01-ANCIÊNCIA | 02-VENCIMENTO |
|              | 31/10/2023    |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR<br><b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b>   |  |  |  | 04-Nº DOCTO. ARRECAÇÃO<br><b>99789829-1-02</b>   |  |
| 05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R\$<br>*****4.317,93   |  | 06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA<br>ISS/TAXAS |  | CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR<br><b>4.398.678-1</b> |  |
| 10-EMITENTE<br><b>PGM - FISC</b>   |  | 11-DATA DE EMISSÃO<br><b>15/07/2022</b>        |  | 12-VALOR DE ENCARGOS R\$<br>*****                |  |
| 13-COD. RECEITA / PAG. ESP<br><b>**</b>  |  | 14-PARCELA<br><b>015/036</b>                   |  | 16-VALOR R\$<br>*****4.499,97                    |  |
| 28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR<br><b>R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681<br/>CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 620</b>  |  |  |  | 19-  |  |
| 29-OUTRAS INFORMAÇÕES<br><b>VALORES GRAFADOS EM REAIS</b><br><b>EXER: 17 18 19 20</b><br><b>PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS</b><br><b>PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA</b> |  |  |  | 20-  |  |
| 21-MULTA R\$   |  |  |  | 22-  |  |
| 23-DESCONTO R\$  |  |  |  | 24-  |  |
| 30-VALOR PRINC. DÍVIDA R\$<br>*****2.089,04  |  | 31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R\$<br>*****586,76    |  | 32-JUROS R\$<br>*****1.641,97                    |  |
| SR. CAIXA:<br>NÃO RECEBER<br>APOS ESTA DATA  |  | 25-DATA DE VALIDADE<br><b>31/10/2023</b>       |  | 26-TOTAL A PAGAR R\$<br>*****4.499,97            |  |

008 009978982902

8188000044-0 99975701231-7 03100997898-4 29020089962-5

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DESTAQUE AQUI ✂

Via Banco

**CIDADE DE SÃO PAULO**

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

|              |               |
|--------------|---------------|
| 01-ANCIÊNCIA | 02-VENCIMENTO |
|              | 31/10/2023    |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR<br><b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b>   |  |  |  | 04-Nº DOCTO. ARRECAÇÃO<br><b>99789829-1-02</b>   |  |
| 05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R\$<br>*****4.317,93   |  | 06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA<br>ISS/TAXAS |  | CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR<br><b>4.398.678-1</b> |  |
| 10-EMITENTE<br><b>PGM - FISC</b>   |  | 11-DATA DE EMISSÃO<br><b>15/07/2022</b>        |  | 12-VALOR DE ENCARGOS R\$<br>*****                |  |
| 13-COD. RECEITA / PAG. ESP<br><b>**</b>  |  | 14-PARCELA<br><b>015/036</b>                   |  | 16-VALOR R\$<br>*****4.499,97                    |  |
| 28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR<br><b>R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681<br/>CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 620</b>  |  |  |  | 19-  |  |
| 29-OUTRAS INFORMAÇÕES<br><b>VALORES GRAFADOS EM REAIS</b><br><b>EXER: 17 18 19 20</b><br><b>PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS</b><br><b>PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA</b> |  |  |  | 20-  |  |
| 21-MULTA R\$   |  |  |  | 22-  |  |
| 23-DESCONTO R\$  |  |  |  | 24-  |  |
| 30-VALOR PRINC. DÍVIDA R\$<br>*****2.089,04  |  | 31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R\$<br>*****586,76    |  | 32-JUROS R\$<br>*****1.641,97                    |  |
| SR. CAIXA:<br>NÃO RECEBER<br>APOS ESTA DATA  |  | 25-DATA DE VALIDADE<br><b>31/10/2023</b>       |  | 26-TOTAL A PAGAR R\$<br>*****4.499,97            |  |

008 009978982902

8188000044-0 99975701231-7 03100997898-4 29020089962-5

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003483

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
11.306,24

## 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  
ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUESCNPJ/CPF  
097.761.558-80Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0104/00360305Agência  
00345Conta Corrente  
0000000001000492463Valor  
11.306,24Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37AEB0B1CBF4E9CE67**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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003484

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
10.073,74

## 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  
ANA CAROLINA RIZZOCNPJ/CPF  
369.732.718-63Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
09186Conta Corrente  
00000000000000313236Valor  
10.073,74Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37475DFB3098146EF1**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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003485

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
4.756,46

## 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  
BARBARA BRAW DE JESUS MARQUESCNPJ/CPF  
368.797.158-93Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0237/60746948Agência  
06000Conta Corrente  
0000000000000030244Valor  
4.756,46Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E375DE2C4AD21CDB4A8**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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003486

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
10.073,74

## 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  
JOSE EDUARDO BARBOZA ELIASCNPJ/CPF  
275.513.728-22Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
09186Conta Corrente  
0000000000000012325Valor  
10.073,74Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37FDÁ77A2E0A147321**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)





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003487

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
7.536,24

## 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  
MARIA DALVANIR NUNESCNPJ/CPF  
293.358.038-12Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
09186Conta Corrente  
0000000000000014370Valor  
7.536,24Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PACTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37E6FF0A509FBCE94F**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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003488

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
5.585,61

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123 / 000130041276Favorecido  
NEIDE MARIA CONCEICAOCNPJ/CPF  
080.480.638-16Conta Creditada  
Banco 0033  
Agência 3112  
Conta 0000000000010805878Número do Documento  
900003488  
Pagamento a FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37FDF0D4C1C7E05491**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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003489

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
7.536,24

## 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  
TIELLE MENEZES DARROS DA SILVACNPJ/CPF  
333.556.568-10Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0341/60701190Agência  
02973Conta Corrente  
0000000000000025553Valor  
7.536,24Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37FBB4154922E0E636**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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003490

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
13/10/2023Valor  
4.756,46

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123 / 000130041276Favorecido  
HELIO DA COSTA MARQUESCNPJ/CPF  
215.595.898-68Agência Creditada  
Banco 0033  
Agência 0216Número do Documento  
900003490Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO PRO LABORE 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E379BEB4ECE78E710E2**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)

