



Emissão 2ª Via

 No. compromisso banco
 900003568

No. compromisso cliente

 Data do Crédito
 19/10/2023

 Valor
 455,20

 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 SAUD

 CPF/CNPJ do Pagador
 Original
 14.512.229/0001-10

 Nome/Razão Social do Beneficiário Original
 KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA

 CPF/CNPJ do Beneficiário
 Original
 17.232.837/0001-69

 Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

 CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
 14.512.229/0001-10

 Instituição Financeira Favorecida
 001 - BCO DO BRASIL S A

 Código de Barras
 00190.00009.02869.214003.00013.061171.5.95090000045520

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

455,20

0,00

0,00

455,20

 Tipo de Serviço
 Pagamento Fornecedor

 Complemento do Tipo de Serviço
 NF 18689 REF 09 2023

 Autenticação Bancária
 3F10E3799E04E4AC6AFE50C

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

BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00013.061171 5 95090000045520

Local do Pagamento

Pagável em qualquer banco.

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
 AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
 11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista.

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
28692140000013061	18689	20/10/2023	455,20	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

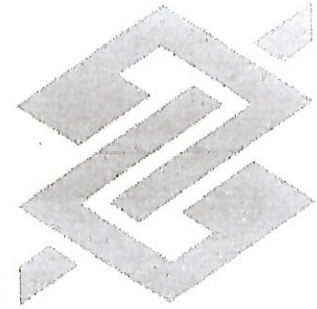
 KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69
 RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor
	17 / 27	R\$		

Agencia / Código do Beneficiário

01006-5 / 73122-6

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário



Data Processamento

20/09/2023

Espécie DOC

NF

Data do Documento

20/09/2023

Aceite

N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

Autenticação Mecânica

Este recibo somente terá validade... com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.
 Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____ Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque acima pelo banco do pagador.

BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00013.061171 5 95090000045520

Local do Pagamento

Pagável em qualquer banco.

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

 KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69
 RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
20/09/2023	18689	NF	N	20/09/2023	28692140000013061

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor
	17 / 27	R\$		

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

Data de Vencimento

20/10/2023

Agência / Código do Beneficiário

01006-5 / 73122-6

Nosso-Número

28692140000013061

(=) Valor do Documento

455,20

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
 AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
 11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

BB Cobrança 3.00.02

BB Cobrança 3.00.02

**KHEFREN DISTRIBUIDORA DE
HIGIENE E DESCARTAVEIS LT**

PRACA TAQUARITINGA, 160
PQ FERN JORGE
Cubatao
CEP: 11500-060
Fone: (13) 3361-4428

DANFE
Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica

0 - ENTRADA 1
1 - SAIDA 1
SP No: 000018689
Série: 1
Folha(s): 1/1



Chave de Acesso: 3523 0917 2328 3700 0169 5500 1000 0186 8915 1643 4136

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

Protocolo de Autorização de Uso: 135231573468404
20/09/2023 11:56:42



3511723283700016900011200044

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
283060995114

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO
20/09/2023

ENDEREÇO
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11013-153

DATA DA SAÍDA
20/09/2023

MUNICÍPIO
SANTOS

FONE / FAX
(13) 339-4510

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SUFRAMA

HORA DA SAÍDA
11:55:30

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	20/10/2023	455,20									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB.		VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	163,19	455,20
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	455,20

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA VEICULO	UF	CNPJ/CPF
		9-SEM OCORRENCIA					
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG):	PESO LIQUIDO (KG):		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (R\$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
65689	COPO DESC. 180ML C/2500 TR - COPOMAIS	39241000	0500	5102	CX	4	113.8000	455,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

**ATESTADO DE RECEBIMENTO
DOS ITENS CONSTANTES
NESTA NOTA FISCAL**
DATA 20/09/23
ASS. *Alessandra D. Gomez*
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saude

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1214
COMPETÊNCIA
09/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- CONTRATO DE GESTÃO N003/18 E TERMO ADITIVO N 05/2023 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO - SP. ENDEREÇO PARA ENTREGA: AV 9 DE ABRIL N 2800 - CENTRO - CUBATAO/SP CEP: 11510-000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R\$ 163,19 (35,85%) Fonte : IBPT.

RESERVADO AO FISCO

Cubatão, 20 de setembro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 142.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra do item abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

04 cxs Copo descartável 180ml c/2500 unidades cada.


Aline Marotti
Diretora Financeira
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003575	No. compromisso cliente	Data do Crédito 19/10/2023	Valor 457,80
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

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 PAR	CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
--	--

Nome/Razão Social do Beneficiário Original AUTO POSTO VILA NOVA LTDA	CPF/CNPJ do Beneficiário Original 47.497.565/0001-90
---	---

Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA	CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10
--	---

Instituição Financeira Favorecida
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

Código de Barras
03399.02538.63100.000130.78197.901016.1.95090000045780

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
457,80	0,00	0,00	457,80

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 768 REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D05996D5712F5D6F

Central de Atendimento Santander Empresarial

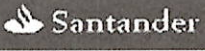
4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)


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

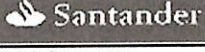
0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

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)

 033-7					Recibo do Pagador	
Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Banco Santander					Vencimento 20/10/2023	
Beneficiário AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP					Agência/Código Beneficiário 0981-0/0253631	
Data do Documento 03/10/2023	Nº do Documento 000000768	Espécie Documento DM	Acelte N	Data do Processamento 03/10/2023	Nosso Número 1378197-9	
Carteira COBRANCA SIMPLES RCR		Espécie REAL	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 457,80	
Instruções JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO					CONJ 1816 SANTOS SP 1378197-9	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110 ----- Autenticação Mecânica -----	

 033-7					Ficha de Caixa	
Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Banco Santander					Vencimento 20/10/2023	
Beneficiário AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP					Agência/Código Beneficiário 0981-0/0253631	
Data do Documento 03/10/2023	Nº do Documento 000000768	Espécie Documento DM	Acelte N	Data do Processamento 03/10/2023	Nosso Número 1378197-9	
Carteira COBRANCA SIMPLES RCR		Espécie REAL	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 457,80	
Instruções JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO					CONJ 1816 SANTOS SP 1378197-9	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110 ----- Autenticação Mecânica -----	

 033-7 03399.02538 63100.000130 78197.901016 1 95090000045780						
Local de Pagamento Pagar preferencialmente no B Santander					Vencimento 20/10/2023	
Beneficiário AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP					Agência/Código Beneficiário 0981-0/0253631	
Data do Documento 03/10/2023	Num do Documento 000000768	Espécie Documento DM	Acelte N	Data do Processamento 03/10/2023	Nosso Número 1378197-9	
Carteira COBRANCA SIMPLES RCR		Espécie REAL	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 457,80	
Instruções: JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimentos	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO					CONJ 1816 SANTOS SP 1378197-9	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110 ----- Autenticação Mecânica -----	



RECEBEMOS DE AUTO POSTO VILA NOVA LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N.º: 00000768 SÉRIE: 002
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 AUTO POSTO VILA NOVA LTDA AV 9 DE ABRIL, 2916 VILA NOVA CUBATAO SP CEP: 11520000 Telefone/Fax:	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
	SAÍDA N.º: 00000768 SÉRIE: 002 Page 1 of 1	

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE		135231666727874 04/10/2023 09:32:38	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ	
283004394110		47.497.565/0001-90	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL		14512229000110	03/10/2023
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			DATA DA ENTRADA
ENDEREÇO		Bairro/DISTRITO	CEP
R AMADOR BUENO,333		CENTRO	11013153
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
SANTOS	1397405642	SP	
			DATA DE SAÍDA
			03/10/2023

FATURA/DUPLICATA		
001	20/10/2023	457,80

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	457,80	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	457,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	9			
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	GASOLINA C COMUM ICMS monofasico sobre combustiveis cobrado anteriormente conforme Convenio ICMS 199/2022. Base de Calculo '82.192' (em litros). ICMS Monofasico Retido R\$ 100,27	27101259	061	5929	LT	82,192	5,570	457,80	0,00	0,00	0,00	0	0

