

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Emissão DOC/TED

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003606

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
13/11/2023Valor  
1.544,90

## Dados do Remetente

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
13/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

Nome  
ADILSON TEIXEIRACNPJ/CPF  
271.086.178-03Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0260/18236120Agência  
00001Conta Corrente  
00000000000229314430Valor  
1.544,90Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
PAGTO RPA 10 2023Autenticação Bancária  
3F10E3759608016AF6EE78E**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 DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº do Recibo

Nº do Talão

Nome ou Razão Social da empresa

Matrícula (CNPJ ou INSS)

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

14.512.229/0001-10

Recebi da Empresa acima identificada pela prestação dos Serviços de  
a importância de R\$ Um Mil, Quinhentos e Quarenta e Quatro Reais e Noventa Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso	<u>ESPECIFICAÇÃO</u>	
	X 10%	=	I Valor do serviço prestado .....	R\$ 1.735,84
Valor já reembolsado no mês		Saldo	II Reembolso (10% de até o salário-base)...	R\$
			Soma....	R\$ 1.735,84
<u>CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)</u>			<u>DESCONTO</u>	
Aplicar 10% sobre o valor de mão-de-obra (11,71% do FRETE). O resultado corresponderá ao REEMBOLSO, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo SALDO.			III IRRF.....	R\$ 0,00
Número de Inscrição			IV INSS.....	R\$ 190,94
NO INSS: 17040652593			V Outros.....	R\$ 0,00
NO CPF: 27108617803			VALOR LÍQUIDO R\$ 1.544,90	
Documento de identidade			Assinatura	
Número 235305418	Orgão Emissor	SSP	Nome Completo	
Localidade	Data		ADILSON TEIXEIRA	
Praia Grande	31/10/2023			

## RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº do Recibo

Nº do Talão

Nome ou Razão Social da empresa

Matrícula (CNPJ ou INSS)

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

14.512.229/0001-10

Recebi da Empresa acima identificada pela prestação dos Serviços de  
a importância de R\$ Um Mil, Quinhentos e Quarenta e Quatro Reais e Noventa Centavos

CENTRO DE LUSIO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1018  
COMPETÊNCIA  
10/2023

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso	<u>ESPECIFICAÇÃO</u>	
	X 10%	=	I Valor do serviço prestado .....	R\$ 1.735,84
Valor já reembolsado no mês		Saldo	II Reembolso (10% de até o salário-base)...	R\$
			Soma....	R\$ 1.735,84
<u>CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)</u>			<u>DESCONTO</u>	
Aplicar 10% sobre o valor de mão-de-obra (11,71% do FRETE). O resultado corresponderá ao REEMBOLSO, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo SALDO.			III IRRF.....	R\$ 0,00
Número de Inscrição			IV INSS.....	R\$ 190,94
NO INSS: 17040652593			V Outros.....	R\$ 0,00
NO CPF: 27108617803			VALOR LÍQUIDO R\$ 1.544,90	
Documento de identidade			Assinatura	
Número 235305418	Orgão Emissor	SSP	Nome Completo	
Localidade	Data		ADILSON TEIXEIRA	
Praia Grande	31/10/2023			



Cubatão, 27 de Outubro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 169-2023 – Alpha - Cubatão

Ao  
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço RPA – Adilson Teixeira – Coordenador de Enfermagem

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 pagamento da RPA compreendida no dia 26, 27, 30 e 31/10/2023.

  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Alessandra D. Gomez  
Coordenadora Administrativa  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco  
900003608

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
21/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa: CLARO SA

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Código de Barras: 84860000001-5 59960162202-3 31120117992-4 84906111922-2

Data de Pagamento: 21/11/2023

Valor: R\$ 159,96

Data da Transacao: 21/11/2023

Hora da Transacao: 17:12:46

Canal: PGFOR

Autenticacao: 3F10E378BB63FA66CB6E3A8

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço  
20Complemento do Tipo de Serviço  
NF 174630943 REF 10 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)



INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
R AMADOR BUENO 333 C-17031705  
CENTRO  
11013-151 SANTOS SP

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1302  
COMPETÊNCIA  
10/2023

Período de uso  
**de 05/10/2023 a 04/11/2023**

Vencimento  
**20/11/2023**

Nº da conta: 117992849  
Nº do cliente: 111568211  
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47

