

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Crédito ao Favorecido

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003554

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
17/10/2023Valor  
41.791,00

## Dados do Remetente

## Nome

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

## CNPJ/CPF

14.512.229/0001-10

## Convênio

0033-0123-004906738922

## Conta Débito

0123 / 000130041276

## Favorecido

MESELF CONSULTORIOS MEDICOS LTDA

## CNPJ/CPF

26.112.711/0001-41

## Conta Creditada

Banco 0033

Agência 0171

Conta 0000000000130065165

## Número do Documento

900003554

Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

NF 486 SERVICOS MEDICOS REF 09 2023

## Autenticação Bancária

3F10E37A66A477E644B5C02

## 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 SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e			Número da NFS-e 486			
Data e Hora da Emissão		16/10/2023 12:23:07	Competência	16/10/2023	Código de Verificação		JJ42C8IRF	
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação		CUBATAO - SP		
<b>Dados do Prestador de Serviços</b>								
Razão Social/Nome		MEDSELF CONSULTORIOS MEDICOS LTDA						
Nome Fantasia								
CNPJ/CPF	26.112.711/0001-41	Inscrição Municipal	2703059	Município	SANTOS - SP			
Endereço e Cep		AVENIDA ANA COSTA ,228 - VILA MATHIAS CEP: 11060-000						
Complemento:		101	Telefone:	13981294448	e-mail:	toledoaragacontabilidade@yahoo.com.br		
<b>Dados do Tomador de Serviços</b>								
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: 11013-153						
Complemento:		cj 1816	Telefone:	13981294448	e-mail:	dcbj18@gmail.com		
<b>Discriminação dos Serviços</b>								
Prestação de Serviços Médicos PRONTO SOCORRO CENTRAL INFANTIL - 23 Plantões de 12 horas Período de 01/09/2023 a 30/09/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 - ADITIVO 005/2023 SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO Valor Bruto: R\$ 46.000,00 ISS RETIDO 3%								
<b>Código do Serviço / Atividade</b>								
4.03 / 8610102 - atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências								
<b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>								
Código da Obra			Código ART					
<b>Tributos Federais</b>								
PIS	299,00	COFINS	1.380,00	IR(R\$)	690,00	INSS(R\$)	CSLL(R\$)	460,00
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município		
Valor dos Serviços R\$		46.000,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		46.000,00
(-) Desconto Incondicionado				2-Tributação fora do município		(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais		2.829,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		46.000,00
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00
(-) ISS Retido		1.380,00		2 - Não		ISS a reter:		(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R\$		41.791,00		Incentivador Cultura		(-) Valor do ISS: R\$		1.380,00
				2-Não				
Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.							



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003549

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
17/10/2023Valor  
110.059,13

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123 / 000130041276Favorecido  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDECNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10

## Conta Creditada

Banco 0033

Agência 0123

Conta 00000000000130038858

## Número do Documento

900003549  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

COTA PARTE INSS FOLHA 09 2023 CUBATAO

## Autenticação Bancária

3F10E375595039F1029E560

## 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)



Empresa : 00220 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
 Endereço : R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705  
 Período: 01/09/2023 a 30/09/2023 Departamento : 0000 CUBATÃO PS  
 Tipo Processo: Todos

CNPJ : 14.512.229/0001-10  
 Emissão : 15:37 02/10/2023

Página : 2

### Resumo Geral

#### Valores pagos aos Sócios / Autônomos na folha de pagamento

ADICIONAIS / DESCONTOS	Valores Sócios	Valores Autônomos
003 PRO LABORE	81.485,00	0,00
<b>TOTAL DE ADICIONAIS</b>	<b>81.485,00</b>	<b>0,00</b>
013 INSS	6.250,45	0,00
014 IRRF	13.609,82	0,00
<b>TOTAL DE DESCONTOS</b>	<b>19.860,27</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL LÍQUIDO A PAGAR</b>	<b>61.624,73</b>	<b>0,00</b>

TOTAL DE SÓCIOS / AUTÔNOMOS

8

0

* GPS		FGTS		DARF PIS	
Empregados :	23.526,19	<b>BASES DE CÁLCULO - GFIP</b>		Base PIS Folha :	274.858,66
Sócios :	6.250,45	Base de calc. FGTS sem 13° :	277.237,40	PIS Folha :	2.748,59
Autônomos :	0,00	Base de calc. FGTS 13° :	1.209,15	<b>DARF IR - Período Pagamento</b>	
Empresa Funcionários:	53.517,10	<b>VALOR RECOLHIDO - GFIP</b>		IRRF Folha :	4.988,84
RAT Emp (RAT x FAP = 1,0000 %):	2.675,85	FGTS sem 13° salário s/CS :	22.178,99	IRRF Férias :	770,70
Vlr. Ocorrência :	0,00	FGTS sobre 13° salário s/CS :	96,73	IRRF Rescisão :	0,00
Empresa Sócios:	16.297,00	Total FGTS apurado recibos s/CS :	22.275,72	IRRF Sócio	13.609,82
Empresa Autônomos:	0,00	<b>BASES DE CÁLCULO - GRRF</b>		IRRF Autônomo	0,00
Cooperativas :	0,00	Base de calc. FGTS GRRF :	0,00	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>	
Resíduo Mês Anterior:	0,00	Base de calc. Multa FGTS GRRF :	0,00	Contrib. Confederativa :	0,00
Deduções de FPAS :	7.727,42	Base de calc. FGTS M.Anterior:	0,00	Contrib. Sindical :	0,00
Valor Retido :	0,00	<b>VALOR RECOLHIDO - GRRF</b>		Contrib. Assistencial :	0,00
Sub-Total :	94.539,17	Total FGTS recolhido s/CS:	0,00	Contrib. Social s/ FGTS	0,00
Terceiros Carreteiro:	0,00	Total FGTS Mês Anterior s/CS:	0,00		
Resíduo Terceiros:	0,00				
Terceiros 5,80 %:	15.519,96				
Total Líquido :	110.059,13				
* De acordo com o eSocial, os valores a título de GPS não são mais válidos para o recolhimento de INSS e devido a sua apuração, podem apresentar diferenças com o eSocial.					
<b>INFORMAÇÕES AUXILIARES</b>					
Salário Família :	538,38	Valor Compensação :	0,00	Base Empregados:	267.585,52
Salário Maternidade :	7.189,04	Valor Compensação 13° :	0,00	Base Sócios:	81.485,00
Outras Ded. FPAS :	0,00	Valor para Reembolso :	0,00	Base Autônomos:	0,00





Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAL COD. BARRASNo. compromisso banco  
900000159

No. compromisso cliente

Dados do Convênio  
Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906814041Data da Solicitação  
17/10/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130038858

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

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

Código de Barras: 85800008150-0 77930385232-0 93071623289-7 93410618402-6

Data de Pagamento: 17/10/2023

Numero do Documento: 07.16.23289.9341061-8

Valor Total: R\$ 815.077,93

Autenticacao: 46570CE691D286796C8B621

Convenio de Arrecadacao: 00336916000900000097

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Data de Vencimento: 20/10/2023

Canal: PGFOR

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

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em: 17/10/2023

Hora da Transacao: 11:07:44

Tipo de Serviço  
20Complemento do Tipo de Serviço  
PAGTO DARF INSS FOLHA 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  
**14.512.229/0001-10**

 Razão Social  
**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

 Período de Apuração  
**Setembro/2023**

 Data de Vencimento  
**20/10/2023**

 Número do Documento  
**07.16.23289.9341061-8**

Pagar este documento até

**20/10/2023**

 Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000170419493**

Valor Total do Documento

**815.077,93**
**Composição do Documento de Arrecadação**

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO 07 IRRF - RD TRB ASSAL PAIS/AUS NO EXT A SERV PAIS PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	137.699,99			137.699,99
0588	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO 06 IRRF - REND DO TABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	1.949,28			1.949,28
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	132.798,79			132.798,79
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11 01 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11% PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	12.860,81			12.860,81
1138	CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR 01 CP PATRONAL - EMPREGADOS/AVULSOS PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	334.464,36			334.464,36
1138	CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR 04 CP PATRONAL - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	78.270,94			78.270,94
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023 CNPJ Prestador:09.364.022/0001-30	273,17			273,17
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023 CNPJ Prestador:09.564.629/0001-39	3.042,83			3.042,83
1170	CP TERCEIROS - SALÁRIO EDUCAÇÃO 01 CP TERCEIROS - SALÁRIO EDUCAÇÃO PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	41.808,04			41.808,04
1176	CP TERCEIROS - INCRA	3.344,64			3.344,64

SENDA (Versão:5.1.7)

Página: 1/2

16/10/2023 11:13:19

85800008150 0 77930385232 0 93071623289 7 93410618402 6

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

85800008150 0

77930385232 0

93071623289 7

93410618402 6

CNPJ: 14.512.229/0001-10

Número: 07.16.23289.9341061-8

Pagar até: 20/10/2023

Valor: 815.077,93

Pague com o PIX





## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1191	01 CP TERCEIROS - INCRA PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	16.723,21			16.723,21
1196	CP TERCEIROS - SENAC 01 CP TERCEIROS - SENAC PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	25.084,82			25.084,82
1200	CP TERCEIROS - SESC 01 CP TERCEIROS - SESC PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	10.033,93			10.033,93
1646	CONTRIB PREV RISCO AMBIENTAL/APOSENT ESPECIAL 01 CP PATRONAL - GILRAT AJUSTADO PA:09/2023 Vencimento:20/10/2023	16.723,21			16.723,21
	<b>Totais</b>	<b>815.077,93</b>			<b>815.077,93</b>



## RESUMO DA FOLHA 09/2023

GPS	CUBATÃO	POA	Praia Grande	MONGAGUA	SEDE	OSASCO	MAIRIPORA	RESUMO GERAL TOTAL
regados:	23.526,19	50.759,87	-	20.380,81	382,12	5.307,27	51.184,41	151.540,67
os:	6.250,45	2.477,46	-	1.731,11	-	-	-	10.459,02
nomos:	-	-	1.359,79	833,49	-	208,51	-	2.401,79
resa Funcionários:	53.517,10	112.683,97	-	45.560,03	901,45	12.140,52	109.661,28	334.464,35
np(RAT x FAP = 1,0000%):	2.675,85	5.634,19	-	2.278,00	45,07	607,02	5.483,06	16.723,19
resa Sócios:	16.297,00	22.356,43	-	11.200,00	-	4.200,00	19.500,00	73.553,43
resa Autônomos:	-	-	2.822,93	1.515,45	-	379,12	-	4.717,50
ações de FPAS:	7.727,42	1.219,53	-	4.964,43	-	299,10	4.531,38	18.741,86
r Retido:	-	-	-	-	-	-	-	-
Total:	94.539,17	192.692,39	4.182,72	78.534,46	1.328,64	22.543,34	181.297,37	575.118,09
eiros 5,80%:	15.519,96	32.678,35	-	13.213,23	261,42	3.520,75	31.801,77	96.995,48
l Líquido:	110.059,13	225.370,74	4.182,72	91.747,69	1.590,06	26.064,09	213.099,14	672.113,57
IRRF	CUBATÃO	POA	Praia Grande	MONGAGUA	SEDE	OSASCO	MAIRIPORA	RESUMO GERAL
: FOLHA	4.988,84	14.950,16	-	2.700,28	35,04	1.234,07	23.398,62	47.307,01
: FÉRIAS	770,70	3.073,58	-	691,03	-	-	-	4.535,31
: RESCISÃO	-	218,60	-	18,15	-	-	-	236,75
: SOCIOS	13.609,82	27.351,78	-	13.101,89	-	5.775,00	25.782,34	85.620,83
: AUTONOMO	-	-	1.754,89	194,39	-	-	-	1.949,28
INSS TERCEIROS	CUBATÃO	POA	PRAIA GRANDE	MONGAGUA	SEDE	OSASCO	MAIRIPORA	RESUMO GERAL
	3.042,84	96,07	-	-	-	-	177,10	3.316,01
l Geral:	132.471,33	271.060,93	5.937,61	108.453,43	1.625,10	33.073,16	262.457,20	815.078,76



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003558	No. compromisso cliente	Data do Crédito 17/10/2023	Valor 283.797,10
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------------

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10

Convênio  
0033-0123-004906738922

Conta Débito  
0123 / 000130041276

Favorecido  
MED SERVICE ASSESSORIA E CONSULTORIA MEDICA L

CNPJ/CPF  
43.091.226/0001-58

Conta Creditada  
Banco 0033  
Agência 0780  
Conta 00000000000130011681

Número do Documento  
900003558  
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 29 SERVICOS MEDICOS REF 09 2023