## RELATÓRIO DE LÍQUIDO GERAL

|  |                              |                |
|--|------------------------------|----------------|
| Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | ( 00220 )                    | Página : 00001 |
| End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705      | CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10 |                |
| Ref.: 01/09/2023 a 30/09/2023                    | Dpto : CUBATÃO PS            |                |

| Código  | Nome                            | Líquido Geral |
|---------|---------------------------------|---------------|
| 1235814 | ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES | 11.306,24     |
| 1383228 | ANA CAROLINA RIZZO              | 10.073,74     |
| 1360009 | BARBARA BRAW DE JESUS MARQUES   | 4.756,46      |
| 1702112 | HELIO DA COSTA MARQUES          | 4.756,46      |
| 1255741 | JOSE EDUARDO BARBOSA ELIAS      | 10.073,74     |
| 1283597 | MARIA DALVANIR NUNES            | 7.536,24      |
| 1225292 | NEIDE MARIA CONCEICAO           | 5.585,61      |
| 1327268 | TIELLE MENEZES DARROS DA SILVA  | 7.536,24      |

**Resumo da Folha**

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Total Geral da Folha     | 81.485,00 |
| ( - ) Total de Descontos | 19.860,27 |
| ( = ) Total Líquido      | 61.624,73 |
| Total Funcionários ..... | 0         |

## FOLHA DE PAGAMENTO ANALÍTICA

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE ( 00220 ) | Página : 00001               |
| End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705                | CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10 |
| Ref.: 01/09/2023 a 30/09/2023                              | Dpto : CUBATÃO PS            |
| OS VALORES DE FÉRIAS E RESCISÃO JÁ FORAM PAGOS.            |                              |

| Código                   | Nome                            | Ref.                  | Sal. Contratual | Adicionais            | Descontos | Líquido        | Recibo            |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------|----------------|-------------------|
| 1235814                  | ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES |                       |                 | Função : Sócio        |           |                | Livro: Folha. :   |
|                          |                                 |                       |                 | Admissão : 03/12/2018 |           |                | Dep IR : Dep SF : |
|                          |                                 |                       |                 | 15.200,00             |           |                |                   |
| 003                      | PRO LABORE                      |                       |                 |                       |           |                |                   |
| 013                      | INSS                            |                       |                 |                       | 825,82    |                |                   |
| 014                      | IRRF                            |                       |                 |                       | 3.067,94  |                |                   |
|                          |                                 |                       |                 |                       |           |                |                   |
|                          |                                 |                       |                 | 15.200,00             | 3.893,76  | *****11.306,24 |                   |
| <b>Resumo do Líquido</b> |                                 |                       |                 |                       |           |                |                   |
| (+)                      |                                 | Folha Analítica ..... | 11.306,24       |                       |           |                |                   |
| (-)                      |                                 | Adiantamento.....     | 0,00            |                       |           |                |                   |
| (-)                      |                                 | Férias .....          | 0,00            |                       |           |                |                   |
| (-)                      |                                 | Rescisão .....        | 0,00            |                       |           |                |                   |
| (-)                      |                                 | 13º Salário .....     | 0,00            |                       |           |                |                   |
| (-)                      |                                 | Resilição .....       | 0,00            |                       |           |                |                   |
| (=)                      |                                 | Total Líquido .....   | ***** 11.306,24 |                       |           |                |                   |
| Base INSS                | 7.507,49                        | Base FGTS             | 0,00            | FGTS                  | 0,00      | Base IRRF      | 15.200,00         |

|                          |                    |                       |                 |                       |          |                |                   |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|----------|----------------|-------------------|
| 1383228                  | ANA CAROLINA RIZZO |                       |                 | Função : Sócio        |          |                | Livro: Folha. :   |
|                          |                    |                       |                 | Admissão : 01/01/2018 |          |                | Dep IR : Dep SF : |
|                          |                    |                       |                 | 13.500,00             |          |                |                   |
| 003                      | PRO LABORE         |                       |                 |                       |          |                |                   |
| 013                      | INSS               |                       |                 |                       | 825,82   |                |                   |
| 014                      | IRRF               |                       |                 |                       | 2.600,44 |                |                   |
|                          |                    |                       |                 |                       |          |                |                   |
|                          |                    |                       |                 | 13.500,00             | 3.426,26 | *****10.073,74 |                   |
| <b>Resumo do Líquido</b> |                    |                       |                 |                       |          |                |                   |
| (+)                      |                    | Folha Analítica ..... | 10.073,74       |                       |          |                |                   |
| (-)                      |                    | Adiantamento.....     | 0,00            |                       |          |                |                   |
| (-)                      |                    | Férias .....          | 0,00            |                       |          |                |                   |
| (-)                      |                    | Rescisão .....        | 0,00            |                       |          |                |                   |
| (-)                      |                    | 13º Salário .....     | 0,00            |                       |          |                |                   |
| (-)                      |                    | Resilição .....       | 0,00            |                       |          |                |                   |
| (=)                      |                    | Total Líquido .....   | ***** 10.073,74 |                       |          |                |                   |
| Base INSS                | 7.507,49           | Base FGTS             | 0,00            | FGTS                  | 0,00     | Base IRRF      | 13.500,00         |

|                          |                               |                       |                |                       |          |               |                   |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------|---------------|-------------------|
| 1360009                  | BARBARA BRAW DE JESUS MARQUES |                       |                | Função : Sócio        |          |               | Livro: Folha. :   |
|                          |                               |                       |                | Admissão : 01/01/2018 |          |               | Dep IR : Dep SF : |
|                          |                               |                       |                | 6.000,00              |          |               |                   |
| 003                      | PRO LABORE                    |                       |                |                       |          |               |                   |
| 013                      | INSS                          |                       |                |                       | 660,00   |               |                   |
| 014                      | IRRF                          |                       |                |                       | 583,54   |               |                   |
|                          |                               |                       |                |                       |          |               |                   |
|                          |                               |                       |                | 6.000,00              | 1.243,54 | *****4.756,46 |                   |
| <b>Resumo do Líquido</b> |                               |                       |                |                       |          |               |                   |
| (+)                      |                               | Folha Analítica ..... | 4.756,46       |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                               | Adiantamento.....     | 0,00           |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                               | Férias .....          | 0,00           |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                               | Rescisão .....        | 0,00           |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                               | 13º Salário .....     | 0,00           |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                               | Resilição .....       | 0,00           |                       |          |               |                   |
| (=)                      |                               | Total Líquido .....   | ***** 4.756,46 |                       |          |               |                   |
| Base INSS                | 6.000,00                      | Base FGTS             | 0,00           | FGTS                  | 0,00     | Base IRRF     | 6.000,00          |