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT Val. Aprox. Tributos Estadual: 105,29 (23,00%), Federal: 59,05 (12,90%), Municipal: 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT ICMS monofasico sobre combustiveis cobrado anteriormente conforme Convenio ICMS 199/2022 GASOLINA C COMUM ICMS monofasico retido: R\$ 100,27 *** - REFERENTE CF-e SAT: 98241, 101730, 103142	

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

47.497.565.0001-90

Sequência da Fatura: 71378197

Page 1 of 1
03/10/2023 17:22**FATURA DE CLIENTE****Cliente:** 13112 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**Telefone:** 13974056429**Logradouro:** R AMADOR BUENO,333**Bairro:** CENTRO**Cidade:** SANTOS**Estado:** SP**CNPJ:** 14.512.229/0001-10**IE:** ISENTO

NÚMERO	EMIÇÃO	VENCIMENTO	VALOR R\$	
000000768	03/10/2023	20/10/2023	457,80	QUATROCENTOS E CINQUENTA E SETE REAIS E OITENTA CENTAVOS

Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendimento
CF	98241/1	22/09/2023	SDU-3F65	40,071	GASOLINA C COMUM	223,19	0	0	0,00
CF	101730/1	28/09/2023	SDU-3F64	24,151	GASOLINA C COMUM	134,52	20.361	0	0,00
CF	103142/1	30/09/2023	SDU-3F64	17,970	GASOLINA C COMUM	100,09	0	20.361	0,00

Total Item: 457,80**Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):** 0,00**Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):** 0,00**Total Fatura:** 457,80**RESUMO**

Item	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
1 GASOLINA C COMUM	82,192	5,570	457,80
Total	82,192		457,80



No. compromisso banco
900003569

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
19/10/2023

Agência/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: 84660000005-9 45340162202-3 31020573000-8 00278636354-5
Data da Transação: 19/10/2023
Valor: R\$ 545,34
Canal: PGFOR
Hora da Transação: 15:22:06
Autenticação: 3F10E375EE4C769FC81A3A8

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 Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COD 573176159189 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)

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE MINHA CLARO.COM.BR

002/004

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse claro.com.br/minha-claro, faça seu login ou cadastre-se.

Atenção: o cancelamento de seus serviços CLARO, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

O valor promocional do seu plano foi atualizado e, no app Minha Claro, você conhece mais sobre essa e outras ofertas.

Minha Claro:

- PLUS HD PME FID
- Claro net virtua
- FONE EMPRESA ILM BR TL

Claro-clube
 Cadastre-se em: www.claro.com.br/claro-clube

descrição	total
<input type="checkbox"/> Claro tv +	349,29
<input type="checkbox"/> Claro net virtua	152,01
<input type="checkbox"/> NET Fone	44,04
Valor total	
545,34	

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1302
COMPETÊNCIA
09/2023

Claro tv +	
Mensalidade Claro tv +	
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	142,67
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	252,11
A La Carte	
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	36,01
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	77,28
Pacotes de Filmes/Conteudo	
MENSALIDADE PACOTE NOW	19,90
Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo	19,90
Total Claro tv +	349,29
Claro net virtua	
Mensalidade Claro net virtua	
01/09/23 A 30/09/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	152,01
Total Claro net virtua	152,01
NET Fone	
SERVIÇO	DURAÇÃO
ASSINATURA	44,04
Total NET Fone	44,04

FIQUE ATENTO CONTRA FRAUDES E UTILIZE SEMPRE OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO.

A Claro **não entra em contato** por telefone ou WhatsApp com seus clientes para falar sobre:

INTERRUPÇÃO DE SUA INTERNET

INTERRUPÇÃO DE SINAL DA SUA TV

ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO

INDICAR SERVIÇOS DE OUTRAS OPERADORAS

ESSES SÃO OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO:

Minha Claro

Residência

Baixe o app

(11) 9999-10621

Atendimento via WhatsApp

Central de Atendimento

10621

Ligações da Claro para ofertas e vantagens:

0303-720-7234

Juntos contra a fraude.

Conheça nossos **Canais Oficiais** e saiba mais em: claro.com.br/seguranca.

Você merece o novo.

! Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja

- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.
- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 10621 para informações, atendimento técnico, financeiro, compra de serviços, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita). Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO: 573234217331695, 573234199069610, 573234199069156, 573234196855391, 573234195333739

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA SA., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO INTER S.A., BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO ORIGINAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATJLO, MULTIPAGOS

Cliente INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Identificação para Débito NET SERVICOS 5731761591891	Mês Referência Setembro/2023	Vencimento 20/10/2023	Valor 545,34
--	--	--	---------------------------------	------------------------

8466000005-9 45340162202-3 31020573000-8 00278636354-5



PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHA CLARO.COM.BR

003/004

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

01/01

NET FONE VIA EMBRATEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (RS)
--------------	---------------------	------------------	----------------	---------	------------

Telefone: 1333290447--FRANQUIA 001

FONE EMPR ILIMITADO BRASIL 1L

22/08/2023 A 21/09/2023

36,54

SubTotal

36,54

SERVICOS DIGITAIS FONE

22/08/2023 A 21/09/2023

7,50

SubTotal

7,50

SubTotal

44,04

Total Serviço

44,04



Claro NXT Telecomunicações S.A
 Rua Henri Dunant,780
 Santo Amaro
 04709-110 São Paulo - SP
 CNPJ: 66.970.229/0001-67
 IE: 11416610115

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
 AV NOVE DE ABRIL, 02800 D.O CENTRO
 CUBATAO SP
 CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SÉRIE DU1
 Código: 573/176159189 Mês: Setembro/2023
 Número: 0117390471 Emissão: 04/10/2023
 I.E: ISENT0 Vencimento: 20/10/2023
 CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

525

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHA CLARO.COM.BR

004/004

Discriminação do Serviço

Descrição	ICMS	Valor
TV POR ASSINATURA		
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	17,12	142,67
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,95	41,27
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	4,32	36,01
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
MENSALIDADE PACOTE NOW	2,39	19,90
SUB TOTAL TV POR ASSINATURA		349,29
BANDA LARGA		
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
SUB TOTAL BANDA LARGA		120,01
VALOR DA NOTA FISCAL:		469,30

ICMS Base de Cálculo: 352,88 Aliquota: 18,00% Valor: 63,50

Reservado ao Fisco
 46CD.4E9E.FF51.8973.2790.EDCD.6BE0.59AD

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente, TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto 45.490/00 - SP/- Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003/Central de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095/166/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 63,50 - FUST TOTAL 3,91 - FUNTTEL TOTAL 1,95

Novos Produtos contratados em 19/08/2023: Dado(BL PME 600 MEGA FIDELIDADE)
 A oferta conjunta NET Virtua + e composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais
 SVA-ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVI CB- EMP-RS 7 /-SKEELO EMPRESAS-RS 25

CLARO S.A. RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A E TORRE CEP: 04709110 SAO PAULO - SP CNPJ: 40.432.544/0001-47 I.E.: 114.814.878.119	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE AV 9 DE ABRIL 02800 CENTRO CUBATAO - SP CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENT0	Código Cliente: 00155682626-0000 UF: SP VIA ÚNICA Data Emissão: 01/10/2023 NF: 011753706 Nº Fatura: 2310903303190 Série: B1
--	--	---

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

EMISSAO AUTORIZADA PELO REGIME ESPECIAL - RE: 036820/2019

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS/ORIGEM	ALÍQ. ICMS	ICMS	VALOR(R\$)
NET FONE VIA EMBRATEL / NET FONE VIA EMBRATE	18,00	6,57	36,54

Reservado ao Fisco:
 587b.1c14.d8da.a99f.bcac.d578.30e4.746c

VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENT0	VALOR OUTROS
36,54	36,54	18,00	6,58	0,00	0,00
TOTAL:	36,54		6,58	0,00	0,00

MENSAGEM:
 1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE APENAS A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
 NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
 Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 6,58

Nos termos da Lei 12.007, declaramos não haver débitos do NET Fone para este Código Cliente referentes a serviços da Embratel em faturas vencidas no ano de 2022. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere e de anos anteriores.

