



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

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

Dados do Funcionário

Nome
AGUINAL DOUGLAS CORREIA FERREIRA DE SOUZ**CPF**
286.253.118-90**Conta Informada**
0033-3112-000010774718**Conta Salário**
0033-3112-000713168014**Conta Creditada**
0033-3112-000010774718

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003403**Nro Compromisso Cliente**
259**Data do Crédito**
27/10/2023**Valor R\$**
2.446,26**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E067D70A689EBC65E3**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)

27.10.2023

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

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

Funcionário: AGUINAL DOUGLAS CORREIA FERREIRA DE SOUZA (000259) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 94337

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00237

02/09/2019

Técnico em farmácia

Livro : 1

Folha: 161

PERÍODOS

Período aquisitivo 02/09/2022 a 01/09/2023

Período Gozo das Férias 02/11/2023 a 01/12/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.734,85	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	666,28	
902 INSS Férias		218,87
Totais	*****2.665,13	*****218,87
	Líquido:	*****2.446,26

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

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

a importância de R\$2.446,26

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

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

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

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		(00220)
CNPJ.: 14.512.229/0001-10		
Funcionário: AGUINAL DOUGLAS CORREIA FERREIRA DE SOUZA		(000259) / Depto.: 0000
CTPS 94337 / 00237	Admissão 02/09/2019	Função: Técnico em farmácia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 02/09/2022 a 01/09/2023	Período a ser gozado 02/11/2023 a 01/12/2023
Data 03/10/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/10/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
BRUNO GOMES PESSOA

CPF
403.972.878-52

Conta Informada
0033-3112-000010829643

Conta Salário
0033-3112-000713168021

Conta Creditada
0033-3112-000010829643

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003404

Nro Compromisso Cliente
123

Data do Crédito
27/10/2023

Valor R\$
2.500,80

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E0F4C41FD8722CF18D

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)

27.10.2023

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

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

Funcionário: BRUNO GOMES PESSOA		(000123) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00021799	Admissão:	Função:	N.Registro:
Serie: 00346	01/08/2018	Auxiliar de lavanderia	Livro : 1 Folha: 93

PERÍODOS

Período aquisitivo 01/08/2022 a 31/07/2023	Período Gozo das Férias 02/11/2023 a 01/12/2023
--	---

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.292,97	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	419,35	
151 DSR Ad. Noturno 40%	68,92	
597 1/3 Férias	681,75	
902 INSS Férias		226,19
Totais	*****2.726,99	*****226,19
	Líquido:	*****2.500,80

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$2.500,80
que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou
gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.
Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:**Santos**

____/____/____

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: BRUNO GOMES PESSOA

(000123) / Depto.: 0000

CTPS

00021799 / 00346

Admissão

01/08/2018

Função:

Auxiliar de lavanderia

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	01/08/2022 a 31/07/2023	02/11/2023 a 01/12/2023
Data	Assinatura do Funcionário		
03/10/2023			
Data	Assinatura da Empresa		
03/10/2023			

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

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

Dados do Funcionário

Nome
JAMES DE FREITAS SOUZA**CPF**
284.913.678-61**Conta Informada**
0033-0123-000010778038**Conta Salário**
0033-0123-000710442897**Conta Creditada**
0033-0123-000010778038

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003405**Nro Compromisso Cliente**
612**Data do Crédito**
27/10/2023**Valor R\$**
1.909,97**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E0CA19DA43AAAF737**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)

27.10.2023

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

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

Funcionário: JAMES DE FREITAS SOUZA		(000612) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 00017100	Admissão: 21/03/2021	Função: MAQUEIRO	N.Registro: Livro : 1 Folha: 96
Serie: 00198			

PERÍODOS

Período aquisitivo 21/03/2022 a 20/03/2023	Período Gozo das Férias 02/11/2023 a 01/12/2023
--	---

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.292,97	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	518,99	
902 INSS Férias		165,99
Totais	*****2.075,96	*****165,99
	Líquido:	*****1.909,97

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$1.909,97 que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.