|                          |                        |                       |          |                       |          |               |                   |
|--------------------------|------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|-------------------|
| 1702112                  | HELIO DA COSTA MARQUES |                       |          | Função : Sócio        |          |               | Livro: Folha. :   |
|                          |                        |                       |          | Admissão : 01/05/2019 |          |               | Dep IR : Dep SF : |
|                          |                        |                       |          | 6.000,00              |          |               |                   |
| 003                      | PRO LABORE             |                       |          |                       |          |               |                   |
| 013                      | INSS                   |                       |          |                       | 660,00   |               |                   |
| 014                      | IRRF                   |                       |          |                       | 583,54   |               |                   |
|                          |                        |                       |          |                       |          |               |                   |
|                          |                        |                       |          | 6.000,00              | 1.243,54 | *****4.756,46 |                   |
| <b>Resumo do Líquido</b> |                        |                       |          |                       |          |               |                   |
| (+)                      |                        | Folha Analítica ..... | 4.756,46 |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                        | Adiantamento.....     | 0,00     |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                        | Férias .....          | 0,00     |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                        | Rescisão .....        | 0,00     |                       |          |               |                   |
| (-)                      |                        | Resilição .....       | 0,00     |                       |          |               |                   |

## FOLHA DE PAGAMENTO ANALÍTICA

Página : 00002

Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE ( 00220 )  
 End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10  
 Ref.: 01/09/2023 a 30/09/2023 Dpto : CUBATÃO PS  
 OS VALORES DE FÉRIAS E RESCISÃO JÁ FORAM PAGOS.

| Código  | Nome                   | Ref. | Sal. Contratual | Adicionais                              | Descontos | Líquido            | Recibo               |
|---------|------------------------|------|-----------------|---|-----------|--------------------|----------------------|
| 1702112 | HELIO DA COSTA MARQUES |      |                 | Função : Sócio<br>Admissão : 01/05/2019 |           | Livro:<br>Dep IR : | Folha. :<br>Dep SF : |

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| (-) 13º Salário .....   |                |
| (-) Resilição .....     | 0,00           |
| (=) Total Líquido ..... | ***** 4.756,46 |

|           |          |           |      |      |      |           |          |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|----------|
| Base INSS | 6.000,00 | Base FGTS | 0,00 | FGTS | 0,00 | Base IRRF | 6.000,00 |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|----------|

1255741 JOSE EDUARDO BARBOSA ELIAS

Função : Sócio  
Admissão : 01/01/2018

Livro:  
Dep IR :

Folha. :  
Dep SF :

003 PRO LABORE  
013 INSS  
014 IRRF

13.500,00

825,82  
2.600,44

13.500,00 3.426,26 \*\*\*\*\*10.073,74

**Resumo do Líquido**

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| (+) Folha Analítica ..... | 10.073,74       |
| (-) Adiantamento.....     | 0,00            |
| (-) Férias .....          | 0,00            |
| (-) Rescisão .....        | 0,00            |
| (-) 13º Salário .....     | 0,00            |
| (-) Resilição .....       | 0,00            |
| (=) Total Líquido .....   | ***** 10.073,74 |

|           |          |           |      |      |      |           |           |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|-----------|
| Base INSS | 7.507,49 | Base FGTS | 0,00 | FGTS | 0,00 | Base IRRF | 13.500,00 |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|-----------|

1283597 MARIA DALVANIR NUNES

Função : Sócio  
Admissão : 01/01/2018

Livro:  
Dep IR :

Folha. :  
Dep SF :

003 PRO LABORE  
013 INSS  
014 IRRF

10.000,00

825,82  
1.637,94

10.000,00 2.463,76 \*\*\*\*\*7.536,24

**Resumo do Líquido**

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| (+) Folha Analítica ..... | 7.536,24       |
| (-) Adiantamento.....     | 0,00           |
| (-) Férias .....          | 0,00           |
| (-) Rescisão .....        | 0,00           |
| (-) 13º Salário .....     | 0,00           |
| (-) Resilição .....       | 0,00           |
| (=) Total Líquido .....   | ***** 7.536,24 |

|           |          |           |      |      |      |           |           |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|-----------|
| Base INSS | 7.507,49 | Base FGTS | 0,00 | FGTS | 0,00 | Base IRRF | 10.000,00 |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|-----------|

1225292 NEIDE MARIA CONCEICAO

Função : Sócio  
Admissão : 04/12/2018

Livro:  
Dep IR :

Folha. :  
Dep SF :

003 PRO LABORE  
013 INSS  
014 IRRF

7.285,00

801,35  
898,04

7.285,00 1.699,39 \*\*\*\*\*5.585,61

**Resumo do Líquido**

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| (+) Folha Analítica ..... | 5.585,61       |
| (-) Adiantamento.....     | 0,00           |
| (-) Férias .....          | 0,00           |
| (-) Rescisão .....        | 0,00           |
| (-) 13º Salário .....     | 0,00           |
| (-) Resilição .....       | 0,00           |
| (=) Total Líquido .....   | ***** 5.585,61 |

## FOLHA DE PAGAMENTO ANALÍTICA

Página : 00003

Empresa : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE ( 00220 )  
 End. : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705 CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10  
 Ref.: 01/09/2023 a 30/09/2023 Dpto : CUBATÃO PS  
 OS VALORES DE FÉRIAS E RESCISÃO JÁ FORAM PAGOS.

| Código    | Nome                  | Ref.      | Sal. Contratual | Adicionais            | Descontos | Líquido   | Recibo   |
|-----------|-----------------------|-----------|-----------------|-----------------------|-----------|-----------|----------|
| 1225292   | NEIDE MARIA CONCEICAO |           |                 |                       |           |           |          |
|           |                       |           |                 | Função : Sócio        |           | Livro:    | Folha. : |
|           |                       |           |                 | Admissão : 04/12/2018 |           | Dep IR :  | Dep SF : |
| Base INSS | 7.285,00              | Base FGTS | 0,00            | FGTS                  | 0,00      | Base IRRF | 7.285,00 |

|         |                                |  |  |                       |          |          |          |
|---------|--------------------------------|--|--|-----------------------|----------|----------|----------|
| 1327268 | TIELLE MENEZES DARROS DA SILVA |  |  | Função : Sócio        |          | Livro:   | Folha. : |
|         |                                |  |  | Admissão : 06/05/2020 |          | Dep IR : | Dep SF : |
| 003     | PRO LABORE                     |  |  | 10.000,00             |          |          |          |
| 013     | INSS                           |  |  |                       | 825,82   |          |          |
| 014     | IRRF                           |  |  |                       | 1.637,94 |          |          |
|         |                                |  |  | 10.000,00             | 2.463,76 | *****    | 7.536,24 |