Contribuição FUST NET FONE = R\$ 0,28 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R\$ 0,14



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco
900003567

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

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Data de Pagamento: 19/10/2023

Empresa: CLARO SA

Data da Transacao: 19/10/2023

Canal: PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Codigo de Barras: 84660000006-7 53370162202-9 31020573000-8 00278636375-0

Valor: R\$ 653,37

Hora da Transacao: 15:22:06

Autenticacao: 3F10E3717397956A388F4E9

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

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COD 573176159626 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)

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE MINHA CLARO.COM.BR

002/004

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse claro.com.br/minha-claro, faça seu login ou cadastre-se.

Atenção: o cancelamento de seus serviços CLARO, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Minha Claro:

MIX HD FIDELIDADE

Claro net virtua

ILIM BRASIL TOTAL EMP PME 1L

descrição	total
<input type="checkbox"/> Claro tv +	340,01
<input checked="" type="checkbox"/> Claro net virtua	272,72
<input type="checkbox"/> NET Fone	40,64

Valor total
653,37

Claro-clube
 Cadastre-se em: www.claro.com.br/claro-clube

CENTRO DE CUSTO
 100


CÓDIGO GERENCIAL
 1302


COMPETÊNCIA
 09/2023


<input type="checkbox"/> Claro tv +	
Mensalidade Claro tv +	
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE ESPECIAL TOP HD AQS 24 MESES - VALIDO ATÉ 08/2025	193,89
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
Sub-Total Mensalidade Claro tv +	298,74
A La Carte	
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
Sub-Total A La Carte	41,27
Total Claro tv +	340,01
<input checked="" type="checkbox"/> Claro net virtua	
Mensalidade Claro net virtua	
01/09/23 A 30/09/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	122,99
01/09/23 A 30/09/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 350 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	149,73
Sub-Total Mensalidade Claro net virtua	272,72
Total Claro net virtua	272,72
<input type="checkbox"/> NET Fone	
SERVIÇO	DURAÇÃO
ASSINATURA	40,64
Total NET Fone	40,64


FIQUE ATENTO CONTRA FRAUDES E UTILIZE SEMPRE OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO.

A Claro **não entra em contato** por telefone ou WhatsApp com seus clientes para falar sobre:



INTERRUPÇÃO DE SUA INTERNET


INTERRUPÇÃO DE SINAL DA SUA TV


ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO


INDICAR SERVIÇOS DE OUTRAS OPERADORAS

ESSES SÃO OS CANAIS OFICIAIS DA CLARO:


 Baixe o app

(11) 9999-10621
 Atendimento via WhatsApp

Central de Atendimento:
 10621

Ligações da Claro para ofertas e vantagens:
 0303-720-1234

Juntos contra a fraude.

Conheça nossos **Canais Oficiais** e saiba mais em: claro.com.br/seguranca.

Você merece o novo.

! "Para atendimento presencial, consulte o endereço da loja mais próxima em claro.com.br/encontre-uma-loja"

- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.

- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.

Deficiente auditivo ou surdo acesse claro.com.br/minha-claro para Atendimento Chat, Vídeo Chamada ou ligue 142 de um aparelho telefônico com dispositivo TDD.

Ligue 10621 para informações, atendimento técnico, financeiro, compra de serviços, reclamações ou cancelamentos (ligação gratuita). Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
 573234219151018, 573234207534266, 573234207533524, 573234206796221, 573234206796049

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA SA., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO INTER S.A., BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO ORIGINAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOI, MULTIPAGOS

Cliente INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Identificação para Débito NET SERVICOS 5731761596265	Mês Referência Setembro/2023	Vencimento 20/10/2023	Valor 653,37
--	--	--	---------------------------------	------------------------

8466000006-7 53370162202-9 31020573000-8 00278636375-0



Pague com **Pix**

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHA CLARO.COM.BR

003/004

Detalhamento de Ligações NET FONE via Embratel

01/01

NET FONE VIA EMBRTEL

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R\$)
Telefone: 1333719178--FRANQUIA 001					
FONE EMP ILIM BRASIL TOTAL 1L					
22/08/2023	A	21/09/2023			33,14
			SubTotal		33,14
SERVICOS DIGITAIS FONE					
22/08/2023	A	21/09/2023			7,50
			SubTotal		7,50
			SubTotal		40,64
			Total Serviço		40,64

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE MINHA CLARO.COM.BR

004/004

Discriminação do Serviço

Descrição	ICMS	Valor
TV POR ASSINATURA	23,27	193,89
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	4,95	41,27
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,19	34,95
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/09/23 A 30/09/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
SUB TOTAL TV POR ASSINATURA		340,01
BANDA LARGA	21,19	117,73
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 350 MEGA FIDELIDADE	16,38	90,99
01/09/23 A 30/09/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE		208,72
SUB TOTAL BANDA LARGA		208,72
VALOR DA NOTA FISCAL:		548,73

ICMS Base de Cálculo: 435,40 Aliquota: 18,00% Valor: 78,36

Reservado ao Fisco
307C.5FF6.EC93.E930.E06F.CEBD.AB87.9EB9

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o FUST 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente - Não repassados ao cliente - TV: Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV da Anexo II do Decreto 45.490/00 - SP/Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 15/2003/Conrad de Atendimento ANATEL 1331/Dac. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 09516/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 78,36 - FUST TOTAL 4,54 - FUNTTEL TOTAL 2,27

A oferta conjunta NET Virtua + e composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais
 SWA-ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVICB-EMP-R\$ 7,7 -SKEELO EMPRESA-R\$ 25,7 -ANTI VIRUS PROT DIG 1 DEVICB-EMP-R\$ 7,7 -SKEELO EMPRESA-R\$ 25

CLARO S.A. RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A E TORRE CEP: 04709110 SAO PAULO - SP CNPJ: 66.970.229/0001-67 I.E.: 114.814.878.119	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE AV MARTINS FONTES 00132 HOSPITAL SALA 1 CENTRO CUBATAO - SP CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10 I.E.: ISENTO	Código Cliente: 00155682626-0008 UF: SP VIA ÚNICA Data Emissão: 01/10/2023 NF: 011753707 Nº Fatura: 2310903303203 Série: B1
--	---	---

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO

EMISSAO AUTORIZADA PELO REGIME ESPECIAL - RE: 036820/2019

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS/ORIGEM	ALÍQ. ICMS	ICMS	VALOR(R\$)
NET FONE VIA EMBRATEL / NET FONE VIA EMBRATE	18,00	5,96	33,14

Reservado ao Fisco:
fdcc.48db.f7d6.a8af.c537.d4ac.539a.1be8

VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	VALOR ISENTO	VALOR OUTROS
33,14	33,14	18,00	5,97	0,00	0,00
TOTAL:	33,14		5,97	0,00	0,00

MENSAGEM:
 1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS, A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DA CARATER FISCAL
 NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS
 Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 5,97

Nos termos da Lei 12.007, declaramos não haver débitos do NET Fone para este Código Cliente referentes a serviços da Embratel em faturas vencidas no ano de 2022. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere e de anos anteriores.

Contribuição FUST NET FONE = R\$ 0,26 / Contribuição FUNTTEL NET FONE = R\$ 0,13

Apple iPhone 15
Uauforia



As melhores ofertas de iPhone 15 estão na Claro. Em até 24x sem juros. Aponte sua câmera e aproveite.