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

LOCAL/DATA: Santos ___/___/___

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: JAMES DE FREITAS SOUZA

(000612) / Depto.: 0000

CTPS

00017100 / 00198

Admissão

21/03/2021

Função:

MAQUEIRO

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	21/03/2022 a 20/03/2023	02/11/2023 a 01/12/2023
Data	Assinatura do Funcionário		
03/10/2023			
Data	Assinatura da Empresa		
03/10/2023			

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

10/2023



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

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

Dados do Funcionário

Nome
LEIA VICENTE DOS SANTOS**CPF**
428.123.508-65**Conta Informada**
0033-2983-000010031065**Conta Salário**
0033-2983-000710009197**Conta Creditada**
0033-2983-000010031065

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003406**Nro Compromisso Cliente**
974**Data do Crédito**
27/10/2023**Valor R\$**
4.566,67**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Líquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E0897DB5B06A0ECEBC**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)

27.10.2023

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

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

Funcionário: LEIA VICENTE DOS SANTOS DE SOUZA (000974) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00055815	Admissão: 20/07/2022	Função: ENFERMEIRO(A) FOLGUISTA	N.Registro: Livro : 1 Folha: 231
Serie: 00428			

PERÍODOS

Período aquisitivo 20/07/2022 a 19/07/2023

Período Gozo das Férias 02/11/2023 a 01/12/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.342,00	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
070 Adicional noturno 35%	512,91	
152 DSR Ad. Noturno 35%	84,64	
597 1/3 Férias	1.401,18	
902 INSS Férias		598,42
913 IRRF Férias		439,64
Totais	*****5.604,73	*****1.038,06
	Líquido:	*****4.566,67

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos a importância de R\$4.566,67 que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente.

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

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: LEIA VICENTE DOS SANTOS DE SOUZA (000974) / Depto.: 0000

CTPS 00055815 / 00428	Admissão 20/07/2022	Função: ENFERMEIRO(A) FOLGUISTA
--------------------------	------------------------	------------------------------------

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	20/07/2022 a 19/07/2023	02/11/2023 a 01/12/2023
Data 03/10/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/10/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1005

COMPETÊNCIA
10/2023



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

Convênio
0033-0123-008303883109

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Débito
0123-130041276

Dados do Funcionário

Nome
VANESSA DE CARVALHO THOMAZ

CPF
501.937.198-00

Conta Informada
0033-0156-000010645149

Conta Salário
0033-0156-000710365686

Conta Creditada
0033-0156-000010645149

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003408

Nro Compromisso Cliente
958

Data do Crédito
27/10/2023

Valor R\$
2.732,13

Tipo de Pagamento
CC

Histórico
Líquido de Vencimentos

Tipo de Serviço
Pagamento de Salários

Autenticação Bancária
EF872E028566489C5F616BB

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)

27.10.2023

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

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

Funcionário: VANESSA CARVALHO THOMAZ (000958) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00066885

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00461

01/07/2022

TECNICO DE ENFERMAGEM

Livro : 1

Folha: 216

PERÍODOS

Período aquisitivo 01/07/2022 a 30/06/2023

Período Gozo das Férias 01/11/2023 a 30/11/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 02 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	756,89	
902 INSS Férias		266,36
913 IRRF Férias		29,07
Totais	*****3.027,56	*****295,43
	Líquido:	*****2.732,13

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos

a importância de R\$2.732,13

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

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

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

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: VANESSA CARVALHO THOMAZ

(000958) / Depto.: 0000

CTPS
00066885 / 00461Admissão
01/07/2022Função:
TECNICO DE ENFERMAGEM**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	02	01/07/2022 a 30/06/2023	01/11/2023 a 30/11/2023
Data 02/10/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/10/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023



Internet Banking Empresarial

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Agência: 0123 Conta: 130041276