| Resumo do Líquido         |                |
|---------------------------|----------------|
| (+) Folha Analítica ..... | 7.536,24       |
| (-) Adiantamento.....     | 0,00           |
| (-) Férias .....          | 0,00           |
| (-) Rescisão .....        | 0,00           |
| (-) 13º Salário .....     | 0,00           |
| (-) Resilição .....       | 0,00           |
| (=) Total Líquido .....   | ***** 7.536,24 |

|           |          |           |      |      |      |           |           |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|-----------|
| Base INSS | 7.507,49 | Base FGTS | 0,00 | FGTS | 0,00 | Base IRRF | 10.000,00 |
|-----------|----------|-----------|------|------|------|-----------|-----------|

| Resumo da Folha          | Informações adicionais |                          |           |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------|
| Total Geral da Folha     | 81.485,00              | Total Funcionários ..... | 0         |
| ( - ) Total de Descontos | 19.860,27              | Total INSS .....         | 6.250,45  |
| ( = ) Total Líquido      | 61.624,73              | Total FGTS .....         | 0,00      |
|                          |                        | Total IRRF .....         | 13.609,82 |

| Resumo das Bases      | Base do INSS | Base do IRRF | Base do FGTS |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Folha.....            | 56.822,45    | 81.485,00    | 0,00         |
| Férias.....           | 0,00         | 0,00         | 0,00         |
| Rescisão.....         | 0,00         | 0,00         | 0,00         |
| Décimo Terceiro.....  | 0,00         | 0,00         | 0,00         |
| Resilição.....        | 0,00         | 0,00         | 0,00         |
| Totais das Bases..... | 56.822,45    | 81.485,00    | 0,00         |





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003475

No. compromisso cliente




Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
5.000,00

## Dados do Remetente

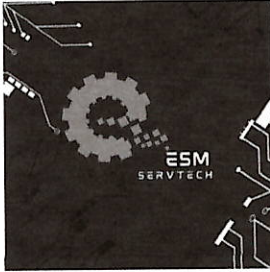
Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
11/10/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
E S M INFORMATICA LTDACNPJ/CPF  
34.169.621/0001-15Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0001/00000000Agência  
01263Conta Corrente  
0000000000000606413Valor  
5.000,00Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 13 REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E3710A8BCD585F994B0**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)

|  |                         |  |  |   |   |
|--|-------------------------|--|--|---|---|
|  <b>Município da Estância Balneária de Praia Grande</b><br>Secretaria de Finanças - SEFIN<br>Fone: (13) 3496-2000 - <a href="http://www.praiagrande.sp.gov.br">http://www.praiagrande.sp.gov.br</a>                  |                         |  |  | Série do Documento<br>Nota Fiscal de Serviço<br>Eletrônica - NFS-e<br>Número da Nota Fiscal<br>13 |   |
| <b>Dados do Prestador de Serviço</b>   |                         |  |  |   |   |
| <b>E. S. M Servtec Ltda</b><br>Avenida Ayrton Senna da Silva, 500 ANEXO POSTO SALA 4 - Xixová<br>CEP 11726-500 - Fone: (13)9646-0071 - Praia Grande/ SP<br>esm.servtec@gmail.com<br>Inscrição Municipal 71892/0001 - CPF/CNPJ 34.169.621/0001-15   |                         |  | Data de Geração da NFS-e<br><b>02/10/2023 11:44:20</b><br>Data de Competência/Emissão<br><b>02/10/2023</b><br>Cód. de Autenticidade<br><b>CB1C879CA</b><br>Responsável pela Retenção |   |  |
| <b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>   |                         |  |  |   |   |
| Natureza da Operação   |                         | Número do RPS  |  | Série do RPS  |   |
| Exigível   |                         |  |  |   |   |
| Local dos Serviços   |                         |  | Município Incidência   |   |   |
| Santos - São Paulo   |                         |  | Praia Grande - São Paulo   |   |   |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>  |                         |  |  |   |   |
| CNPJ/CPF : 14.512.229/0001-10  |                         |  | IM :   |   |   |
| Razão Social : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  |                         |  | Número : 333   |   |   |
| Endereço : Rua Amador Bueno  |                         |  | Bairro : Centro  |   |   |
| Complemento : CONJ 1816  |                         |  | Cidade/UF : Santos/ SP   |   |   |
| CEP : 11013-153  |                         |  | E-mail :   |   |   |
| Telefone :   |                         |  |  |   |   |
| <b>Dados do Intermediário de Serviços</b>  |                         |  |  |   |   |
| CNPJ   |                         | Inscrição Municipal  |  | Razão Social  |   |
|  |                         |  |  |   |   |
| <b>Descrição dos Serviços</b>  |                         |  |  |   |   |
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇO TECNICO PRESENCIAL E REMOTO EM AMBIENTE WINDOWS DA ÁREA DE INFORMÁTICA PERÍODO MÊS 09/2023 CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - Aditivo 005/2023 Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde. PAGAMENTO DEPOSITO AGÉNCIA 1263-7 C/C: 60641-3 BANCO BRASIL |                         |  |  |   |   |
| CENTRO DE CUSTO<br>100<br>CÓDIGO GERENCIAL<br>1146<br>COMPETÊNCIA<br>09/2023   |                         |  |  |   |   |
| <b>Detalhamento dos Tributos</b>   |                         |  |  |   |   |
| Atividade do Município   |                         | Alíquota   | Item da LC116/2003   | Cód. NBS  | Cód. CNAE   |
| 9511800 - [9511-8/00] Reparação e manutenção de computad...  |                         | 3,89   | 1402   |   | 9511800   |
| VI. Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo  | Base de Cálculo  | Total do ISSQN  | ISSQN Retido  |
| R\$ 5.000,00   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00   | R\$ 5.000,00   | R\$ 194,50  | Não   |
|  |                         |  |  |   | Desconto Condicionado   |
|  |                         |  |  |   | R\$ 0,00  |
| PIS  | COFINS                  | INSS   | IRRF   | CSLL  | Outras Retenções  |
| R\$ 0,00   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00   | R\$ 0,00   | R\$ 0,00  | R\$ 0,00  |
|  |                         | VI. ISSQN Retido   |  | VI. Líquido da Nota Fiscal  |   |
|  |                         | R\$ 0,00   |  | R\$ 5.000,00  |   |
| Construção Civil   |                         |  | Cód. Obra :  |   | Art. :  |
|  |                         |  |  |   |   |
| <b>Informações Adicionais</b>  |                         |  |  |   |   |
| I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."  |                         |  |  |   |   |

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/praiagrande/online>



E S M Serviços e Tecnologia Eireli.