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003570	No. compromisso cliente	Data do Crédito 19/10/2023	Valor 819,25
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 SAUD			CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
Nome/Razão Social do Beneficiário Original KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 17.232.837/0001-69
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10
Instituição Financeira Favorecida 001 - BCO DO BRASIL S A			
Código de Barras 00190.00009.02869.214003.00013.058177.9.95090000081925			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
819,25	0,00	0,00	819,25

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 18684 REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C32A0C5B3F6EACDA

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)

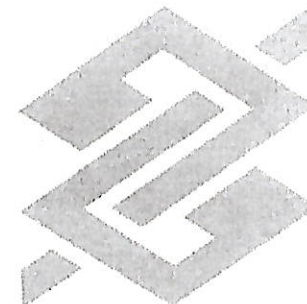
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

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

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00013.058177 9 95090000081925

Local do Pagamento Pagável em qualquer banco.				
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10 AV NOVE DE ABRIL - CENTRO 11510-003 - CUBATAO - SP				
Sacador / Avalista.				
Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
2869214000013058	18684	20/10/2023	819,25	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69 RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090				
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor
	17 / 27	R\$		
Agência / Código do Beneficiário 01006-5 / 73122-6				
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário				



Data Processamento	20/09/2023
Espécie DOC	NF
Data do Documento	20/09/2023
Aceite	N
(-) Desconto / Abatimento	
(+) Juros / Multa	
(=) Valor Cobrado	

BB Cobrança 3.00.02

Autenticação Mecânica

Este recibo somente terá validade... com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.
Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____ Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque acima pelo banco do pagador.

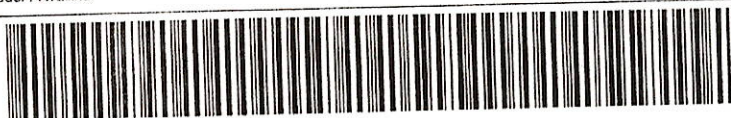
BANCO DO BRASIL 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00013.058177 9 95090000081925

Local do Pagamento Pagável em qualquer banco.					Data de Vencimento	20/10/2023
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCA - CNPJ: 17.232.837/0001-69 RUA MARECHAL CARMONA, 132 - CUBATAO/SP - 11500-090					Agência / Código do Beneficiário	01006-5 / 73122-6
Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número	2869214000013058
20/09/2023	18684	NF	N	20/09/2023		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento	819,25
	17 / 27	R\$				
Instruções de responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(=) Valor Cobrado	

BB Cobrança 3.00.02

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ: 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL - CENTRO
11510-003 - CUBATAO - SP

Sacador / Avalista:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT PRACA TAQUARITINGA, 160 PQ FERN JORGE Cubatao SP CEP: 11500-060 Fone: (13) 3361-4428		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAIDA 1 No: 000018684 Série: 1 Folha(s): 1/2		 Chave de Acesso: 3523 0917 2328 3700 0169 5500 1000 0186 8410 1643 4130 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora Protocolo de Autorização de Uso: 135231572480643 20/09/2023 10:14:35  3511723283700016900011200044	
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda		INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 17.232.837/0001-69	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 283060995114					

DESTINATÁRIO REMETENTE			CNPJ/CPF		DATA EMISSÃO
NOME RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10		20/09/2023
ENDEREÇO R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816			BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-153	DATA DA SAIDA 20/09/2023
MUNICÍPIO SANTOS	FONE / FAX (13) 339-4510	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA 10:13:32

FATURA	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	001	20/10/2023	819,25						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB.	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS	
0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	260,09	819,25	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
							VALOR TOTAL DA NOTA	819,25

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL		9-SEM OCORRENCIA					
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LIQUIDO (KG)		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(RS)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
7908370906027	VALVULA PARA PIA AMERICANA	84818019	0500	5102	UN	1	21,0300	21,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
1150658	FIORELLA 3 1/2X1 1/2 CE	84818019	0500	5102	UN	1	22,7000	22,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
2586-3	TORNEIRA JARDIM LONGA ESFERA	85044021	0500	5405	UN	1	39,3200	39,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
27455963	FIORELLA	39174090	0500	5102	UN	1	15,5000	15,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7891222077375	SUPORTE PARA TV FIXO	39174090	0500	5405	UN	2	21,5000	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7891222152386	SIFAO SANFONADO UNIVERSAL SUPER - ASTRA	39174090	0500	5405	UN	1	11,8000	11,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
135790	SIFAO SANFONADO UNIVERSAL - ASTRA	85366100	0500	5102	UN	10	3,2000	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7891222043769	RABICHO PARA LAMPADA TUBULAR	84819010	0500	5405	UN	1	9,9000	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7891222213278	Obturator p/Saída d'Água ASTRA	84818019	0500	5405	UN	1	129,0000	129,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
05010691	Mecanismo Completo Universal Sup. ASTRA	85395200	0500	5102	UN	6	12,7000	76,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7898324005138	LAMPADA LED TUBULAR 18W 6500K BIV	85395200	2500	5405	UN	2	9,0000	18,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7894650003879	VIDRO - FX	38089119	2102	5102	UN	1	19,8000	19,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
789669426534	LAMPADA 12W 9500K BI - OUROLUX	38089119	0500	5405	UN	1	12,0000	12,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7896603801655	SUPERLED	39209990	0500	5405	UN	1	11,8000	11,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
45632158	INSET AERO MULTI BASE AGUA 420ML - RAID	68053090	0500	5405	UN	1	263,1000	263,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
78966098900208	GEL PARA EXTERMINAR FORMIGA	34025000	0500	5405	UN	1	3,5000	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7891222081549	FITA VEDA ROSCA 18X50 ADELBRAS	84819010	0500	5405	UN	1	26,9000	26,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
7898395637375	FITA ANTIDERRAPANTE SAFETY WALK - PRETO C 20MTS	84818019	0500	5102	UN	1	50,2000	50,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	DETERGENTE NEUTRO 500ML - YPE													
	Conjunto Castelo Acionamento Cx.Acoplada ASTRA													
	BICA LAVATORIO FIORELLA 1/4 V. TB 5/8													

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 - CONTRATO DE GESTAO N003/18 E TERMO ADITIVO N 05/2023 FIRMADOS ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE CUBATAO - SP. ENDEREÇO PARA ENTREGA: AV 9 DE ABRIL N 2800 - CENTRO - CUBATAO/SP CEP: 11510-000 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R\$ 257,15 (31,39%) Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL

DATA 20/09/23

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

CENTRO DE CUSTO

CÓDIGO GERENCIAL

COMPETÊNCIA

09/10/2023

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(RS)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPI
RJH	ADAPTADOR 3 PINOS 10/20A - ADAPTADOR BOB ESPONJA	39174090	0500	5102	UN	3	4.5000	13,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%



Cubatão, 20 de setembro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 144.2023 – Alpha – Cubatão

Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a compra do item abaixo de uso na manutenção do Pronto Socorro Central e Infantil.

- 01 und Valvula p/ Pia Americana ½ x ½;
- 01 und Toneira Jardim Longa Esfera;
- 01 und Suporte p/ TV Fixo;
- 02 und Sifao Sanfonado Universal;
- 02 und Sifao Sanfonado Universal Copo;
- 10 und Rabicho p/ Lampada Tubular;
- 01 und Obturador p/ Saida de Agua;
- 01 und Mecanismo Completo Universal;
- 06 und Lampada Led Tubular 18w 6500k Biv;
- 02 und Lampada 12w 9500k Bi;
- 01 und Inseticida Aero Multi Base Agua 420ml;
- 01 und Gel p/ Exterminar Formiga;
- 01 und Fita veda Rosca 18x50;
- 01 und Fita Antiderrapante 20mt;
- 01 und Detergente Neutro 500ml;
- 01 und Conjunto Castelo Acionamento cx Acoplada;
- 01 und Bica Lavatoria Fiorella ¾;
- 03 und und Adaptador 3 pinos 10/20ª.