FOLHA DE PAGAMENTO
Comprovante de Pagamento Funcionário

Dados da Empresa

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

Dados do Funcionário

Nome
QUEITE ROSA CAFE FERREIRA**CPF**
275.716.008-71**Conta Informada**
0033-0123-000010735455**Conta Salário**
0033-0123-000710352370**Conta Creditada**
0033-0123-000010735455

Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco
900003407**Nro Compromisso Cliente**
152**Data do Crédito**
27/10/2023**Valor R\$**
3.940,08**Tipo de Pagamento**
CC**Histórico**
Liquido de Vencimentos**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**
EF872E071016B9DD36E6A91**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)

01.11.2023

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

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

Funcionário: QUEITE ROSA CAFE FERREIRA DOS SANTOS (000152) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 55243	Admissão:	Função:	N.Registro:
Serie: 439	03/09/2018	ANALISTA ADM II	Livro : 1 Folha: 117

PERÍODOS

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

Período Gozo das Férias 06/11/2023 a 05/12/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.214,58	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	1.159,53	
902 INSS Férias		424,99
913 IRRF Férias		273,04
Totais	*****4.638,11	*****698,03
	Líquido:	*****3.940,08

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida à R AMADOR BUENO, 333 CONJ 11 em Santos a importância de R\$3.940,08 que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: QUEITE ROSA CAFE FERREIRA DOS SANTOS

(000152) / Depto.: 0000

CTPS
55243 / 439Admissão
03/09/2018Função:
ANALISTA ADM II**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	03/09/2022 a 02/09/2023	06/11/2023 a 05/12/2023
Data 07/10/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 07/10/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
100

CÓDIGO GERENCIAL
1005

COMPETÊNCIA
11/2023

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003583

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/10/2023Valor
2.736,68

Dados do Remetente

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

Dados do Destinatário

Nome
ELISABETE PACHECO DE GOESCNPJ/CPF
256.856.058-46Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0341/60701190Agência
00462Conta Corrente
00000000000000074550Valor
2.736,68Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
PAGTO FERIAS 10 2023Autenticação Bancária
3F10E372EDC70D110F1B629Central 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)

27.10.2023

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

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

Funcionário: ELISABETE PACHECO DE GOES (000961) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00024389

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00184

02/07/2022

TECNICO DE ENFERMAGEM

Livro : 1

Folha: 219

PERÍODOS

Período aquisitivo 02/07/2022 a 01/07/2023

Período Gozo das Férias 02/11/2023 a 01/12/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 01 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	756,89	
902 INSS Férias		261,81
913 IRRF Férias		29,07
Totais	*****3.027,56	*****290,88
	Líquido:	*****2.736,68

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

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

a importância de R\$2.736,68

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

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

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

LOCAL/DATA:

Santos

___/___/___

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: ELISABETE PACHECO DE GOES

(000961) / Depto.: 0000

CTPS
00024389 / 00184Admissão
02/07/2022Função:
TECNICO DE ENFERMAGEM**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	01	02/07/2022 a 01/07/2023	02/11/2023 a 01/12/2023
Data 03/10/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 03/10/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO
10.0
CÓDIGO GERENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
10/2023

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003584

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/10/2023Valor
3.759,94

Dados do Remetente

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

Dados do Destinatário

Nome
ODETE DO CARMO SILVACNPJ/CPF
130.507.678-80Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0260/18236120Agência
00001Conta Corrente
00000000000231459152Valor
3.759,94Finalidade
Crédito em ContaTipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
PAGTO FERIAS 10 2023Autenticação Bancária
3F10E37D3C9FFAEE73843F0

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)

01.11.2023

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

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

Funcionário: ODETE DO CARMO SILVA (000267) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 051086 Serie: 00184	Admissão: 04/11/2019	Função: Assistente social	N.Registro: Livro : 1 Folha: 169
---------------------------------------	-------------------------	------------------------------	--