---

Relatório de serviço. Mês 09/2023

Prefeitura de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina

Prestação de serviços na área de tecnologia e monitoramento CFTV

**Data da Visita: 04\09\2023** – Visita feita monitoramento de câmeras e de alarmes, preparação dos micros, passagem de antivírus, monitoramento de alarme, cabeamento e conectores de rede lógica.

**Data da Visita: 14\09\2023** – Visita feita cabeamento e conectores, limpeza de sistema e configuração de rede lógica, testes preventivos operacionais e de segurança nos equipamentos e demais periféricos e instalação de softwares.

**Data da Visita: 27\09\2023** – Visita feita passagem de antivírus nos micros, teste na rede + teste painéis de chamada, execução e configurações de sistema operacional, reparo e configuração de equipamentos e feita limpeza e teste de internet.

Tecnico.

Silvio.



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003491

No. compromisso cliente


Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
5.000,00

## 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  
ANDRE I LEONARDO SOCIEDADE INDIVIDUAL DECNPJ/CPF  
46.598.844/0001-87Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0422/58160789Agência  
00115Conta Corrente  
0000000000000487876Valor  
5.000,00Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 154 REF 11 09 A 11 10 2023Autenticação Bancária  
3F10E37C67AA3733522DB84**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)

|  |  |                          |                                       |                 |
|--|--|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| <br><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b><br><small>20231005u46598844000187</small>  | Número da Nota<br><b>00000154</b>                    |                          |                                       |                 |
|  | Data e Hora de Emissão<br><b>05/10/2023 10:41:44</b> |                          |                                       |                 |
|  | Código de Verificação<br><b>7FPS-87PJ</b>            |                          |                                       |                 |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>   |  |                          |                                       |                 |
| CPF/CNPJ: <b>46.598.844/0001-87</b> Inscrição Municipal: <b>7.332.069-2</b><br>Nome/Razão Social: <b>ANDRE I. LEONARDO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA</b><br>Endereço: <b>R FRADIQUE COUTINHO 221, APT 41 - PINHEIROS - CEP: 05416-010</b><br>Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>   |  |                          |                                       |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>   |  |                          |                                       |                 |
| Nome/Razão Social: <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b> Inscrição Municipal: <b>----</b><br>CPF/CNPJ: <b>14.512.229/0001-10</b><br>Endereço: <b>AL Itapecuru 645, CJ 1230 - Alphaville Centro Industrial e - CEP: 06454-080</b><br>Município: <b>Barueri</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>CONTATO@LDMASSESSORIA.COM</b>   |  |                          |                                       |                 |
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>   |  |                          |                                       |                 |
| CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>   |  |                          |                                       |                 |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>  |  |                          |                                       |                 |
| Cubatão<br>Contrato de gestão 003/2018 e aditivos.<br><br>Prefeitura Municipal de Cubatão X Instituto Alpha.<br><br>Suporte Jurídico na área de direito administrativo relativo ao período de 11.09.2023 até 11.10.2023, destinado ao acompanhamento do processo administrativo TC 001003.898.18-14 junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.<br><br>Importante se fazer constar que o endereço da Alpha: Rua Amador Bueno, 333, CJ 1816 - Centro - Santos - Cep: 11013-151. Por conta de uma inviabilidade técnica os dados do Tomador de Serviços não podem ser alterados. |  |                          |                                       |                 |
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 5.000,00</b>   |  |                          |                                       |                 |
| INSS (R\$)   | IRRF (R\$)   | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                          | PIS/PASEP (R\$) |
| -  | -  | -                        | -                                     | -               |
| Código do Serviço<br><b>03220 - Advocacia.</b>   |  |                          |                                       |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)   | Base de Cálculo (R\$)                                | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$)   |
| <b>0,00</b>  | *  | *                        | *                                     | <b>0,00</b>     |
| Município da Prestação do Serviço  |  | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                 |
| -  |  | -                        | -                                     |                 |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>  |  |                          |                                       |                 |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;  |  |                          |                                       |                 |

CENTRO DE CUSTO  
100

---

CÓDIGO GERENCIAL  
1111

---

COMPETÊNCIA  
09/2023

**RELATÓRIO MENSAL****CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS****PERÍODO:** SETEMBRO/2023**CONTRATANTE:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE – ALPHA (CUBATÃO/SP – CONTRATO DE GESTÃO N° 03/2018)**CONTRATADA:** ANDRE I. LEONARDO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA (CNPJ: 46.598.844/0001-87)**DOCUMENTO FISCAL:** NOTA FISCAL N° 00000154

Tendo o escritório celebrado e iniciado a execução de contrato de prestação de serviços advocatícios na área de Direito Administrativo com o **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE – ALPHA**, Organização Social (OS) gestora do Pronto-Socorro Central “Guiomar Ferreira Roebbelen”, do Pronto-Socorro Infantil “Enf. Joaquim Nogueira” e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em virtude do Contrato de Gestão n° 03/2018, firmado com a Prefeitura Municipal de Cubatão/SP, bem como considerando as atividades desenvolvidas no período, encaminho a nota fiscal anexa.