Aluana Marotti
 Analista Adm III
 Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003574	No. compromisso cliente	Data do Crédito 19/10/2023	Valor 999,00
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

Dados do Remetente

Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA	CNPJ/CPF 14.512.229/0001-10
--	--------------------------------

Convênio 0033-0123-004906738922	Data da Solicitação 19/10/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Destinatário

Nome NEW LAB CIENTIFICA LTDA	CNPJ/CPF 54.511.514/0001-30
---------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0341/60701190	Agência 06267	Conta Corrente 0000000000000088042	Valor 999,00
-----------------------------	------------------	---------------------------------------	-----------------

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 9877 E 9904 REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E370DDBF9F22358F5A5

Central de Atendimento Santander

Empresarial

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
 EMISSÃO: 21/09/2023 - DFST. / REAL. INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 507,00
 DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
 Nº 00009877
 SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP

R MONS PAULA RODRIGUES, 205 - VILA BELMIRO -
 CEP:11075-350 - SANTOS - SP
 TEL: (13)3237-1684

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº 00009877 fl. 1 / 1
 SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

3523 0954 5115 1400 0130 5500 1000 0098 7711 8142 5455

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135231580158035 21/09/2023 09:21:59

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633265124115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB

CNPJ / CPF

54.511.514/0001-30

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

ENDEREÇO

Rua Amador Bueno, 333 CONJ 1816

MUNICÍPIO

SANTOS

FONE / FAX

(13)99705-5502

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

11013-153

CNPJ / CPF

14.512.229/0001-10

DATA DA EMISSÃO

21/09/2023

DATA SAÍDA / ENTRADA

21/09/2023

HORA DA SAÍDA

09:21:57

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	19/10/2023	507,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	492,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACCESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	507,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9 - SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCAS

NÚMERAÇÃO

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 DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
1930	FITA AP ACCU-CHECK ACTIVE C/50	38221920	2102	5929	cx	4,0000	123,0000	0,00	492,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ECF Ref.:(modelo: 2B ECF: 2 COO: 70939)

CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018, TERMO ADITIVO 005/2023, FIRMADO ENTRE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO x INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA
 SAÚDE.

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito
 fiscal de IPI.

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO
 DOS ITENS CONSTANTES
 NESTA NOTA FISCAL
 DATA 21/09/23
 ASS. *Alessandra D. Gomez*
 Alessandra D. Gomez
 Coordenadora Administrativa
 INSTITUTO Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1201
 COMPETÊNCIA
 09/2023



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

financub

De: Ane Marotti <admclub@alphainstituto.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 25 de setembro de 2023 14:12
Para: Financub
Cc: Compras 1; Valmir; Aprendiz4
Assunto: NF 9877 New Lab
Anexos: NF 9877 New Lab .pdf

Boa tarde,

Segue NF 9877 New Lab para pagamento.

Dados para pagamento:

BANCO ITAÚ

AG.: 6267

C/C: 08804-2

FAV. NEW LAB CIENTIFICA LTDA

CNPJ: 54.511.514/0001-30

PIX: 13974226236

--

Att,



NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

Ane Caroline Marotti Barthalo
Analista ADM III

CNPJ 14.512.229/0001-10

www.alphainstituto.com.br



RECEBIMOS DE NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
 EMISSÃO: 29/09/2023 - DEST./REM INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 492,00
 DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
 Nº 000009904
 SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
NEW LAB CIENTIFICA LTDA - EPP
 R ARAONS PAULA RODRIGUES, 205 - VILA BELMIRO -
 CEP: 13075-350 - SANTOS - SP
 TEL: (13) 33237-1684

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA 1
 1 - SAÍDA
 Nº 000009904 fl. 1 / 1
 SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
 3523 0954 5115 1400 0130 5500 1000 0099 0411 8185 5459
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal
 ou no site da Sefaz Autorizadora
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 135231635133869 29/09/2023 10:36:55
 CNPJ / CPF
 54.511.514/0001-30

NATUREZA DE OPERAÇÃO
 VENDA
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 633265124115
 DESTINATÁRIO / REMETENTE
 Nº INSCRIÇÃO SOCIAL
 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
 ENDEREÇO
 Rua Amador Bueno, 333 CONJ 1816
 MUNICÍPIO
 SANTOS

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB

CNPJ / CPF
 14.512.229/0001-10
 DATA DA EMISSÃO
 29/09/2023
 DATA SAÍDA / ENTRADA
 29/09/2023
 HORA DA SAÍDA
 10:36:53
 BAIRRO / DISTRITO
 Centro
 CEP
 11013-153
 UF
 SP
 INSCRIÇÃO ESTADUAL

FONE / FAX
 (13)99705-5502

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
00	20/10/2023	492,00									

VALOR 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	492,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				492,00

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

CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.	CD. PROD.			
CM	PH	DO	REV	DESCR. DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1902				FITA AP. ACCU-CHECK ACTIVE C/50	38221920	2102	5929	cx	4,0000	123,0000	0,00	492,00	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 29/09/23
 ASS. *[Assinatura]*
Alessandra D. Gomez
 Coordenadora Administrativa
 INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 ECF Ref:(modelo: 2B ECF: 2 COO: 63733)
 CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018. TERMO ADITIVO 005/2023. FIRMADO ENTRE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO x INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA
 SAÚDE.
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito
 fiscal de IPI.

RESERVADO AO FISCO



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/llp.

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

financub

De: Ane Marotti <admclub@alphainstituto.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 2 de outubro de 2023 10:45
Para: Financub
Cc: Compras 1; Valmir; Aprendiz4
Assunto: NF 9904 New lab
Anexos: NF 9904 New lab.pdf

Bom dia,

Segue NF 9904 New lab para pagamento. Ofício seguirá posteriormente.

Dados para pagamento:

Banco Itaú
Ag.: 6267
C/C: 08804-2
FAV.: New Lab Cientifica Ltda
CNPJ: 54.511.514/0001-30
PIX: 13974226236

--

Att,



ALPHA
INSTITUTO

NOSSA INSPIRAÇÃO É O SEU BEM-ESTAR

Ane Caroline Marotti Barthalo
Analista ADM III

CNPJ 14.512.229/0001-10

www.alphainstituto.com.br



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003577	No. compromisso cliente	Data do Crédito 20/10/2023	Valor 200,00
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/10/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
UNIDADE MEDICA OCUPACIONAL LTDA ME

CNPJ/CPF
04.281.792/0001-70

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0104/00360305

Agência
04791

Conta Corrente
0000000000000007258

Valor
200,00

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 23107 REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C614D63A7645799A

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)



Município da Estância Balneária de Praia Grande
Secretaria de Finanças - SEFIN

Fone: (13) 3496-2000 - <http://www.praiagrande.sp.gov.br>



Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço
Eletrônica - NFS-e **543**
Número da Nota Fiscal
23107

Dados do Prestador de Serviço

Unidade Medica Ocupacional Ltda ME
Unidade Medica Ocupacional Ltda

Londrina, 483 - Boqueirão
CEP 11700-020 - Fone: (13)3474-5455 - Fax/Celular: 3474-5455 - Praia Grande/ SP
secretaria@contnovapg.com.br
Inscrição Municipal 23291-2 - CPF/CNPJ 04.281.792/0001-70

Data de Geração da NFS-e

26/09/2023 12:05:27

Data de Competência/Emissão

26/09/2023

Cód. de Autenticidade

2DD3A0C44

Responsável pela Retenção



Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação Exigível	Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
Local dos Serviços Praia Grande - São Paulo	Município Incidência Praia Grande - São Paulo		

Dados do Tomador de Serviços

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 :

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ	Inscrição Municipal	Razão Social
------	---------------------	--------------

Descrição dos Serviços

REFERENTE A ELABORAÇÃO DE PPP PROJETO CUBATÃO
TOTAL APROXIMADO DE TRIBUTOS FEDERAIS E MUNICIPAIS R\$31,44 (15,72% - FONTE IBPT).