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

1. Plano Contratado **R\$ 159,96**

---

**Total a pagar R\$ 159,96**

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

1. PLANO CONTRATADO	VALOR R\$
<b>Individual</b>	159,96
Oferta Conjunta Claro MIX	
Claro Life Ilimitado 2GB [190]	
Aplicativos Digitais	0,00
Bônus de Internet Turbo - 1GB	
<b>SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO</b>	<b>R\$ 159,96</b>

SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS	Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R\$
VOZ	Ilimitado	3min42s	-	0,00
SMS	500	1	-	0,00
DADOS	12.288,000 MB	-	-	0,00

VALOR DE COBRANÇAS POR CELULAR - USO POR TIPO DE LIGAÇÃO E SERVIÇOS EXCEDENTES				
	(13) 99162 6940	(13) 99209 0557	(13) 99209 1101	(13) 99209 1710
<b>Cobranças e Descontos</b>	R\$ 39,99	R\$ 39,99	R\$ 39,99	R\$ 39,99
Oferta Conjunta Claro MIX	-	-	-	-
Claro Life Ilimitado 2GB	-	-	-	-
Aplicativos Digitais	-	-	-	-
<b>TOTAL PARA CADA CELULAR</b>	<b>R\$ 39,99</b>	<b>R\$ 39,99</b>	<b>R\$ 39,99</b>	<b>R\$ 39,99</b>

**TOTAL A PAGAR R\$ 159,96**

**AVISOS AO CLIENTE**

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

DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 182054300/112023		
Descrição	Valor ISS (R\$)	Valor cobrado (R\$)
Aplicativos digitais - Be Digital Light		16,00

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

Autenticação Mecânica  
Para uso do banco



**CLIENTE**  
**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

Débito Automático  
117992849

Data de Vencimento  
**20/11/2023**

Valor  
**R\$ 159,96**



84860000001-5 59960162202-3 31120117992-4 84906111922-2

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

Pague com Pix



Descrição	Valor ISS (R\$)	Valor cobrado (R\$)
Serviço de Gestão	0,80	39,60
<b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b>	<b>0,80</b>	<b>55,60</b>

### NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 174630943/112023

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

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

### NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 3310100/112023

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

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

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

Mensalidades e Pacotes Promocionais						Total (R\$)		
<b>Descrição</b>						39,99		
Oferta Conjunta Claro MIX						0,00		
Bônus de Internet Turbo - 1GB						-		
Claro Life Ilimitado 2GB						-		
Aplicativos Digitais						-		
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 39,99</b>		
Interurbanas e Rec. em viagem								
Ligações com o Código 21 - Embratel								
Data	Hora	Origem-Destino	Número	Dur. Efetiva	Duração	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)	
03/10	13:18:10	São Paulo São Paulo (11)	11913050741	00:00:30	00:00:30	0,00	0,00	
<b>Total</b>						<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
Ligações Locais								
Ligações para celulares Claro								
Data	Hora	Origem(UF)-Destino	Número	Dur. Efetiva	Duração	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
05/10	09:20:57	São Paulo São Paulo (13)	13991850329	00:03:40	00:03:42	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>						<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
Ligações para celulares de outras operadoras								
Data	Hora	Origem(UF)-Destino	Número	Dur. Efetiva	Duração	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
04/10	16:50:12	São Paulo São Paulo (13)	13997456911	00:00:14	00:00:30	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>						<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)								
Internet (MB)								
Serviço				Mbytes Utilizados	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)	
Internet				0,679	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotal</b>				<b>0,679</b>			<b>0,00</b>	
A cobrança do serviço de Internet pode ocorrer até 90 dias após o seu uso, conforme artigo 78 do RGC.								
<b>TOTAL</b>						<b>4min42s</b>		

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

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

### Autorização para Débito em Conta

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

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

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

Internet (MB)	Mbytes Utilizados	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
<b>Serviço</b>				
Internet	163,297	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	5,301	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>168,598</b>			<b>0,00</b>

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

Torpedos	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Cobrado (R\$)
<b>Descrição</b>				
Torpedo	1,000	0,39	0,39	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>			<b>0,00</b>

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

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

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

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



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco  
900003609

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
21/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa: CLARO SA

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Codigo de Barras: 84840000003-8 25400162202-3 31122130890-8 85904511922-9