**ATIVIDADES EXECUTADAS**

Com a finalidade de municiar o Contratante de informações atualizadas acerca das atividades executadas por este escritório no mês de Setembro/2023, segue o organograma abaixo:

| <b>Atividade</b>               | <b>Processos</b>  |
|--------------------------------|---|
| <b>Acompanhamento (TCE/SP)</b> | <p>- <b>TC-00023062.989.22-3 e TC-00023055.989.22-2</b><br/><b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/><b>Objeto:</b> Recursos Ordinários<br/><b>Cons. Relator(a):</b> Robson Marinho<br/><b>Situação:</b> Em <b>10/08/2023</b>, os autos foram remetidos para aguardar o trânsito em julgado.</p> <p>- <b>TC-00001476.989.23-1</b><br/><b>(Principal: TC-00001002.989.18-4; RO: TC-00001058.989.22-9)</b><br/><b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/><b>Objeto:</b> Embargos de Declaração opostos em face de decisão que deu parcial provimento ao Recurso Ordinário interposto pelo Instituto Alpha (TC- 00001058.989.22-9) contra decisão da 2ª Câmara que julgou irregular a prestação de contas do Exercício de 2017 (Contrato de Gestão n° 07/2017), reduzindo o valor da condenação para R\$ 2.203.744,94.<br/><b>Cons. Relator(a):</b> Robson Marinho<br/><b>Situação:</b> Redistribuído por Prevenção na Área (<b>12/07/2023</b>)</p> <p>- <b>TC-000020.989.18-2</b><br/><b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/><b>Objeto:</b> Exame – Contrato de Gestão n° 07/2017 (Emergencial)<br/><b>Cons. Relator(a):</b> Cristiana de Castro Moraes<br/><b>Situação:</b> Proferido despacho pela Cons.<sup>a</sup> Relatora, que consignou ciência quanto à tramitação de processo de sindicância, noticiada pela Prefeitura Municipal de Cubatão/SP. Assim, fixou prazo de 15 (quinze) dias para que a Municipalidade encaminhe o Relatório Final da Sindicância e a documentação pertinente ou informe o andamento do procedimento (<b>25/09/2023</b>). Despacho publicado no DOE/SP em <b>27/09/2023</b>.</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>- <b>TC-00016672.989.18-3 (Principal)</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Exame – Contrato de Gestão nº 03/2018<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Renato Martins Costa<br/> <b>Dependentes:</b> TC-00019968.989.19-4 (TA nº 01/2019); TC-00000071.989.21-4 (TA nº 02/2020 – Covid-19); TC-00002026.989.21-0 (TA nº 03/2020); e TC-00002413.989.21-1 (TA nº 05/2020 – Covid-19).<br/> <b>Situação:</b> Juntada de AR; Processo Arquivado (Extinção Cumprimento Acórdão/Parecer/Sentença) – <b>18/08/2023</b>.</p> <p>- <b>TC-00009284.989.18-3</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2016) – Contrato de Gestão nº 08/2016<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Edgard Camargo Rodrigues<br/> <b>Situação:</b> <b>27/09/2023</b> – Distribuído por Conselheiro/Auditor Específico (DO Gabinete / Conselheiro/Auditor GCECR / EDGARD CAMARGO RODRIGUES para GCMAB / MARCO AURELIO BERTAIOLLI); Processo encaminhado GCMAB.</p> <p>- <b>TC-00013569.989.19-7</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2017) – Contrato de Gestão nº 08/2016<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Edgard Camargo Rodrigues<br/> <b>Situação:</b> <b>27/09/2023</b> – Distribuído por Conselheiro/Auditor Específico (DO Gabinete / Conselheiro/Auditor GCECR / EDGARD CAMARGO RODRIGUES para GCMAB / MARCO AURELIO BERTAIOLLI); Processo encaminhado GCMAB.</p> <p>- <b>TC-00010649.989.22-5</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2018) – Contrato de Gestão nº 07/2017<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Cristiana de Castro Moraes<br/> <b>Situação:</b> Autos entregues em carga ao DF-10.3-Chefia (<b>30/05/2022</b>)</p> <p>- <b>TC-00017708.989.18-1</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2018) – Contrato de Gestão nº 03/2018<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Renato Martins Costa<br/> <b>Situação:</b> <b>29/09/2023</b> – Cumprir determinação do(a) Relator(a) para Notificar / Remetidos os Autos para Notificar interessados nos termos do art. 91, inciso I, da Lei 709/93.</p> <p>- <b>TC-00016527.989.19-8</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2019) – Contrato de Gestão nº 03/2018<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Renato Martins Costa<br/> <b>Situação:</b> Cumprir determinação do(a) Relator(a) para Notificar / Remetidos os Autos para Notificar interessados nos termos do art. 91, inciso I, da Lei 709/93.</p> <p>- <b>TC-0001189.989.20-5</b><br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2020) – Contrato de Gestão nº 03/2018<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Renato Martins Costa<br/> <b>Situação:</b> Habilitados nos autos os advogados André Luis Iera Leonardo da Silva, Fabiane Araújo de Oliveira e Miriam Athie (<b>19/09/2023</b>).</p> <p>- <b>TC-00011479.989.21-2</b></p> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
|   | <p><b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2021) – Contrato de Gestão nº 03/2018<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Renato Martins Costa<br/> <b>Situação:</b> Habilitados nos autos os advogados André Luis Iera Leonardo da Silva, Fabiane Araújo de Oliveira e Miriam Athie (19/09/2023).</p> <p>- TC-00021311.989.22-2<br/> <b>Interessado(s):</b> Instituto Alpha/Prefeitura Municipal de Cubatão<br/> <b>Objeto:</b> Prestação de Contas (2022) – Contrato de Gestão nº 03/2018<br/> <b>Cons. Relator(a):</b> Renato Martins Costa<br/> <b>Situação:</b> Habilitados nos autos os advogados André Luis Iera Leonardo da Silva, Fabiane Araújo de Oliveira e Miriam Athie (19/09/2023).</p>   |
| <p><b>Embargos de Declaração</b><br/> <b>(TC-00016040.989.23-8 e TC-00016039.989.23-1)</b></p> <p><b>Objeto:</b> Acórdão em que o Tribunal Pleno do TCE/SP, em conformidade com o voto que o integra, negou provimento aos Recursos Ordinários interpostos pelo Instituto Alpha (TC-00023055.989.22-2 e TC-00023062.989.22-3), a fim de manter o juízo de irregularidade dos TAs nºs 01 e 02/2021, referentes ao Contrato de Gestão nº 03/2018.</p> | <p>13/09/2023 – Acompanhamento da Sessão de Julgamento do Tribunal Pleno, realizada às 10h00.</p> <p><b>Resultado da decisão:</b> Embargos de Declaração conhecidos, porém rejeitados para manter o Acórdão recorrido em todos os seus termos, pois o Conselheiro Relator (Robson Marinho), em síntese, entendeu que o recurso buscou, na verdade, a rediscussão de mérito da decisão, e que o julgado citado, em que foi suprimida a incidência automática da acessoriedade na análise de Termo de Apostilamento advindo de ajuste considerado irregular, difere do caso em análise, por se tratar de aditamento sem efeito financeiro, objeto apenas de conhecimento pelo TCE/SP.</p> <p><b>Providências:</b> Não é cabível pedido de reconsideração em face da decisão que rejeitou os Embargos de Declaração, uma vez que o TC-00016040.989.23-8 e o TC-00016039.989.23-1 não são de competência originária do Tribunal Pleno, nos termos do art. 147, <i>caput</i>, do RITCE/SP.</p> <p>Logo, deve-se aguardar o trânsito em julgado da referida decisão, restando avaliar, futuramente, a viabilidade das estratégias para eventual ajuizamento de ação anulatória.</p> |

Importante salientar que nosso escritório envidará todos os esforços necessários para atender às diligências necessárias no âmbito dos serviços contratados, para tanto, valer-nos-emos de todos os expedientes colocados à disposição pela legislação pátria. Enfim, esperamos tê-los atendido e nos colocamos à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

São Paulo/SP, 30 de setembro de 2023.