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1038
COMPETÊNCIA
09/2023

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município 8720401 - [8720-4/01] Atividades de centros de assistência p...		Aliquota 4,16	Item da LC116/2003 417	Cód. NBS	Cód. CNAE 8730199
VI. Total dos Serviços R\$ 200,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 200,00	Total do ISSQN R\$ 8,32	ISSQN Retido Não
PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00
Construção Civil			Cód. Obra :	Art. :	
Desconto Condicionado R\$ 0,00					
VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 200,00					

Informações Adicionais

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>

EMPRESA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ: 14.512.229/0001-10 RUA AMADOR BUENO Nº 333, CENTRO - SANTOS/SP CEP: 11.013-153 ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA	EMITIR NOTA FISCAL
EMPRESA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ: 14.512.229/0001-10 RUA AMADOR BUENO Nº 333, CENTRO - SANTOS/SP CEP: 11.013-153 CONTATO: PATRICIA. TEL: 13 33036651	VALOR: R\$ 200,00 VENCIMENTO: 05/10/2023 VALIDADE DO CONTRATO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VR. CONTRATADO	QUANT.	N° DE PARCELAS	VR. TOTAL
PPP - Elaboração	R\$ 50,00	4	1	R\$ 200,00
SUBTOTAL:				R\$ 200,00
CÁLCULO ISS %:				
ISS COBRADO R\$:				R\$ 0,00
VALOR DA FATURA:				R\$ 200,00

OBSERVAÇÕES!!!	DATA DO FECHAMENTO DA FATURA:
	19 outubro, 2023
CONTROLE DE PERIÓDICOS - PROGRAMADO PARA AVISAR COM	325 DIAS

NOME DO FUNCIONÁRIO	CARGO	DATA
KELLEN TAMOS DE AMORIM	ENFERMEIRO (A)	21/09/2023
CRISTIANO GIMENES XAVIER	ANALISTA DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	21/09/2023
MARCO AURELIO DA SILVA PRADO	SUPERVISOR (A)	21/09/2023
IARA SIMONE DA SILVA FELIX	ENFERMEIRO (A)	21/09/2023

4 ◀ TOTAL DE FUNCIONÁRIOS



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003576	No. compromisso cliente	Data do Crédito 20/10/2023	Valor 22.843,50
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
20/10/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
HLC CLINICA MEDICA LTDA

CNPJ/CPF
31.067.304/0001-08

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0756/02038232

Agência
05122

Conta Corrente
0000000000000146447

Valor
22.843,50

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 133 SERVICOS MEDICOS REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E37750EA7548EE6DB7B

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 133			
Data e Hora da Emissão	20/10/2023 10:20:31	Competência	20/10/2023	Código de Verificação	1BGTJNLY0			
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP			
Dados do Prestador de Serviços								
Razão Social/Nome		HLC CLINICA MEDICA LTDA						
Nome Fantasia								
CNPJ/CPF	31.067.304/0001-08	Inscrição Municipal	2804013	Município	SANTOS - SP			
Endereço e Cep	AVENIDA DOUTOR MOURA RIBEIRO ,97 - MARAPÉ CEP: 11070-061							
Complemento:	0124 / TORRE	Telefone:	(13)4141-3121	e-mail:	CONTATO@LDMASSESSORIA.COM			
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:		Telefone:		e-mail:	financub@alphainstituto.com.br			
Discriminação dos Serviços								
PRONTO SOCORRO CENTRAL � 9 Plantões de 12 horas								
RETORNO DO TRAUMA								
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\$ 23.550,00								
Código do Serviço / Atividade								
4.01 / 8630503 - atividade médica ambulatorial restrita a consultas								
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\$	23.550,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	23.550,00		
(-) Desconto Incondicionado			2-Tributação fora do município		(-) Deduções permitidas em lei			
(-) Desconto Condicionado			Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado			
(-) Retenções Federais	0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		23.550,00	
Outras Retenções			Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00	
(-) ISS Retido	706,50		2 - Não		ISS a reter:		(X) Sim () Não	
(=) Valor Líquido R\$	22.843,50		Incentivador Cultura		(-) Valor do ISS: R\$		706,50	
				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
900003578

No. compromisso cliente

Data do Crédito
23/10/2023Valor
10.000,00

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
23/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
JOSE ROSA DA CONCEICAO JUNIORCNPJ/CPF
090.762.918-02Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0341/60701190Agência
03746Conta Corrente
0000000000000043292Valor
10.000,00Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
ACORDO ANDRE LUIZ LIVIO DOS SANTOSAutenticação Bancária
3F10E37AB02EF01C3BABC46**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)

CUBAÇÃO

Financeiro 3 - Alpha Instituto

De: Juridico <juridico@alphainstituto.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 9 de outubro de 2023 17:04
Para: 'Financeiro - Alpha Instituto'; financeiro_3@alphainstituto.com.br; 'Financub'
Cc: juridico_2@alphainstituto.com.br; auxiliaradm@alphainstituto.com.br;
 'Analistajur'; adm@alphainstituto.com.br; juridico_3@alphainstituto.com.br
Assunto: RES: SENTENÇA - ANDRE LUIZ LIVIO DOS SANTOS - ACORDO CELEBRADO
Anexos: Acordo André Luiz x Inst Alpha - PROTOCOLIZADO.pdf; E-MAIL ACORDO.pdf

Prioridade: Alta

Boa tarde.

Informo que não vamos recorrer, por esse motivo, pode desconsiderar as guias enviadas anteriormente.

Conforme autorizado pela nossa Diretora Financeira, foi celebrado acordo (em anexo), nos seguintes moldes:

- I. A reclamada pagará ao reclamante e ao seu patrono a importância líquida de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), no próximo dia 23 de outubro de 2023, através depósito na conta corrente nº 04329-2, do Banco Itaú, agência 3746, de titularidade do advogado João Rosa da Conceição Junior (CPF 090.762.918-02).

Valquíria, assim que for efetuado o pagamento, enviar o comprovante.

Qualquer dúvida, estou à disposição.



Tielle Menezes
 Diretora Jurídica
 Tel.:(13) 3394-5103
 CNPJ 14.512.229/0001-10

www.alphainstituto.com.br

De: Financeiro - Alpha Instituto [mailto:financeiro@alphainstituto.com.br]
Enviada em: segunda-feira, 9 de outubro de 2023 13:51
Para: 'Juridico'; financeiro_3@alphainstituto.com.br; 'Financub'
Cc: juridico_2@alphainstituto.com.br; auxiliaradm@alphainstituto.com.br; 'Analistajur'; adm@alphainstituto.com.br;
 juridico_3@alphainstituto.com.br
Assunto: RES: SENTENÇA - ANDRE LUIZ LIVIO DOS SANTOS

Prezados, boa tarde!

Aguardo posicionamento do departamento jurídico em atenção ao prazo de pagamento finda amanhã, 10/10/2023.



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003581	No. compromisso cliente	Data do Crédito 25/10/2023	Valor 84,50
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 25/10/2023	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 SPECIAL GASES DO BRASIL		CPF/CNPJ do Beneficiário Original 18.835.198/0001-99	
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 34191.09081.43192.081446.63450.090004.7.95090000008152			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
84,50	0,00	0,00	84,50

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 161359 REF 09 2023

Autenticação Bancária
3F10E37B8929995D073123D

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)



Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43192.081446 63450.090004 7 95090000008152

Recibo do Pagador

Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA		Cnpj/Cpf 18.835.198/0001-99		Sacador Avalista	Vencimento 20/10/2023
Endereço do Beneficiário / Sacador Avalista R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060					
Nosso Número 109/08431920-8	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Agência/Código do Beneficiário 1446/34500-9
Data do Documento 02/10/2023	Número do Documento 161359-1	Espécie do Documento DM	Acerto N	Data do Processamento 02/10/2023	Valor do Documento 81,52

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43192.081446 63450.090004 7 95090000008152