Data de Pagamento: 21/11/2023

Valor: R\$ 325,40

Data da Transacao: 21/11/2023

Hora da Transacao: 17:12:46

Canal: PGFOR

Autenticacao: 3F10E37FFFC3A4CAF098BDC

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço  
20Complemento do Tipo de Serviço  
NF 174857094 REF 10 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)





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

Período de uso de 05/10/2023 a 04/11/2023  
Vencimento 22/11/2023  
Nº da conta: 130890859  
Nº do cliente: 124180048  
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47  
Veja aqui o que está sendo cobrado:  
1. Plano Contratado R\$ 325,40

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

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

**1. PLANO CONTRATADO**

VALOR R\$

**Individual**

Oferta Conjunta Claro MIX  
Claro Internet Empresa [075]  
Aplicativos Digitais

325,40

SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO

R\$ 325,40

**SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS**

DADOS

Contratado	Utilizado	Excedente	VALOR R\$
286.720,000 MB	575,680 MB	-	0,00

TOTAL A PAGAR

R\$ 325,40

**AVISOS AO CLIENTE**

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

**DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 182299180/112023**

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

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1302  
COMPETÊNCIA  
10/2023

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

Autenticação Mecânica  
Para uso do banco



CLIENTE  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE-  
BANDA LARGA

Débito Automático  
130890859

Data de Vencimento  
22/11/2023

Valor  
R\$ 325,40

8484000003-8 25400162202-3 31122130890-8 85904511922-9



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

Pague com Pix



## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 174857094/112023

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

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE- BANDA  
LARGA  
RAMADOR BUENO 333 - CONJ 1816 CENTRO  
11013-153 - SANTOS - SP  
CPF/CNPJ 14.512.229/0001-10  
Nº da conta: 130890859  
Nº do cliente: 124180048

Modelo: 22 Série B64 Via Única  
Data de emissão: 05/11/2023  
Período: 05/10/2023 a 04/11/2023  
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:  
d2ce.3f10.ec36.125b.67ae.1811.c945.6dd7

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

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

### Autorização para Débito em Conta

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

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

Agência: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

<b>Internet (MB)</b>	<b>Mbytes Utilizados</b>	<b>Tarifa (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>	<b>Valor Cobrado (R\$)</b>
<b>Serviço</b>				
Internet	122,057	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	9,467	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>131,523</b>			<b>0,00</b>

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

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

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

Serviços (Torpedos, Hits, Jogos, etc.)

<b>Internet (MB)</b>	<b>Mbytes Utilizados</b>	<b>Tarifa (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>	<b>Valor Cobrado (R\$)</b>
<b>Serviço</b>				
Internet	434,717	0,00	0,00	0,00
Internet - meses anteriores	9,446	0,00	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>444,163</b>			<b>0,00</b>

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



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco  
900003610

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
21/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

Empresa: CLARO SA

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Codigo de Barras: 84690000006-4 52630162202-7 31120573000-6 00280442645-6

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Valor: R\$ 652,63

Hora da Transacao: 17:12:46

Data de Pagamento: 21/11/2023

Autenticacao: 3F10E373BFCF19FFDAB125D

Data da Transacao: 21/11/2023

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

Canal: PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 121721620 REF 10 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, ACESSE MINHA CLARO.COM.BR**

002/004

**Importante:**

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse [claro.com.br/minha-claro](http://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

Claro<sup>®</sup> clube  
Cadastre-se em: [www.claro.com.br/claro-clube](http://www.claro.com.br/claro-clube)

descrição	total
<input type="checkbox"/> Claro tv +	<b>339,63</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Claro net virtua	<b>272,36</b>
<input type="checkbox"/> NET Fone	<b>40,64</b>
<b>Valor total 652,63</b>	