PERÍODOS

Período aquisitivo 04/11/2022 a 03/11/2023

Período Gozo das Férias 06/11/2023 a 05/12/2023

BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	3.010,48	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
597 1/3 Férias	1.091,49	
902 INSS Férias		394,22
913 IRRF Férias		211,81
Totais	*****4.365,97	*****606,03
	Líquido:	*****3.759,94

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$3.759,94 que me é paga adiantamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para Clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

LOCAL/DATA: Santos ____/____/____

Assinatura do Empregado

FÉRIAS

Empresa: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

(00220)

CNPJ.: 14.512.229/0001-10

Funcionário: ODETE DO CARMO SILVA

(000267) / Depto.: 0000

CTPS

051086 / 00184

Admissão

04/11/2019

Função:

Assistente social

SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00	04/11/2022 a 03/11/2023	06/11/2023 a 05/12/2023
Data 07/10/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 07/10/2023	Assinatura da Empresa		

CENTRO DE CUSTO

100

CÓDIGO GERENCIAL

1005

COMPETÊNCIA

11/2023



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003585	No. compromisso cliente	Data do Crédito 30/10/2023	Valor 70,00
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	----------------

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
30/10/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
ANA PAULA FONSECA

CNPJ/CPF
17.743.916/0001-34

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0260/18236120

Agência
00001

Conta Corrente
0000000000128637471

Valor
70,00

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 113 REF 10 2023

Autenticação Bancária
3F10E37463C06D12EF9D344

Central de Atendimento Santander

Empresarial


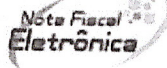

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

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

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

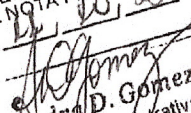
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

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

 Prefeitura Municipal de São Vicente - SP Secretaria da Fazenda - SEFAZ Fone: (13) 3579-1406 - www.saovicente.sp.gov.br/iss				Série do Documento NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
				Número da Nota Fiscal 113	
Dados do Prestador de Serviço					
ANA PAULA FONSECA ANA PAULA FONSECA Rua Pio XII, 101 FUNDOS - Esplanada dos Barreiros CEP 11340-080 - Fone: (13)3469-3389 - Fax/Celular: (9)8210-7772 - São Vicente/ SP ferreira67@terra.com.br Inscrição Municipal 068424 - CPF/CNPJ 17.743.916/0001-34			Data de Geração da NFS-e 11/10/2023 00:42:59		
			Data de Competência/Emissão 11/10/2023		
			Cód. de Autenticidade 9FE4AD28E		
			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 São Vicente - São Paulo		Município Incidência São Vicente - São Paulo			
Dados do Tomador de Serviços					
CNPJ/CPF : 14.512.229/0001-10			IM :		
Razão Social : INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE					
Endereço : Rua Amador Bueno			Número : 333		
Complemento : Conjunto 1816			Bairro : Centro		
CEP : 11013-153			Cidade/UF : Santos/ SP		
Telefone :			E-mail :		
Dados do Intermediário de Serviços					
CNPJ		Inscrição Municipal		Razão Social	
Descrição dos Serviços					
Confeção de 01 Banner em Impressão Digital (80 x 1,16) "Outubro Rosa"					
Referente ao "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"					
Dados para pagamento: Banco 0260 - NUBANK AG.: 0001 - C/C: 12863747-1					
Detalhamento dos Tributos					
Atividade do Município 8299799 - Outras Atividades de Serviços Prestados Principal...		Alíquota 3,00	Item da LC116/2003 1706	Cód. NBS	Cód. CNAE 8299799
VI. Total dos Serviços R\$ 70,00	Desconto incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 70,00		Total do ISSQN R\$ 2,10
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
				VI. ISSQN Retido R\$ 0,00	VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 70,00
Construção Civil		Cód. Obra :		Art. :	
Informações Adicionais					

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

CENTRO DE CUSTO
 100
 CÓDIGO GERENCIAL
 1215
 COMPETÊNCIA
 10/2023

ATESTO O RECEBIMENTO
 DOS ITENS CONSTANTES
 NESTA NOTA FISCAL
 DATA 11/10/23
 ASS. 
 Alessandra D. Gomez
 Coordenadora Administrativa
 INSTITUTO ALPHA DE Medicina para Saúde



Cubatão, 10 de Outubro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 157.2023 – Alpha – Cubatão


Ao

Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo

De acordo com o Contrato de Gestão 003/2018, firmado entre a Prefeitura Municipal de Cubatão e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde vimos, por meio desta, solicitar a confecção de 1 banner em impressão digital 0,80x1,16 referente ao "Outubro Rosa".