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento somente no Itaú.					Vencimento 20/10/2023
Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA		Cnpj/Cpf 18.835.198/0001-99		Agência/Código do Beneficiário 1446/34500-9	
Data do Documento 02/10/2023	Número do Documento 161359-1	Espécie do Documento DM	Acerto N	Data do Processamento 02/10/2023	Nosso Número 109/08431920-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 81,52
Instruções de Responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre o boleto, contate o BENEFICIÁRIO APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE (R\$ 0,27) APÓS 20/10/2023 MULTA DE (R\$ 1,63) A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO. 7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO NFE 161359					(-) Desconto/Abatimento
					(1) Mora/Multa
					(2) Valor Cobrado
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE					14.512.229/0001-10
Endereço: R AMADOR BUENO - 333 11.013-151 - CENTRO - SANTOS - SP					
Sacador Avalista: _____ CNPJ: _____					Código da Baixa

Ficha de Compensação
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Comprovante de entrega




Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43192.081446 63450.090004 7 95090000008152

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Outros - anotar no verso
Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA				
Nosso Número 109/08431920-8	Nº Documento 161359-1	Vencimento 20/10/2023	Valor do Documento 81,52	
Recebi(emos) o boleto / título com as características acima				
Data	Nome	Assinatura		

RECEBEMOS DE SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA RS 81,52	NF-e Nº: 000.161.359 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	

SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA R DOS JESUITAS, 550 CIDADE INDL. SATELITE GUARULHOS SP TEL/FAX: 1124121517 CEP: 07231060 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.161.359 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3523 0918 8351 9800 0199 5500 1000 1613 5910 0163 8908
		Protocolo de autorização no portal regional da Mercadentro, trazendo qualquer postula- ção ao site da Defez Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231638101266 - 29/09/2023 16:13:25
INSCRIÇÃO ESTADUAL 796140310113	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 18.835.198/0001-99

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ/CPF 14.512.229/0001-10	DATA DA EMISSÃO 29/09/2023
ENDEREÇO R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-151
MUNICÍPIO SANTOS	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA

Número	Data Veto	Valor
001	20/10/2023	81,52

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
81,52		14,67	0,00		0,00	81,52
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,64	81,52

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
		9-Sem Frete				
ENDEREÇO				MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
4	GAS/CILINDRO			2.000,000,000	0,000	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NUM. SI	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 2.2 (S.1) - CAP 1,00M3 4 CILINDROS	28044000	0 00	5102	M3	4,0000	20,380000000	81,52	81,52	14,67	0,00	18,00	0,00	25,64

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 enida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-0-223/23 FAB:18/09/2023
 Valor Aproximado dos Tributos R\$ 25,64 (31,45%) Fonte: IBPT

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1204
 COMPETÊNCIA
 09/2023

ATESTO O RECEBIMENTO
 DOS ITENS CONSTANTES
 NESTA NOTA FISCAL
 DATA 29/09/23
 ASS. 
 Alessandra J. Gomes
 Coordenadora Administrativa
 INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saude

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PEDIDO 195791 (ROMANRIO 51489)
 Títulos: Nro 112467/1 Venc. 20-10-2023 Valor 81,52
 DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS,
 EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS O
 PERACOS DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTAÇÃO
 Local de entrega Pronto Socorro Municipal do Município de Cubatao Av

RESERVADO AO FISCO



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

PEDIDO
 51489

CLIENTE: PS Alpha Cuiatã DATA: 27/05/23
 TEL: _____ E-MAIL: _____
 ENDEREÇO: _____ Nº: _____
 BARRIO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____
 CNPJ/Nº: _____ INSCR. EST. Nº: _____

PRODUTO	QUANTIDADE M³/kg	QUANTIDADE CILINDROS	QUANTIDADE TOTAL	OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	3m³	4	4	1 cilindro de alumínio de 3 cilindros alumínio Lic: SG-0-223/23 fab. 15/05/23
NITROGÊNIO				
ARGÔNIO				
ACETILENO				
CO ₂				
HELIÓ				

LIVRE TROCA RECARGA DEVOLUÇÃO
 OBSERVAÇÕES

SPECIAL GASES CLIENTE
 NOME: Carolina Lima NOME: João
 ASSINATURA: [Signature] ASSINATURA: [Signature]



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTOS FEDERAIS COD. BARRASNo. compromisso banco
900003580

No. compromisso cliente

Dados do Convênio

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAConvênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
25/10/2023CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Codigo de Barras: 85880000027-0 48590385232-7 98070123275-2 59022854677-7

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

Numero do Documento: 07.01.23275.5902285-4

Data de Pagamento: 25/10/2023

Valor Total: R\$ 2.748,59

Autenticacao: 3F10E379691759D8C039181

Convenio de Arrecadacao: 00336916000900000097

Tipo de Pagamento: TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO

Data de Vencimento: 25/10/2023

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.

Hora da Transacao: 13:09:17

Transacao efetivada em: 25/10/2023

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
PIS 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
30/09/2023

Data de Vencimento
25/10/2023

Número do Documento
07.01.23275.5902285-4

Pagar este documento até
25/10/2023

Observações
PIS FOLHA 09.2023 - CUBATAO

Valor Total do Documento
2.748,59

Darf emitido pelo Sicalc Web

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
8301	PIS - FOLHA PAGAMENTO	2.748,59			2.748,59
	02 PIS - FOLHA DE SALARIOS				
	PA 09/2023 Vencimento 25/10/2023				
	Totais	2.748,59	0,00	0,00	2.748,59

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1019
COMPETÊNCIA
09/2023

SEND A (Versão:5.1.7)

Página: 1 / 1

02/10/2023 15:47:33

85880000027 0 48590385232 7 98070123275 2 59022854677 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85880000027 0

48590385232 7

98070123275 2

59022854677 7

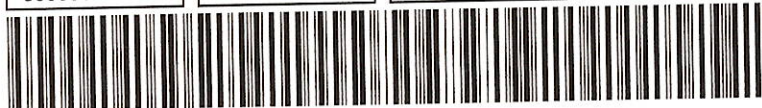
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Número: 07.01.23275.5902285-4

Pagar até: 25/10/2023

Valor: 2.748,59

Pague com o PIX





Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003579	No. compromisso cliente	Data do Crédito 25/10/2023	Valor 3.943,36
Convênio 0333-0123-004906738922		Data da Solicitação 25/10/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
Nome/Razão Social do Pagador Original INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR			CPF/CNPJ do Pagador Original 14.512.229/0001-10
Nome/Razão Social do Beneficiário Original BR MOBILIDADE BAIXADA SANTISTA			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 21.659.864/0001-90
Nome/Razão Social do Pagador Efetivo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA			CPF/CNPJ do Pagador Efetivo 14.512.229/0001-10
Instituição Financeira Favorecida 033 - BCO SANTANDER BRASIL S A			
Código de Barras 03399.78041.58000.000040.34469.301013.3.95220000394336			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
3.943,36	0,00	0,00	3.943,36

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 1560695 VT 11 2023

Autenticação Bancária
3F10E379F50E4344E4DC02B

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 MOBILIDADE BAIKADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90 AV FRANCISCO MANOEL, 1050 - JABAQUARA-SANTOS - SP CEP:11.075-110		Recibo do Pagador
Beneficiário BR MOBILIDADE BAIKADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90			Agência/Código Beneficiário 22713/780458-0		Vencimento 02/11/2023
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			Número do Documento 1560695		Nosso Número 000000434469-3
Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 3.943,36		(-) Desconto
RS			(+) Outros Acréscimos		(=) Valor Cobrado
Demonstrativo: OS CRÉDITOS DO PEDIDO SERÃO LIBERADOS PARA A RECARGA APÓS 72H DO PAGAMENTO.					
Taxa Administrativa:RS 114,86					

Autenticação Mecânica

Corte Aqui

					 033-7 03399.78041 58000.000040 34469.301013 3 95220000394336	
Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 02/11/2023	
Beneficiário BR MOBILIDADE BAIKADA SANTISTA S.A. - SPE CNPJ: 21.659.864/0001-90					Agência/Código Beneficiário 22713/780458-0	
Data Documento 23/10/2023	Número do Documento 1560695	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 23/10/2023	Nosso Número 000000434469-3	
	Carteira Cob. Simples COB	Espécie RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 3.943,36	
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) SR. CAIXA, NÃO RECEBER APÓS VENCIMENTO					(-) Desconto	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE RUA AMADOR BUENO 333 SALA 1816 CENTRO SANTOS SP 11013-153 Sacador/Avalista					CNPJ: 14.512.229/0001-10 Ficha de Compensação	
						