Autenticação Bancária  
3F10E37FB8715E5674DD44E

**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)



IMPRIMIR NFS-e

VOLTAR


**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

Número da Nota

00000029

Data e Hora de Emissão

17/10/2023 14:35:57

Código de Verificação

NPRU-LTHK

20231017043001226000158

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 43.091.226/0001-68

Inscrição Municipal: 7.032.231-7

Nome/Razão Social: MED. SERVICE ASSESSORIA E CONSULTORIA MEDICA LTDA

Endereço: R LIBERO BADARO 101, ANDAR 12 - CENTRO - CEP: 01009-902

Município: São Paulo

UF: SP

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10

Inscrição Municipal: ---

Endereço: AL Itapecuru 646, CJ 1230 - Alphaville Centro Industrial e - CEP: 06464-080

Município: Barueri

UF: SP

E-mail: CONTATO@LDMASSESSORIA.COM

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: ---

Nome/Razão Social: ---

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ 14.52.229/0001-10

ENDEREÇO : Av Amador Bueno , 333 - cj 1016 - CEP 11013-153 - Centro - Santos / SP

Local de Prestação de Serviço : Cubatão/ SP

Prestação de Serviços Médicos - Pronto Socorro Central - 74 plantões de 12 horas

Período de 01/09/2023 a 30/09/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de

Medicina para Saude

Contrato de Gestão 003/2018 - Aditivo 005/2023

Serviços prestados em Cubatão - SP com ISS 3% devido a este Município

Valor R\$ 289.588,88

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1101

COMPETÊNCIA

09/2023

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 289.588,88**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
04030 - Medicina e biomedicina.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	289.588,88	2,00%	5.791,77	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2023;





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003562	No. compromisso cliente	Data do Crédito 18/10/2023	Valor 275,00
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10

Convênio  
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação  
18/10/2023

Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
IRACY ALVES KAUFFMAN

CNPJ/CPF  
14.244.694/0001-17

Tipo Conta  
Conta Corrente

Banco/ISPB  
0290/08561701

Agência  
00001

Conta Corrente  
00000000000212482103

Valor  
275,00

Finalidade  
Crédito em Conta

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 120 REF 10 2023

Autenticação Bancária  
3F10E372C773C15EC26454E

## Central de Atendimento Santander Empresarial



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

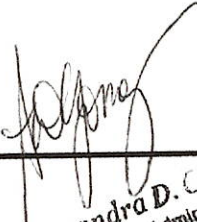
**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.

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)

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO		Numero da Nota Fiscal													
		120													
		Série 0													
SECRETARIA DA FAZENDA		Data de Emissão													
DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL ONLINE		18/10/2023													
Nota Fiscal de Venda a Consumidor Online (NFVC-Online)		Data Saída													
3523.1014.2446.9400.0117.5600.0000.0001.2087.3745.5630		18/10/2023													
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>															
<b>DADOS DO EMITENTE</b>															
	RAZÃO SOCIAL: IRACY ALVES KAUFFMAN 08333508898														
	CNPJ:	14.244.694/0001-17													
Data de Impressão	ENDEREÇO:	AVENIDA DOUTOR PEDRO LESSA 775, APT 1	CEP: 11025-003												
18/10/2023 09:51	BAIRRO:	APARECIDA	MUNICÍPIO: SANTOS UF: SP												
<b>DADOS DO DESTINATÁRIO</b>															
NOME/RAZÃO SOCIAL:		Instituto Alpha de Medicina para Saúde	CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10												
ENDEREÇO:		Rua Amador Bueno, 333, Cjto 1816	CEP: 11013-153												
BAIRRO:		Centro	MUNICÍPIO: Santos												
UF:		SP	IE:												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS</th> <th>QUANT.</th> <th>UNID.</th> <th>VAL UNIT.</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Camisetas Personalizadas</td> <td>10,000</td> <td>un</td> <td>27,50</td> <td>275,00</td> </tr> </tbody> </table>				ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	QUANT.	UNID.	VAL UNIT.	TOTAL	1	Camisetas Personalizadas	10,000	un	27,50	275,00
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	QUANT.	UNID.	VAL UNIT.	TOTAL										
1	Camisetas Personalizadas	10,000	un	27,50	275,00										
<p>CENTRO DE CUSTO 100</p> <p>CÓDIGO GERENCIAL 1035</p> <p>COMPETÊNCIA 10/2023</p>															
Informações Adicionais para o Fisco															
Não Informado.															
Informações Adicionais para o Contribuinte															
Contrato de Gestão nº 003/18 e Termo Aditivo nº 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															
VALOR: 275,00 SEGURO: 0,00 FRETE: 0,00 DESPESAS: 0,00 ACESSÓRIAS: (-) DESCONTO: 0,00 <b>TOTAL DA NOTA FISCAL 275,00</b>															
Página 1 de 1															

  
Alessandra D. C. 11/22  
Coordenadora Administrativa  
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

Cubatão, 18 de setembro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 141.0.1.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Uniforme

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra de camisetas personalizadas para complemento dos uniformes de Cubatão.

329 unds Camisetas personalizadas.

  
Aline Marotti  
Adm III  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde



**Financub - Alpha**

---

**De:** compras@alphainstituto.com.br  
**Enviado em:** quarta-feira, 18 de outubro de 2023 10:26  
**Para:** financub@alphainstituto.com.br  
**Cc:** 'Ane Marotti'  
**Assunto:** Camisetas  
**Anexos:** Cubatão-NFE-1350414697. (1).pdf

Val,

Por gentileza providenciar o pagamento da NF 120 no valor de **R\$ 275,00**, conforme dados abaixo, ref. a compra de camisetas para compor o uniforme dos colaboradores do PS 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)



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003565	No. compromisso cliente	Data do Crédito 18/10/2023	Valor 17.170,65
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10