ANDRE LUIS IERA  
LEONARDO DA  
SILVA:3328950885  
4

Assinado de forma digital  
por ANDRE LUIS IERA  
LEONARDO DA  
SILVA:33289508854  
Dados: 2023.10.05 14:39:41  
-03'00'

(Assinatura eletrônica)

**André Luis Iera Leonardo da Silva**  
OAB/SP 309.607





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003470

No. compromisso cliente



Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
5.331,70

## 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  
LDM ASSESSORIA CONTABIL LTDACNPJ/CPF  
50.380.928/0001-17Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0336/31872495Agência  
00001Conta Corrente  
0000000000265180619Valor  
5.331,70Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 95 REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37BBAC57B684A3BFEA**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 MUNICIPAL DE SANTOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS<br>NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e   |  |                            |  | Número da NFS-e<br>95          |  |  |  |                                |  |
|--|--|---|--|----------------------------|--|--------------------------------|--|---|--|--------------------------------|--|
| Data e Hora da Emissão   |  | 10/10/2023 15:30:11   |  | Competência                |  | 10/10/2023                     |  | Código de Verificação   |  | RHEN4JXUZ                      |  |
| Número do RPS  |  | No. da NFS-e substituída  |  |                            |  | Local da Prestação             |  | SANTOS - SP   |  |                                |  |
| Dados do Prestador de Serviços   |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Razão Social/Nome  |  | LDM ASSESSORIA CONTABIL LTDA  |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Nome Fantasia  |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| CNPJ/CPF   |  | 50.380.928/0001-17  |  | Inscrição Municipal        |  | 3101100                        |  | Município   |  | SANTOS - SP                    |  |
| Endereço e Cep   |  | AVENIDA DOUTOR HAROLDO DE CAMARGO ,60 - CASTELO CEP: 11087-500  |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Complemento:   |  | 143 / BLOCO   |  | Telefone:                  |  | 13997706661                    |  | e-mail:   |  | trabalholdm@hotmail.com        |  |
| Dados do Tomador de Serviços   |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Razão Social/Nome  |  | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| CNPJ/CPF   |  | 14.512.229/0001-10  |  | Inscrição Municipal        |  | 2861988                        |  | Município   |  | SANTOS - SP                    |  |
| Endereço e CEP   |  | AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Complemento:   |  | 1816 / BLOCO B  |  | Telefone:                  |  | (13)4141-3837                  |  | e-mail:   |  | financub@alphainstituto.com.br |  |
| Discriminação dos Serviços   |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| SERVIÇOS CONTÁBEIS E ASSESSORIA RH REF. 09/2023<br>CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 E ADITIVOS<br>Prefeitura de Cubatão - SP x Instituto Alpha de Medicina para Saúde.<br>BANCO C6 S.A. (336)<br>AG 0001<br>CC 26518061-9 |  |   |  |                            |  |                                |  | CENTRO DE CUSTO<br>100<br>CÓDIGO GERENCIAL<br>1117<br>COMPETÊNCIA<br>09/2023        |  |                                |  |
| Código do Serviço / Atividade  |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| 17.19 / 6920601 - atividades de contabilidade  |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil  |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Código da Obra   |  |   |  |                            |  |                                |  | Código ART  |  |                                |  |
| Tributos Federais  |  |   |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |
| PIS  |  | COFINS  |  | IR(R\$)                    |  | INSS(R\$)                      |  | CSLL(R\$)   |  |                                |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços   |  |   |  | Outras Retenções           |  |                                |  | Cálculo do ISSQN devido no Município  |  |                                |  |
| Valor dos Serviços R\$   |  | 5.500,00  |  | Natureza Operação          |  | Valor dos Serviços R\$         |  | 5.500,00  |  |                                |  |
| (-) Desconto Incondicionado  |  |   |  | 1-Tributação no município  |  | (-) Deduções permitidas em lei |  |   |  |                                |  |
| (-) Desconto Condicionado  |  |   |  | Regime especial Tributação |  | (-) Desconto Incondicionado    |  |   |  |                                |  |
| (-) Retenções Federais   |  | 0,00  |  | 0-Nenhum                   |  | Base de Cálculo                |  | 5.500,00  |  |                                |  |
| Outras Retenções   |  |   |  | Opção Simples Nacional     |  | (x) Alíquota %                 |  | 3,06  |  |                                |  |
| (-) ISS Retido   |  | 168,30  |  | 1 - Sim                    |  | ISS a reter:                   |  | (X) Sim ( ) Não   |  |                                |  |
| (=) Valor Líquido R\$  |  | 5.331,70  |  | Incentivador Cultura       |  | (=) Valor do ISS: R\$          |  | 168,30  |  |                                |  |
|  |  |   |  | 2-Não                      |  |                                |  |   |  |                                |  |
| Avisos   |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |  |                            |  |                                |  |   |  |                                |  |



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003479

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
6.000,00

## 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  
DBS HIGIENIZACAO TEXTIL LTDA MECNPJ/CPF  
20.762.941/0002-50Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0237/60746948Agência  
02281Conta Corrente  
0000000000000348481Valor  
6.000,00Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
FATURA 1404 REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E37F6D288B38D327A46**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)