Autenticação Mecânica						

Corte Aqui

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAI
 1032
 COMPETÊNCIA
 11/2023



Número do pedido **1560695**

Valor do Pedido **R\$ 3.828,50**

Total de registros **19**

Status do pedido **Novo**

Código	CPF	Nome	Cartão	Valor
329066	42919226800	AMANDA ROCHA SANTOS PEREIRA	71.04.00100878-1	R\$ 219,10
327315	24867476803	CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS	71.04.08752124-3	R\$ 235,20
436969	22817467809	DANILO SILVEIRA DE MELO	71.04.08885837-3	R\$ 252,00
397051	08051698819	ELIANE CAMPOS PEREIRA	71.04.08613771-7	R\$ 154,00
202832	34024267817	ELMO VIEIRA DA SILVA	71.04.00362386-4	R\$ 322,00
213942	47270174822	FABIANA PEREIRA DA SILVA	71.04.08900123-9	R\$ 166,60
423030	33599628858	FABIANO SA TELES DE SOUZA	71.04.08795861-7	R\$ 154,00
501269	07018133858	KATIA APARECIDA DE JESUS SANTOS	71.04.08858722-1	R\$ 166,60
501267	44357667879	KAUE SANTOS DA SILVA	71.04.08875690-2	R\$ 154,00
328296	44760196846	LUIZ AUGUSTO GALVAO DE SA FILHO	71.04.00151875-3	R\$ 166,60
501266	38596379835	MARCELA APARECIDA DOS SANTOS SILVA	71.04.08993366-2	R\$ 166,60
225403	24918802885	MARIA APARECIDA MARTINS FARIAS GALVAO	71.04.08599642-2	R\$ 291,20
518965	36558743833	NATALI BRAGA PEREIRA BUENO	71.04.09079544-8	R\$ 154,00
327919	34508925847	PRISCILA REGINA FERREIRA	71.04.00068669-5	R\$ 322,00
411371	15919689846	RENATA FRANCISCA DE BARROS	71.04.08899382-3	R\$ 154,00
282152	08047882864	RUBENS ANDRADE DE ALMEIDA	71.04.08975730-9	R\$ 219,10
259088	12134208813	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	71.04.08998676-6	R\$ 137,50
455938	33403418855	VANESSA SILVA DOS SANTOS	71.04.08869221-1	R\$ 154,00
530647	50369774833	VINICIUS CESAR PEREIRA DIAS		R\$ 240,00



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003582	No. compromisso cliente	Data do Crédito 26/10/2023	Valor 1.414,20
Convênio 0033-0123-004906738922		Data da Solicitação 26/10/2023	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 FLAGSHIP INSTITUICAO P LTDA			CPF/CNPJ do Beneficiário Original 23.114.447/0001-97
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 34191.09008.18797.780543.61680.550003.7.95170000141420			

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.414,20	0,00	0,00	1.414,20

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 10715 131 VT 11 2023

Autenticação Bancária
3F10E37693401D67D59E47E

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)

Banco Itaú S.A.

341-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO					Vencimento 28/10/2023
Beneficiário FLAGSHIP INSTITUICAO DE PAGAMENTOS LTDA - CNPJ 23114447000197 RUA CARDEAL ARCOVERDE, 2365 - CONJUNTO 12 05407003 - SAO PAULO-SP					Agência/Código do Cedente 0546/16805-5
Data do Documento 25/10/2023	Nº do Documento 1737136	Espécie Doc. DMI	Aceite N	Data do Processamento 25/10/2023	Nosso Número 109/00187977-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.414,20
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
Após pago, a C.E será liberada em até 48 horas!					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ 14.512.229/0001-10		109/00187977-8
Beneficiário Final EXPRESSO FENIX VIACAO LTDA CUBATAO - CNPJ 05849495001709 RUA DOMINGOS PRETTI, 245 - GARAGEM FENIX - 13255280 - JARDIM DE LUCCA - ITATIBA - SP		Código de Baixa: Autenticação Mecânica
Recebimento através do cheque num. do banco Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco sacado.		

Banco Itaú S.A.

341-7

Ficha de Caixa

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO					Vencimento 28/10/2023
Beneficiário FLAGSHIP INSTITUICAO DE PAGAMENTOS LTDA - CNPJ 23114447000197 RUA CARDEAL ARCOVERDE, 2365 - CONJUNTO 12 05407003 - SAO PAULO-SP					Agência/Código do Cedente 0546/16805-5
Data do Documento 25/10/2023	Nº do Documento 1737136	Espécie Doc. DMI	Aceite N	Data do Processamento 25/10/2023	Nosso Número 109/00187977-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.414,20
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
Após pago, a C.E será liberada em até 48 horas!					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ 14.512.229/0001-10		109/00187977-8
Beneficiário Final EXPRESSO FENIX VIACAO LTDA CUBATAO - CNPJ 05849495001709 RUA DOMINGOS PRETTI, 245 - GARAGEM FENIX - 13255280 - JARDIM DE LUCCA - ITATIBA - SP		Código de Baixa: Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 18797.780543 61680.550003 7 95170000141420

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO					Vencimento 28/10/2023
Beneficiário FLAGSHIP INSTITUICAO DE PAGAMENTOS LTDA - CNPJ 23114447000197 RUA CARDEAL ARCOVERDE, 2365 - CONJUNTO 12 05407003 - SAO PAULO-SP					Agência/Código do Cedente 0546/16805-5
Data do Documento 25/10/2023	Nº do Documento 1737136	Espécie Doc. DMI	Aceite N	Data do Processamento 25/10/2023	Nosso Número 109/00187977-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.414,20
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
Após pago, a C.E será liberada em até 48 horas!					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - CNPJ 14.512.229/0001-10		109/00187977-8
---	--	----------------

Beneficiário Final EXPRESSO FENIX VIACAO LTDA CUBATAO - CNPJ 05849495001709
RUA DOMINGOS PRETTI, 245 - GARAGEM FENIX - 13255280 - JARDIM DE LUCCA - ITATIBA - SP

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



Situação do Pedido



Cadastro: 10715 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Data: 25/10/2023

Liberado em: --/--/----

Pedido: 10715-131

Cartão	Tipo	Nome	Doc. Federal	Quantidade	Valor Unit.	Total (R\$)	Data	Situação
0.325.321.458	COMUM	ROSANGELA ZALOBNICKI	027.784.439-83	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado
2.731.995.214	COMUM	ANA CAROLINI REZENDE DANTAS	455.178.508-39	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado
0.318.984.306	COMUM	BIANCA ATALATA ALVES DE JESUS	490.309.708-04	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado
4.187.351.970	COMUM	JOSIELE DOS SANTOS SILVA	363.467.838-07	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado
1.093.617.671	COMUM	LEIA SANTIAGO DA SILVA	274.339.208-89	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado
1.443.639.277	COMUM	PAMELA DE OLIVEIRA FIGUEREDO	400.310.018-23	42	5,00	210,00	--/--/----	Não Liberado
0.322.352.434	COMUM	SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA	121.342.088-13	50	5,00	250,00	--/--/----	Não Liberado
1.816.072.548	COMUM	SIDNEIA DOS SANTOS PIRES	320.701.178-04	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado
4.047.708.179	COMUM	VALERIA CRISTINA DA SILVA FERREIRA	333.503.138-50	28	5,00	140,00	--/--/----	Não Liberado

Subtotal: 9 Cartão(ões) 1.440,00

Total: 9 Cartão(ões) 1.440,00

$$\frac{1.411,20}{1.411,20} = 100\%$$

$$\frac{3,00}{3,00} = 100\%$$

$$\frac{1.414,20}{1.414,20} = 100\%$$

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1052
 COMPETÊNCIA
 11/2023