Convênio  
0033-0123-004906738922

Conta Débito  
0123 / 000130041276

Favorecido  
COQUEIRO E RIGHI CLINICA MEDICA LTDA

CNPJ/CPF  
26.388.276/0001-82

## Conta Creditada

Banco 0033  
Agência 3553  
Conta 00000000000130025278

## Número do Documento

900003565  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

NF 515 SERVICOS MEDICOS REF 08 2023

## Autenticação Bancária

3F10E37C711E4E026B96474

## 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 SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e				Número da NFS-e 515			
Data e Hora da Emissão	18/10/2023 15:12:47	Competência	18/10/2023	Código de Verificação	9MEUBRKKQ				
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP				
Dados do Prestador de Serviços									
Razão Social/Nome		COQUEIRO E RIGHI CLINICA MEDICA LTDA							
Nome Fantasia									
CNPJ/CPF	26.388.276/0001-82	Inscrição Municipal	2709778	Município	SANTOS - SP				
Endereço e Cep		RUA GUAIBÊ, 196 - APARECIDA CEP: 11035-190							
Complemento:	0074	Telefone:	(17)3305-9030	e-mail:	gestor.societario@rissicontabilidade.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: 11013-153							
Complemento:	CONJ 1816	Telefone:	(13)3394-5103	e-mail:	CONTATO@ALPHAINSTITUTO.COM.BR				
Discriminação dos Serviços									
Prestação de Serviços Médicos PRONTO SOCORRO CENTRAL E SAMU 24 Plantões de 12 horas Período de 01/08/2023 a 30/08/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 2 ADITIVO 005/2023 SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO Valor Bruto: R\$ 18.900,00 ISS RETIDO 3% 567,00  VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 R\$ (16,70%) FONTE: IBPT DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 115, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.									
CENTRO DE CUSTO 100 CÓDIGO GERENCIA! 1101 COMPETÊNCIA 08/2023									
Código do Serviço / Atividade									
4.03 / 8610102 - atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências									
Detalhamento Específico da Construção Civil									
Código da Obra					Código ART				
Tributos Federais									
PIS	122,85	COFINS	567,00	IR(R\$)	283,50	INSS(R\$)		CSSL(R\$)	189,00
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$	18.900,00			Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	18.900,00		
(-) Desconto Incondicionado				2-Tributação fora do município		(-) Deduções permitidas em lei			
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado			
(-) Retenções Federais	1.162,35			0-Nenhum		Base de Cálculo	18.900,00		
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	3,00		
(-) ISS Retido	567,00			2 - Não		ISS a reter:	(X) Sim ( ) Não		
(=) Valor Líquido R\$	17.170,65			Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$	567,00		
				2-Não					
Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.								





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003564

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
18/10/2023Valor  
18.397,12

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123 / 000130041276Favorecido  
COQUEIRO E RIGHI CLINICA MEDICA LTDACNPJ/CPF  
26.388.276/0001-82

## Conta Creditada

Banco 0033  
Agência 3553  
Conta 00000000000130025278

## Número do Documento

900003564  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

NF 514 SERVICOS MEDICOS REF 09 2023

## Autenticação Bancária

3F10E3731CFFCE63840238D

## 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 SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e			Número da NFS-e 514				
Data e Hora da Emissão	18/10/2023 15:10:50	Competência	18/10/2023	Código de Verificação	UFIB4BZKC				
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP				
Dados do Prestador de Serviços									
Razão Social/Nome		COQUEIRO E RIGHI CLINICA MEDICA LTDA							
Nome Fantasia									
CNPJ/CPF	26.388.276/0001-82	Inscrição Municipal	2709778	Município	SANTOS - SP				
Endereço e Cep		RUA GUAIBÊ ,196 - APARECIDA CEP: 11035-190							
Complemento:	0074	Telefone:	(17)3305-9030	e-mail:	gestor.societario@rissicontabilidade.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: 11013-153							
Complemento:	CONJ 1816	Telefone:	(13)3394-5103	e-mail:	CONTATO@ALPHA INSTITUTO.COM.BR				
Discriminação dos Serviços									
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PRONTO SOCORRO CENTRAL E SAMU ; 15 PLANTÕES DE 12 HORAS PERÍODO DE 01/09/2023 A 30/09/2023 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO X INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 ; ADITIVO 005/2023 SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP, COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICÍPIO VALOR BRUTO: R\$ 20.250,00 ISS RETIDO 3%									
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 R\$3.381,75 (16,70%) FONTE: IBPT									
DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 115, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS									
Código do Serviço / Atividade									
4.03 / 8610102 - atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências									
Detalhamento Específico da Construção Civil									
Código da Obra			Código ART						
Tributos Federais									
PIS	131,63	COFINS	607,50	IR(R\$)	303,75	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	202,50
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços			Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município				
Valor dos Serviços R\$	20.250,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	20.250,00			
(-) Desconto Incondicionado			2-Tributação fora do município		(-) Deduções permitidas em lei				
(-) Desconto Condicionado			Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado				
(-) Retenções Federais	1.245,38		0-Nenhum		Base de Cálculo	20.250,00			
Outras Retenções			Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	3,00			
(-) ISS Retido	607,50		2 - Não		ISS a reter:	(X) Sim ( ) Não			
(=) Valor Líquido R\$	18.397,12		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$	607,50			
				2-Não					
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.									
Avisos									

CENTRO DE CUSTO  
 100  
 CÓDIGO GERENCIA  
 1101  
 COMPETÊNCIA  
 09/2023





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003563

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
18/10/2023Valor  
28.672,26

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Conta Débito  
0123 / 000130041276Favorecido  
J A F SERVICOS MEDICOS EIRELI MECNPJ/CPF  
24.511.655/0001-92

## Conta Creditada

Banco 0033  
Agência 3553  
Conta 00000000000130024569

## Número do Documento

900003563  
Pagamento a Fornecedores

## Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

## Complemento do Tipo de Serviço

NF 358 SERVICOS MEDICOS REF 09 2023

## Autenticação Bancária

3F10E37C87B365382751560

## 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  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da  
NFS-e  
358



496

Data e Hora da Emissão	18/10/2023 15:25:29	Competência	11/10/2023	Código de Verificação	HSSJXPTHN
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	355	Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	J A F SERVICOS MEDICOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	24.511.655/0001-92	Inscrição Municipal	2680949	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA CONSELHEIRO NÉBIAS ,580 - BOQUEIRÃO CEP: 11045-002				
Complemento:	0024	Telefone:	(13)3221-8068	e-mail:	drjoaofaria@gmail.com

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal		Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	cj 1816	Telefone:		e-mail:	financub@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos

PRONTO SOCORRO CENTRAL E SAMU ̂ 10 Plantões de 12 horas  
COORDENAÇÃO SAMU  
Período de 01/09/2023 a 30/09/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde  
CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 ̂ ADITIVO 005/2023