Ana Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900003586

No. compromisso cliente

Data do Crédito
30/10/2023Valor
81,52Convênio
0033-0123-004906738922Data da Solicitação
30/10/2023Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador
Original
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original
SPECIAL GASES DO BRASILCPF/CNPJ do Beneficiário
Original
18.835.198/0001-99Nome/Razão Social do Pagador Efetivo
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S ACódigo de Barras
34191.09081.43209.251446.63450.090004.2.95190000008152

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

81,52

0,00

0,00

81,52

Tipo de Serviço
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço
NF 162229 REF 10 2023Autenticação Bancária
3F10E378F621A2DAA155C88

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)

Itaú Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43209.251446 63450.090004 2 95190000008152

Recibo do Pagador

Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA		Cnpj/Cpf 18.835.198/0001-99	Sacador Avalista	Vencimento 30/10/2023
Endereço do Beneficiário - Sacador Avalista R DOS JESUITAS,550 - CIDADE INDL. SATELITE - GUARULHOS - SP - 07.231-060				
Nosso Número 109/08432092-5	Carteira 109	Esécie R\$	Quantidade	Valor
				Agência/Código do Beneficiário 1446/34500-9
Data do Documento 09/10/2023	Número do Documento 162229-1	Especie do Documento DM	Acerto N	Data do Processamento 09/10/2023
				Valor do Documento 81,52

Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43209.251446 63450.090004 2 95190000008152

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento somente no Itaú.				Vencimento 30/10/2023
Beneficiário SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA		Cnpj/Cpf 18.835.198/0001-99	Agência/Código do Beneficiário 1446/34500-9	
Data do Documento 09/10/2023	Número do Documento 162229-1	Especie do Documento DM	Acerto N	Data do Processamento 09/10/2023
				Nosso Número 109/08432092-5
Uso do Banco	Carteira 109	Esécie R\$	Quantidade	Valor
				(-) Valor do Documento 81,52
Instruções de Responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre o boleto, contate o BENEFICIÁRIO				(-) Desconto/Abatimento
APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE (R\$ 0,27)				(+) Mora/Multa
APÓS 30/10/2023 MULTA DE (R\$ 1,63)				
A MULTA SERÁ COBRADA APÓS 1 DIA CORRIDO DO VENCIMENTO.				(=) Valor Cobrado
7 DIAS APOS O VENCIMENTO, TITULO SUJEITO A PROTESTO				
NFE 162229				
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

Itaú Banco Itaú S.A | 341-7 |

34191.09081 43209.251446 63450.090004 2 95190000008152

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 109/08432092-5	Nº Documento 162229-1	Vencimento 30/10/2023	Valor do Documento 81,52	
Recebi(amos) 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
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	Nº: 000.162.229 SÉRIE : 1

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 <input type="checkbox"/> 1 Nº 000.162.229 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		CHAVE DE ACESSO 3523 1018 8351 9800 0199 5500 1000 1622 2910 0164 7796
			Protocolo de Autenticação no Portal Nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEI		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231705684092 - 09/10/2023 14:13:44	
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 09/10/2023
ENDEREÇO R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 11013-151	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SANTOS	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA

FATURA

Número	Data Veto	Valor
001	30/10/2023	81,52

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 4	ESPÉCIE GAS/CILINDRO	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 2.000.000,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SIT	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
24002	ONU1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO MEDICINAL 22 (5.1) - CAP 1,00M5 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 Cubatão SP Lote:SG-0-219/23 FAB:13/09/2023
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 09/10/23
ASS. 
Alessandra B. Gomez
Coordenadora Administrativa
INSTITUTO ALPHA de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO 196328 (ROMANEO 51498) Títulos: Nro 112847/1 Venc. 30-10-2023 Valor 81,52 DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS O PERAÇÕES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGÊNCIAS DA REGULAMENTAÇÃO Local de entrega Pronto Socorro Municipal do Município de Cubatão Av	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

 SPECIAL <small>SPECIAL GASES DO BRASIL LTDA.</small> <small>www.specialgases.com.br</small>	Telefones: (11) 2412-1517 - (11) 2085-6841 Rua dos Jesuítas, 550 - Cimbica - Guarulhos - SP
	PEDIDO 51498

CLIENTE: *PS Alpha Cerebral* DATA: *05/10/23*
 TEL: _____ E-MAIL: _____
 ENDEREÇO: _____ Nº: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____
 CNPJ Nº: _____ INSCR. EST. Nº: _____

PRODUTO	QUANTIDADE M³/Kg	QUANTIDADE CILINDROS	QUANTIDADE TOTAL	OBSERVAÇÃO
OXIGÊNIO	<i>med 1 m³</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>lev. 56-0-219/23</i>
NITROGÊNIO				<i>lev. 13102/23</i>
ARGÔNIO				
ACETILENO				
CO ₂				
HÉLIO				
				TOTAL
				TROCOU
				4 CILINDROS

LIVRE TROCA <input checked="" type="checkbox"/>	RECARGA <input type="checkbox"/>	DEVOLUÇÃO <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES: <i>licramento semanal</i>		

NOME: <i>Caiana Lima</i> ASSINATURA: <i>[Signature]</i>	NOME: _____ ASSINATURA: <i>[Signature]</i>
--	---



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003587	No. compromisso cliente	Data do Crédito 30/10/2023	Valor 140,20
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

Convênio 0033-0123-004906738922	Data da Solicitação 30/10/2023	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
34191.09008.19184.510543.61680.550003.1.95220000014020

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
140,20	0,00	0,00	140,20

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PEDIDO 10715 132 VT 11 2023

Autenticação Bancária
3F10E37DF9E0FCCEE9BA19E

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 02/11/2023	
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 30/10/2023	Nº do Documento 1741135	Espécie Doc. DMI	Aceite N	Data do Processamento 30/10/2023	Nosso Número 109/00191845-1	
Uso do Banco Carteira	109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 140,20	
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		109/00191845-1
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 02/11/2023	
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 30/10/2023	Nº do Documento 1741135	Espécie Doc. DMI	Aceite N	Data do Processamento 30/10/2023	Nosso Número 109/00191845-1	
Uso do Banco Carteira	109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 140,20	
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		109/00191845-1				
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 19184.510543 61680.550003 1 95220000014020

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO					Vencimento 02/11/2023	
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 30/10/2023	Nº do Documento 1741135	Espécie Doc. DMI	Aceite N	Data do Processamento 30/10/2023	Nosso Número 109/00191845-1	
Uso do Banco Carteira	109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 140,20	
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		109/00191845-1				
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:	30/10/2023				Liberado em: -/-/----		
Pedido:	10715-132						
Cartão	Tipo	Nome	Doc. Federal	Quantidade	Valor Unit.	Total (R\$) Data	Situação
1.597.135.479	COMUM	SANDRA CRISTINA COSTA MOTA	169.581.668-41	28	5,00	140,00 -/-/----	Não Liberado
Subtotal:	1 Cartão(ões)				140,00		
Total:	1 Cartão(ões)				140,00		

(2,80) ISS 2%
 137,20 TRILBOLETO
 3,00
 140,20
 LEMIRU DE LUSIV
 100
 CÓDIGO GERENCIAI
 1032
 COMPETÊNCIA
 11/2023