# Movimento Por Produto (Analítico)

CUBATAO

Lcto De 01/09/2023 até 30/09/2023

| Produto   | 01/09   | 02/09  | 03/09  | 05/09   | 07/09   | 08/09  | 10/09  | 12/09  | 14/09  | 15/09  | 17/09  | 19/09  | 22/09   | 24/09  | 26/09  | 29/09  | Qde.     | Total   | Média |
|---|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|----------|---------|-------|
|   | 121,110 | 51,400 | 38,490 | 119,100 | 117,400 | 48,100 | 58,950 | 60,400 | 58,910 | 39,940 | 86,240 | 92,310 | 128,410 | 98,110 | 87,810 | 94,680 | 1301,360 | 5699,97 | 4,38  |
| <b>Total do Grupo</b>   | 121,110 | 51,400 | 38,490 | 119,100 | 117,400 | 48,100 | 58,950 | 60,400 | 58,910 | 39,940 | 86,240 | 92,310 | 128,410 | 98,110 | 87,810 | 94,680 | 1301,360 | 5699,97 | 4,38  |
| <b>Total Geral</b>  | 21,110  | 51,400 | 38,490 | 119,100 | 117,400 | 48,100 | 58,950 | 60,400 | 58,910 | 39,940 | 86,240 | 92,310 | 128,410 | 98,110 | 87,810 | 94,680 | 1301,360 | 5699,97 | 4,38  |
| <p>Relação de Rols<br/>           em contêm peso ou metro<br/>           produto tabela diferente</p> |         |        |        |         |         |        |        |        |        |        |        |        |         |        |        |        |          |         |       |
|   | 11266   | 111334 | 111379 | 111560  | 111813  | 111836 | 111876 | 112026 | 112366 | 112543 | 112682 | 113035 | 113289  | 113421 | 113428 | 113961 |          | 0,00    |       |
|   |         |        |        |         |         |        |        |        |        |        |        |        |         |        |        |        |          | 0,00    |       |



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003492

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
11/10/2023Valor  
6.040,00

## 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  
LCG LOCADORA DE VEICULOS LTDACNPJ/CPF  
32.511.424/0001-07Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0001/00000000Agência  
03146Conta Corrente  
0000000000000419710Valor  
6.040,00Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
FATURA 2760 REF 09 2023Autenticação Bancária  
3F10E379E05D5BD453A0C64**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)

|                             |   |                   |            |
|-----------------------------|---|-------------------|------------|
| L.C.G. LOCADORA DE VEÍCULOS | L.C.G. LOCADORA DE VEÍCULOS LTDA<br>RUA JULIO CONCEIÇÃO, 94, VILA MATHIAS<br>SANTOS - SP<br>CEP.: 11015-540<br>C.N.P.J.: 32.511.424/0001-07 | FATURA DE LOCAÇÃO | 2760       |
|                             |   | DATA DA EMISSÃO   | 29/09/2023 |

| FATURA |          | DUPLICATA |          | VENCIMENTO |
|--------|----------|-----------|----------|------------|
| NÚMERO | VALOR    | NÚMERO    | VALOR    |            |
| 2760   | 6.040,00 |           | 6.040,00 | 15/10/2023 |

Desconto de: 0,00

Até: / /

Condições especiais:

Nome: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Endereço: RUA AMADOR BUENO 333 CJ 1806

Município: SANTOS

Pça. de Pagamento: SANTOS

CNPJ/CPF(M.F.): 14.512.229/0001-10

End.P/Cobrança: RUA AMADOR BUENO 333 CJ 1806

Município: SANTOS

Bairro: CENTRO

Estado: SP

Cep: 11013-153

Identidade(RG): ISENTA

Bairro: CENTRO

Estado: SP

Cep: 11013-153

Valor por Extensão: SEIS MIL QUARENTA REAIS

Conforme Lei Complementar 116/2003 de 31/07/2003, o ramo de locação de Automóveis está Isento do Recolhimento do ISS, consequentemente desobrigado da emissão de Nota Fiscal.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS   | UNITÁRIO        | TOTAL           |
|--|-----------------|-----------------|
| LOCAÇÃO DE VEÍCULOS CONFORME DEMONSTRATIVO DE FATURAMENTO EM ANEXO,<br>REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO DE 2023.<br><br>CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - Aditivo 002/2022<br><br>Instituto Alpha de Medicina para Saúde x Prefeitura Municipal de Cubatão<br><br>DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:<br><br>BANCO DO BRASIL (001)<br><br>AGÊNCIA 3146-1<br><br>CONTA 41971-0<br><br>L. C. G. LOCADORA DE VEÍCULOS LTDA.<br><br>CNPJ: 32.511.424/0001-07 | 6.040,00        | 6.040,00        |
|  | <b>SubTotal</b> | <b>6.040,00</b> |
|  | <b>Desconto</b> | <b>0,00</b>     |
|  | <b>TOTAL</b>    | <b>6.040,00</b> |

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1141  
COMPETÊNCIA  
09/2023

RECEBI(EMOS) DE L.C.G. LOCADORA DE VEÍCULOS LTDA, A FATURA DE LOCAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

FATURA DE LOCAÇÃO

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

2760

# Demonstrativo de Faturamento

Cliente: INST. ALPHA - CUBATAO  
 P.J/MF: 14.512.229/0001-10  
 Endereço: RUA AMADOR BUENO  
 1. Cobrança: RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ 1806  
 Vencimento: 0

Fone: 13.3322.7379  
 Inscrição Estadual: ISENTA  
 Bairro/Cidade: CENTRO / SANTOS / CEP: 11013-153  
 Bairro/Cidade: CENTRO / SANTOS / CEP: 11013-153  
 Franquia:

| CTR | Origem | T | Contrato | Placa    | Modelo    | Km Inicial | Km Final | Período             | Valor Locação | KM Exce. | Valor Comb. | Valor Desp. | Valor Taxa | Valor Total |
|-----|--------|---|----------|----------|-----------|------------|----------|---------------------|---------------|----------|-------------|-------------|------------|-------------|
| M   |        |   | 2261/13  | SDU-3F64 | LOGAN ZEN | 20189      |          | 01/09/23 à 30/09/23 | 3.020,00      | 0,00     | 0,00        | 0,00        | 0,00       | 3.020,00    |
| M   |        |   | 2262/13  | SDU-3F65 | LOGAN ZEN | 30203      |          | 01/09/23 à 30/09/23 | 3.020,00      | 0,00     | 0,00        | 0,00        | 0,00       | 3.020,00    |

otações:

Custo de Aluguel: 6.040,00  
 KM Excedente: 0,00  
 Combustível: 0,00  
 Despesas: 0,00  
 Taxa: 0,00  
 Total: 6.040,00  
 (+) Diversos: 0,00  
 (-) Desconto: 0,00  
 Total Geral: 6.040,00  
 Qtde Contratos: 2