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1101  
COMPETÊNCIA  
09/2023

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8610102 - atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Detalhamento Específico da Construção Civil

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

Tributos Federais

PIS	205,14	COFINS	946,80	IR(R\$)	473,40	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	315,60
-----	--------	--------	--------	---------	--------	-----------	--	-----------	--------

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R\$	31.560,00	Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	31.560,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município		(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	1.940,94	0-Nenhum		Base de Cálculo	31.560,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	946,80	2 - Não		ISS a reter:	(X) Sim ( ) Não
(=) Valor Líquido R\$	28.672,26	Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$	946,80
		2-Não			

Avisos

- 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, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003572	No. compromisso cliente	Data do Crédito 19/10/2023	Valor 135,00
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 19/10/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
Nome/Razão Social do Beneficiário Original PROMEDIC P O MED IND COML LTDA			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 01.799.597/0001-49
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10
Instituição Financeira Favorecida 341 - ITAU UNIBANCO S A			
Código de Barras 34191.09016.09281.929225.81008.720005.6.95100000013500			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
135,00	0,00	0,00	135,00

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 41723 REF 09 2023

Autenticação Bancária  
3F10E37D1876AA6BCF262E0

**Central de Atendimento Santander Empresarial**

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

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

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

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

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



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



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

## Recibo do Pagador

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

<b>Vencimento</b>  <b>21/10/2023</b>	<b>Nosso Número</b>  <b>109/01092819-2</b>	<b>Valor Cobrado</b>  <b>R\$ 135,00</b>
--	--	---

<b>Mensagens:</b> RPS: 0009135 NF 41723	<b>Resumo do(s) Serviço(s) Prestado(s):</b> 3 - Hemograma com contagem de plaquetas 1 - Exame clínico Periódico 1 - Exame clínico Retorno ao Trabalho 1 - Exame clínico Demissional
	CENTRO DE CUSTO 100 CÓDIGO GERENCIAL 1038 COMPETÊNCIA 09/2023

<b>Número do Documento</b> <b>18207-1</b>	<b>Valor do Documento</b> <b>R\$ 135,00</b>	<b>(-) Desconto/Abatimento</b> <b>R\$ 0,00</b>	<b>(=) Valor Cobrado</b> <b>R\$ 135,00</b>
--	--	---	---

Data de Emissão: 11/10/2023

Autenticação mecânica

Corte na linha

<b>341-7</b>	34191.09016 09281.929225 81008.720005 6 95100000013500
--------------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.	Vencimento <b>21/10/2023</b>
Beneficiário PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA - 01.799.597/0001-49	Agência/Código Beneficiário 9228/00872-

Endereço do Beneficiário  
R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090

Data do Documento 11/10/2023	Número do Documento 18207-1	PD DP	Aceite N	Data do Processamento 11/10/2023	Nosso Número 109/01092819-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>135,00</b>

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)

Cobrar multa por atraso de 2,000%.  
Cobrar juros de mora de R\$ 0,04 ao dia.  
Protestar no dia 05/11/2023  
Não aceitamos depósito em C/C. Caso ocorra, não quitará esta fatura!

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681  
05847-620 JARDIM BRASÍLIA SÃO PAULO SP  
Sacador/Avalista

CPF/CNPJ do Pagador  
CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Código de Baixa  
109/01092819-2

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação






**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**

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

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	<b>41723</b>	<b>11/10/2023</b>	<b>NEPZ-ALWX</b>

**PROMEDIC PREVENCAO E ORIENTACAO MEDICA INDUSTRIAL E COMERCIAL LTDA**

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

 CNPJ/CPF: **01.799.597/0001-49**

Inscr. Estadual/RG:

Email: contato@promedic.net.br

Telefone: (13) 3361-2976

CCM 9590

Inscr. Municipal: 0097934

**Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO**

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Competência: 10/2023

Atividade: 4.01 - Medicina e biomedicina.

**Nota Fiscal Fatura**

Fatura Nro	<b>41723</b>	Valor R\$	<b>135,00</b>	Vencimento	<b>21/10/2023</b>
------------	--------------	-----------	---------------	------------	-------------------

**Dados do Tomador de Serviço**
**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816 - BOQUEIRÃO

SANTOS - SP - - CEP: 11.013-153

CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

**Dados do Intermediário**

CNPJ/CPF:

- - - - CEP:

**Valor por extenso**

CENTO E TRINTA E CINCO REAIS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	1	Exames clínicos e laboratoriais - 01/09/2023 até 30/09/2023	135,00	135,00

Valor Aprox. Tributos: R\$ 19,35 (14,33%) Fonte: 12741/2012

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1038

COMPETÊNCIA

09/2023

Observação:

Forma de Pagamento: Única

Total dos Serviços	135,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00 % 4,05
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

**Total da Nota**

135,00

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

**Total Líquido**

135,00

# Exames para Cobrança

Emissão: 30/09/2023 23:11

Data 01/09/2023 Até 30/09/2023

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ: 14.512.229/0001-10			
Funcionário: LUCIANA CAMARGO GOMES DA SILVA		CPF: 307.965.738-16			
Cargo: ENFERMEIRO (a)		Admissão: 07/07/2022			
ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
3	22/09/2023	R\$30,00	Faturamento	Periódico	216948
451	22/09/2023	R\$15,00	Faturamento	Periódico	216948
Qtde. Exames por Funcionário: 2		Valor Total: R\$45,00			
Funcionário: SANDRA SANTOS DE CARVALHO		CPF: 159.178.228-75		Nascimento: 18/05/1970	
Cargo: Técnico de Enfermagem		Admissão: 03/09/2019			
ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
6	25/09/2023	R\$30,00	Faturamento	Demissional	217155
451	25/09/2023	R\$15,00	Faturamento	Demissional	217155
Qtde. Exames por Funcionário: 2		Valor Total: R\$45,00			
Funcionário: SILVIA ALVES GUIMARAES		CPF: 258.192.928-63		Nascimento: 07/07/1977	
Cargo: Enfermeiro (a)		Admissão: 21/07/2022			
ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
4	20/09/2023	R\$30,00	Faturamento	Retorno ao Trabalho	216560
451	20/09/2023	R\$15,00	Faturamento	Retorno ao Trabalho	216560
Qtde. Exames por Funcionário: 2		Valor Total: R\$45,00			
Qtde. Exames por Cliente: 6		Valor Total: R\$135,00	Qtde. de Funcionários: 3		
Qtde. Geral: 6		Valor Total: R\$135,00	Total de Funcionários: 3		



**DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - 01/09/2023 à 30/09/2023**

**Empresa:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **CNPJ:** 14.512.229/0001-10

**Exames**

Qtde.	Descrição	Vlr. Unitário	Vlr. Total
3	Hemograma com contagem de plaquetas	R\$ 15,00	R\$ 45,00
1	Exame clínico Periódico	R\$ 30,00	R\$ 30,00
1	Exame clínico Retorno ao Trabalho	R\$ 30,00	R\$ 30,00
1	Exame clínico Demissional	R\$ 30,00	R\$ 30,00
		<b>TOTAL: R\$ 135,00</b>	

**Sublocação:** PROJETO-CUBATÃO

**CNPJ:** 14.512.229/0001-10

**Sublocação:** PROJETO POÁ 2022

**CNPJ:** 14.512.229/0001-10

**QTD. GERAL DE FUNCIONÁRIOS:** 0

**TOTAL GERAL**

Valor Serviços: R\$ 0,00

Valor Exames: R\$ 135,00

Pedidos Vinculados: R\$ 0,00

Taxas Administrativas: R\$ 0,00

**Total Bruto: R\$ 135,00**

**IMPOSTOS**

Valor ISS: R\$ 0,00

Valor IR: 0,00

Valor P.C.C: 0,00

Valor INSS: R\$ 0,00

**Valor Liquido: R\$ 135,00**





Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco  
900003571

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
19/10/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa: CLARO SA

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Codigo de Barras: 84850000001-3 69960162202-0 31020117992-6 84906011922-9

Data de Pagamento: 19/10/2023

Valor: R\$ 169,96

Data da Transacao: 19/10/2023

Hora da Transacao: 15:22:06

Canal: PGFOR

Autenticacao: 3F10E3709C7436514288A6B

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
CONTA 117992849 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)

*Cubatas*

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
R AMADOR BUENO 333 C17031705  
CENTRO  
11013-151 SANTOS SP

Período de uso de 05/09/2023 a 04/10/2023 **Vencimento**

Nº da conta: 117992849 **20/10/2023**

Nº do cliente: 111568211  
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

**Veja aqui o que está sendo cobrado:**

1. Plano Contratado **R\$ 159,96**  
2. Itens Adicionais **R\$ 10,00**

**Total a pagar R\$ 169,96**

**MENSAGENS IMPORTANTES:**

Prezado cliente Claro empresas, comunicamos que em 04/11 iniciaremos a mudança da plataforma Gestor Online, fique tranquilo seu plano permanece o mesmo e você receberá um e-mail quando migrado com todas as orientações. Dúvidas acesse <https://www.claro.com.br/empresas/servicos/gestor-online>.

**CANAIS DE ATENDIMENTO:**

Atendimento Claro - Ligue 1052  
Ouvidoria - Ligue 08007010180  
Na Web - [www.claro.com.br/empresas](http://www.claro.com.br/empresas)  
Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br) e acesse o detalhamento da sua fatura

1. PLANO CONTRATADO		VALOR R\$		
<b>Individual</b>	<i>CENTRO DE CUSTO</i>			
Oferta Conjunta Claro MIX	<i>100</i>	159,96		
Claro Life Ilimitado 2GB [190]				
Aplicativos Digitais	<i>CÓDIGO GERENCIAL</i>	0,00		
Bônus de Internet Turbo - 1GB	<i>1302</i>			
<b>SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO</b>	<i>COMPETÊNCIA</i>	<b>R\$ 159,96</b>		
2. ITENS ADICIONAIS		VALOR R\$		
Parcelamento de Aparelho	<i>091202</i>	10,00		
<b>SUBTOTAL - ITENS ADICIONAIS</b>		<b>R\$ 10,00</b>		
SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R\$
VOZ	Ilimitado	12min24s	-	0,00
SMS	100	1	-	0,00
DADOS	12.288,000 MB	-	-	0,00
VALOR DE COBRANÇAS POR CELULAR - USO POR TIPO DE LIGAÇÃO E SERVIÇOS EXCEDENTES				
	(13) 99162 6940	(13) 99209 0557	(13) 99209 1101	(13) 99209 1710
<b>Cobranças e Descontos</b>	R\$ 39,99	R\$ 39,99	R\$ 39,99	R\$ 39,99
Oferta Conjunta Claro MIX	-	-	-	-
Claro Life Ilimitado 2GB	-	-	-	-
Aplicativos Digitais	-	-	-	-
<b>TOTAL PARA CADA CELULAR</b>	<b>R\$ 39,99</b>	<b>R\$ 39,99</b>	<b>R\$ 39,99</b>	<b>R\$ 39,99</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 169,96</b>

**AVISOS AO CLIENTE**

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

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

Autenticação Mecânica  
Para uso do banco



**CLIENTE**  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Débito Automático  
117992849

Data de Vencimento  
**20/10/2023**

Valor  
**R\$ 169,96**

8485000001-3 69960162202-0 31020117992-6 84906011922-9



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

Pague com Pix





## DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 178317013/102023

Descrição	Valor ISS (R\$)	Valor cobrado (R\$)
Aplicativos digitais - Be Digital Light		16,00
Parcelamento de Aparelho		10,00
Serviço de Gestão	0,80	39,60
<b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b>	<b>0,80</b>	<b>65,60</b>

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 171127491/102023

Serviços	Base de cálculo (R\$) ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R\$)	Valor (R\$)
Claro Life Ilimitado 2GB	78,28	18,00	14,09		78,28
<b>Valor Total da Nota Fiscal</b>	<b>78,28</b>		<b>14,09</b>	<b>0,00</b>	<b>78,28</b>

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%  
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 3245374/102023

Serviços	Base de cálculo (R\$) ICMS	Alíquota (%)	Valor ICMS	Isento/Não Tributável (R\$)	Valor (R\$)
Claro Life Ilimitado 2GB	26,08	18,00	4,69		26,08
<b>Valor Total da Nota Fiscal</b>	<b>26,08</b>		<b>4,69</b>	<b>0,00</b>	<b>26,08</b>

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%  
Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

## DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99162 6940

Mensalidades e Pacotes Promocionais				Total (R\$)			
Descrição				39,99			
Oferta Conjunta Claro MIX				0,00			
Bônus de Internet Turbo - 1GB				-			
Claro Life Ilimitado 2GB				-			
Aplicativos Digitais				-			
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 39,99</b>			
Interurbanas e Rec. em Viagem							
Ligações com o Código 21 - Embratel							
Data	Hora	Origem-Destino	Número	Dur. Efetiva	Duração	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
06/09	08:12:06	São Paulo Osasco	1136543337	00:01:36	00:01:36	0,00	0,00
<b>Total</b>				<b>00:01:36</b>	<b>00:01:36</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)							
Internet (MB)							
Serviço				Mbytes Utilizados	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
Internet				1,737	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>				<b>1,737</b>			<b>0,00</b>
A cobrança do serviço de Internet pode ocorrer até 90 dias após o seu uso, conforme artigo 78 do RCC.							
<b>TOTAL</b>				<b>1min36s</b>			

## DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 1101

Mensalidades e Pacotes Promocionais				Total (R\$)				
Descrição				39,99				
Oferta Conjunta Claro MIX				0,00				
Bônus de Internet Turbo - 1GB				-				
Claro Life Ilimitado 2GB				-				
Aplicativos Digitais				-				
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 39,99</b>				
Ligações Locais								
Ligações para telefones fixos				Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)			
Data	Hora	Origem(UF)-Destino	Número	Dur. Efetiva	Duração	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
11/09	14:39:03	São Paulo Santos	1340021687	00:10:01	00:10:06	0,00	0,00	0,00
21/09	12:02:12	São Paulo Cubatão	1333757139	00:00:40	00:00:42	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>				<b>00:10:41</b>	<b>00:10:48</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

## Autorização para Débito em Conta

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

Código Débito Automático: **117992849** Claro SP DDD 12 a 19 Agência: \_\_\_\_\_  
 Nome do Cliente: CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Banco: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Número da conta Corrente: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	Mbytes Utilizados	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
<b>Serviço</b>				
Internet	3.563,580	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	0,741	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>3.564,321</b>			<b>0,00</b>

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

Outros Serviços Telecom	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
<b>Descrição</b>				
Torpedo - Outras Operadoras	1,000	0,39	0,39	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>			<b>0,00</b>

TOTAL

10min48s

## DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 0557

Mensalidades e Pacotes Promocionais	Total (R\$)
<b>Descrição</b>	39,99
Oferta Conjunta Claro MIX	0,00
Bônus de Internet Turbo - 1GB	-
Claro Life Ilimitado 2GB	-
Aplicativos Digitais	-
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 39,99</b>

## DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (13) 99209 1710

Mensalidades e Pacotes Promocionais	Total (R\$)
<b>Descrição</b>	39,99
Oferta Conjunta Claro MIX	0,00
Bônus de Internet Turbo - 1GB	-
Claro Life Ilimitado 2GB	-
Aplicativos Digitais	-
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 39,99</b>



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco  
900003566

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
19/10/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Convênio de Arrecadação: 00330010001004032025  
Empresa: CLARO SA  
Data de Pagamento: 19/10/2023  
Código de Barras: 84850000003-0 25400162202-3 31022130890-0 85904411922-5  
Valor: R\$ 325,40  
Data da Transação: 19/10/2023  
Canal: PGFOR  
Hora da Transação: 15:22:06  
Autenticação: 3F10E37C66DDB6B3881FEEE

Pagamento efetuado com base nas informações do código de barras.

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

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
CONTA 130890859 REF 09 2023Central de Atendimento Santander  
Empresarial4004-2125 (Regiões Metropolitanas)  
0800-726-2125 (Demais Localidades)  
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

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

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

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

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

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

Período de uso de 05/09/2023 a 04/10/2023  
Nº da conta: 130890859  
Nº do cliente: 124180048  
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

Vencimento 22/10/2023

**Veja aqui o que está sendo cobrado:**

1. Plano Contratado R\$ 325,40

**Total a pagar R\$ 325,40**

**CANAIS DE ATENDIMENTO:**  
Atendimento Claro - Ligue 1052  
Ouvidoria - Ligue 08007010180  
Na Web - [www.claro.com.br/empresas](http://www.claro.com.br/empresas)  
Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br) e acesse o detalhamento da sua fatura

1. PLANO CONTRATADO				VALOR R\$	
<b>Individual</b>					
Oferta Conjunta Claro MIX				325,40	
Claro Internet Empresa [075]					
Aplicativos Digitais					
SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO				<b>R\$ 325,40</b>	
SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS		Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R\$
DADOS		286.720,000 MB	691,280 MB	-	0,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 325,40</b>	

**AVISOS AO CLIENTE**

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

**DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 178528309/102023**

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

*CENTRO DE CUSTO*  
*100*  
*CÓDIGO GERENCIAL*  
*1302*  
*COMPETÊNCIA*  
*09/2023*

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

Autenticação Mecânica  
Para uso do banco



**CLIENTE**  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE-  
BANDA LARGA

Débito Automático  
130890859

Data de Vencimento  
22/10/2023

Valor  
R\$ 325,40



84850000003-0 25400162202-3 31022130890-0 85904411922-5

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

Pague com Pix





**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 171304632/102023**

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

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE- BANDA  
 LARGA  
 R AMADOR BUENO 333 - CONJ 1816 CENTRO  
 11013-153 - SANTOS - SP  
 CPF/CNPJ 14.512.729/0001-10  
 Nº da conta: 130890859  
 Nº do cliente: 124180048

Modelo: 22 Série B64 Via Única  
 Data de emissão: 05/10/2023  
 Período: 05/09/2023 a 04/10/2023  
 CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:  
 042c.2816.931e.5a3c.1ca8.037b.b1fd.256d

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

Contribuição para o Fust 1% e Functel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%  
 Doc. Fiscal disponibilizado em meio eletrônico conf. RE nº 036820/2019.

**Autorização para Débito em Conta**

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

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

Agência: \_\_\_\_\_

Nome do Cliente: CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Número da conta Corrente: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

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

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

<b>Mensalidades e Pacotes Promocionais</b>	<b>Total (R\$)</b>
<b>Descrição</b>	162,70
Oferta Conjunta Claro MIX	-
Claro Internet Empresa	-
Aplicativos Digitais	-
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 162,70</b>

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

<b>Internet (MB)</b>	<b>Mbytes Utilizados</b>	<b>Tarifa (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>	<b>Valor Cobrado (R\$)</b>
<b>Serviço</b>				
Internet	286,628	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	7,144	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>293,771</b>			<b>0,00</b>

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

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

<b>Mensalidades e Pacotes Promocionais</b>	<b>Total (R\$)</b>
<b>Descrição</b>	162,70
Oferta Conjunta Claro MIX	-
Claro Internet Empresa	-
Aplicativos Digitais	-
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 162,70</b>

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

<b>Internet (MB)</b>	<b>Mbytes Utilizados</b>	<b>Tarifa (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>	<b>Valor Cobrado (R\$)</b>
<b>Serviço</b>				
Internet	391,427	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	6,084	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>397,511</b>			<b>0,00</b>

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



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003573	No. compromisso cliente	Data do Crédito 19/10/2023	Valor 404,00
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 19/10/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
Nome/Razão Social do Beneficiário Original EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 48.713.861/0001-43
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10
Instituição Financeira Favorecida 237 - BCO BRADESCO S A			
Código de Barras 23792.06606.90000.001959.91000.118009.1.95090000040400			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
404,00	0,00	0,00	404,00

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
NF 31095 REF 09 2023

Autenticação Bancária  
3F10E3719FA8E71C192F6CB

**Central de Atendimento Santander Empresarial**

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

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

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

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

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



Recibo do pagador

**237-2**

23792.06606 90000.001959 91000.118009 1 95090000040400

Beneficiário EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: .		Agencia / Código Beneficiário 2066-4/0001180-0		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)		
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Nosso Número 09/00000019591-2		<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº. indicado
Vencimento 20/10/2023		Para uso do banco	Número do Documento 31095-1	Espécie DM	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não procurado
Recebemos o Título / Ausente com as características acima		Data	Assinatura		<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Falecido
			Valor do Documento 404,00		<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)

**237-2**

23792.06606 90000.001959 91000.118009 1 95090000040400

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco ou correspondente não bancário.						Vencimento 20/10/2023	
Beneficiário EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: 48.713.861/C R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES 213 VILA BELMIRO SANTOS SP 11075350						Agência / Código Beneficiário 2066-4/0001180-0	
Data do Documento 22/09/2023	Número do Documento 31095-1	Espécie Doc. DM	Aceite S	Data do Processamento 22/09/2023	Nosso Número 09/00000019591-2		
Uso do Banco	CIP	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor 404,00		
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.) Este documento não pode ser substituído por depósito/ordem de pagto. REF.: PEDIDO: 303159						(-) Desconto / Abatimento	
Cobrar juros de R\$ 0,77 por dia de atraso para pagamento após o vencimento. Cobrar multa de R\$8,08 para pagamento a partir de 21/10/2023.						(+ ) Juros / Multa	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE Rua Amador Bueno 333 - CJ.1816 Centro 11013153 SANTOS SP						(-) Valor Cobrado	
Beneficiário Final:						CPF / CNPJ 14.512.229/0001-10 Código de Baixa	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000031095 fl. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 3523 0948 7138 6100 0143 5500 1000 0310 9513 8005 4870	
<b>EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP</b> R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES, 213 - VILA BELMIRO - CEP:11075-350 - SANTOS - SP TEL: (13)3222-8564				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfc.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO		VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF	
633183730111				48.713.861/0001-43	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL		14.512.229/0001-10		22/09/2023	
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE					
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP	
Rua Amador Bueno, 333 CJ.1816		Centro		11013-153	
MUNICÍPIO		FONE / FAX		UF	
SANTOS		(13)99705-5502		SP	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL	
				HORA DA SAÍDA	
				08:29:36	

DUPLICATAS											
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	20/10/2023	404,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	404,00		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	404,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
RAZÃO SOCIAL		9 - SEM FRETE									
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL					
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO						

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
2277	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO DESCARPACK 2000ML	39269030	0102	5102	un	20,0000	7,7000	154,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5756	LAMINA DE BISTURI Nº11 (DESCARPACK)	90189029	0102	5102	un	100,0000	0,5500	55,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5507	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº (7,5 SENSITEX)	40151200	0102	5102	pa	50,0000	2,8000	140,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5761	LAMINA DE BISTURI Nº23 (DESCARPACK)	90189029	0102	5102	un	100,0000	0,5500	55,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1201  
COMPETÊNCIA  
09/2023

ATESTO O RECEBIMENTO  
DOS ITENS CONSTANTES  
NESTA NOTA FISCAL  
DATA 22/09/23  
ASS. *Alessandra D. Gomez*  
Alessandra D. Gomez  
Coordenadora Administrativa  
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

BOLETO EM ANEXO

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018, TERMO ADITIVO 005/2023, FIRMADO ENTRE PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO x INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE			
Pedido(s): 303159 Vendedor(es): 1334			





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde  
 Divisão de Assistência Farmacêutica

Ofício 1404/2023/SMS/DAFS/Ilp.

Cubatão, 04 de setembro de 2023

Ilustríssima Senhora

**Ana Carolina Rizzo**

Diretora Financeira

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

**Referência:** Contrato de Gestão 003/2018 e seu aditamento nº 05/2023

**CONSIDERANDO** o Contrato de Gestão nº003/2018; **AUTORIZAMOS** a aquisição dos itens abaixo descritos para uso exclusivo do Pronto Socorro Central:

- ✓ 60 unidades - Bolsa coletora de urina (sistema fechado) 2.000ml,
- ✓ 60 unidades - Coletor urina adulto graduado de 2.000ml (sistema aberto),
- ✓ 19 unidades - Sonda foley nº 16 2 vias com balão de até 30ml,
- ✓ 20 unidades - Sonda uretral plástica nº 12;
- ✓ 50 unidades - Luva cirúrgica estéril nº 7,0 – par;
- ✓ 50 unidades Luva cirúrgica 7,5 estéril – par;
- ✓ 1 rolo - Grau cirúrgico 15mmx 10m;
- ✓ 12 caixas – Fitas destro accu chek (50 unidades);
- ✓ 1 cx - Lamina de bisturi nº 23 cx com 100 unid;
- ✓ 1 cx - Lamina de bisturi nº 11 cx com 100 unid

Atenciosamente,



**ANDREA PINHEIRO LIMA**  
 Secretária Municipal de Saúde