CENTRO DE CUSTO  
 109  


---

 CÓDIGO GERENCIAL  
 1302  



---


 COMPETÊNCIA  
 10/2023


Claro tv +	
Mensalidade Claro tv +	
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	193,89
ESPECIAL TOP HD AQS 24 MESES - VALIDO ATÉ 08/2025	
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	34,95
<b>Sub-Total Mensalidade Claro tv +</b>	<b>298,74</b>
A La Carte	
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27
<b>Sub-Total A La Carte</b>	<b>41,27</b>
Descontos/Cancelamentos	
07/11/23 DESCONTO INTERRUPTÃO DE SINAL EM 18/09/23. TEMPO TOTAL 01 H 24 M	-0,38
<b>Sub-Total Descontos/Cancelamentos</b>	<b>-0,38</b>
<b>Total Claro tv +</b>	<b>339,63</b>
Claro net virtua	
Mensalidade Claro net virtua	
01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME300 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	122,99
01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME350 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	149,73
<b>Sub-Total Mensalidade Claro net virtua</b>	<b>272,72</b>
Descontos/Cancelamentos	
07/11/23 DESCONTO INTERRUPTÃO DE SINAL VIRTUA EM 18/09/23. TEMPO TOTAL 01 H 24 M	-0,18
07/11/23 DESCONTO INTERRUPTÃO DE SINAL VIRTUA EM 18/09/23. TEMPO TOTAL 01 H 24 M	-0,18
<b>Sub-Total Descontos/Cancelamentos</b>	<b>-0,36</b>
<b>Total Claro net virtua</b>	<b>272,36</b>
NET Fone	
SERVIÇO	DURAÇÃO
ASSINATURA	40,64
<b>Total NET Fone</b>	<b>40,64</b>


**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](http://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](http://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 0,0333% 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](http://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 0,0333% 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 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 REAL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO TRIANGULO S.A., BANESTES S/A, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOJ, HSBC BANK BRASIL S.A., MULTIPAGOS, UNIBANCO S/A

Cliente <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</b>	Identificação para Débito <b>NET SERVICOS 5731761596265</b>	Mês Referência <b>Outubro/2023</b>	Vencimento <b>20/11/2023</b>	Valor <b>652,63</b>
--	--	---------------------------------------	---------------------------------	------------------------

**84690000006-4 52630162202-7 31120573000-6 00280442645-6**



Pague com **Pix** Clique Aqui



Cliente:  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Fatura:  
2311903305006

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 (R\$)
<b>Telefone: 1333719178--FRANQUIA 001</b>					
<b>FONE EMP ILIM BRASIL TOTAL 1L</b>					
22/09/2023	A	21/10/2023			33,14
<b>SubTotal</b>					<b>33,14</b>
<b>SERVICOS DIGITAIS FONE</b>					
22/09/2023	A	21/10/2023			7,50
<b>SubTotal</b>					<b>7,50</b>
<b>SubTotal</b>					<b>40,64</b>
<b>Total Serviço</b>					<b>40,64</b>

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
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO MIX HD FIDELIDADE	4,95	41,27
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	-0,05	-0,38
DESCONTO INTERRUPTAO DE SINAL	4,19	34,95
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	4,19	34,95
SUB TOTAL TV POR ASSINATURA		339,63
BANDA LARGA	16,38	90,99
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 300 MEGA FIDELIDADE	21,19	117,73
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 350 MEGA FIDELIDADE	-0,03	-0,18
DESC INTERRUPTAO SINAL VIRTUA	-0,03	-0,18
DESC INTERRUPTAO SINAL VIRTUA		208,36
SUB TOTAL BANDA LARGA		547,99

VALOR DA NOTA FISCAL:

547,99

ICMS Base de Cálculo: 434,79 Aliquota: 18,00% Valor: 78,25

Reservado ao Fisco

DBDA.34B3.B526.440E.8E73.88B2.B4D0.85D2

Reservado ao Fisco

- Contribuição para o FUST 1% e Funtel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassadas ao Cliente / TV Base de Cálculo de ICMS reduzida conf. Art. 18, IV do Anexo II do Decreto 45.440/00 - SP - Nota Fiscal Fatura emitida em via única conforme cláusula primeira, inciso II do Convênio ICMS nº 115/2003 / Central de Atendimento ANATEL 1330/Doc. Fiscal disp. em modo eletrônico conf. Regime Especial n. 095166/2020 / Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 78,25 - FUST TOTAL 4,54 - FUNTEL TOTAL 2,27

Novos Produtos contratados em 16/09/2023: Dados (BL PME 350 MEGA FIDELIDADE)

A oferta conjunta NET Virtua+ e composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais

SUA-ANTI-VIRUS PROT DIG 1 DEVEB-EX-IP-RS 7J-SKEELO EMPRESAS-RS 25 / SKEELO EMPRESAS-RS 25 / ANTI-VIRUS PROT DIG 1 DEVEB-EMP-RS 7

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 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: 01/11/2023 NF: 011928563  
Nº Fatura: 2311903305006 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:

7b98.da24.8e13.8e47.f5ab.541a.00d6.c71b

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
<b>TOTAL:</b>	<b>33,14</b>	<b>33,14</b>	<b>5,97</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

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

**Claro**  
**A INTERNET MULTICAMPEÃ, PRA CURTIR DENTRO E FORA DE CASA.**

BUSQUE:  
**CLARO.COM.BR / PORQUECLARO**

Consulte localidades com rede 5G, aparelhos compatíveis e mais informações em [www.claro.com.br/5G](http://www.claro.com.br/5G). Saiba mais sobre a pesquisa da Ookla® em [www.claro.com.br/porqueclaro](http://www.claro.com.br/porqueclaro)

SIGA @CLAROBRASIL

5G+  
Fibra+

f x i in y



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de CONCESSIONÁRIASNo. compromisso banco  
900003607

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

Nome  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
21/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

Empresa: CLARO SA

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Codigo de Barras: 84600000006-3 97350162202-9 31120573000-6 00280442622-5

Convenio de Arrecadacao: 00330010001004032025

Valor: R\$ 697,35

Data de Pagamento: 21/11/2023

Data da Transacao: 21/11/2023

Canal: PGFOR

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

Hora da Transacao: 17:12:46

Autenticacao: 3F10E37D39F2D619AEF2AC1

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

Tipo de Serviço  
20Complemento do Tipo de Serviço  
NF 121721618 REF 10 2023Central de Atendimento Santander  
Empresarial4004-2125 (Regiões Metropolitanas)  
0800-726-2125 (Demais Localidades)  
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

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

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

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

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





INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

AV NOVE DE ABRIL 02800 D.O  
CENTRO  
CUBATAO SP

Código  
573/176159189

Vencimento:  
20/11/2023

Valor:  
697,35

CPF/CNPJ  
14.512.229/0001-10

Forma de Pagamento:  
BOLETO BANCÁRIO

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

001/004

<p><b>Importante:</b></p> <p>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. Demais mensagens consideradas como importantes, encontra-se na NF da NET abaixo das informações sobre NF.</p>	<p>Minha NET:</p> <p><input type="checkbox"/> PLUS HD PME FID</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Claro net virtua</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FONE EMPRESA ILIM BR 1L</p>	<p>Descrição</p> <p><input type="checkbox"/> CLARO TV</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NET Fone</p>	<p>Total</p> <p>+</p> <p>44,04</p>
			<p>Valor Total</p> <p>697,35</p>

<p><input type="checkbox"/> Claro tv +</p> <p>Mensalidade Claro tv +</p> <table border="1"> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO</td><td>27,36</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO</td><td>27,36</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO</td><td>27,36</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO</td><td>27,36</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO</td><td>27,36</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID</td><td>142,67</td></tr> <tr><td><b>Sub-Total Mensalidade Claro tv +</b></td><td><b>252,11</b></td></tr> <tr><td colspan="2">A La Carte</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS</td><td>36,01</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD</td><td>41,27</td></tr> <tr><td><b>Sub-Total A La Carte</b></td><td><b>77,28</b></td></tr> <tr><td colspan="2">Pacotes de Filmes/Conteudo</td></tr> <tr><td>MENSALIDADE PACOTE NOW</td><td>19,90</td></tr> <tr><td><b>Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo</b></td><td><b>19,90</b></td></tr> <tr><td><b>Total Claro tv +</b></td><td><b>349,29</b></td></tr> <tr><td colspan="2">Claro net virtua</td></tr> <tr><td colspan="2">Mensalidade Claro net virtua</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS</td><td>152,01</td></tr> <tr><td>01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 400 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS</td><td>152,01</td></tr> <tr><td><b>Sub-Total Mensalidade Claro net virtua</b></td><td><b>304,02</b></td></tr> <tr><td><b>Total Claro net virtua</b></td><td><b>304,02</b></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> NET Fone</td><td></td></tr> </table>	01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36	01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36	01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36	01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36	01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36	01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	142,67	<b>Sub-Total Mensalidade Claro tv +</b>	<b>252,11</b>	A La Carte		01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	36,01	01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27	<b>Sub-Total A La Carte</b>	<b>77,28</b>	Pacotes de Filmes/Conteudo		MENSALIDADE PACOTE NOW	19,90	<b>Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo</b>	<b>19,90</b>	<b>Total Claro tv +</b>	<b>349,29</b>	Claro net virtua		Mensalidade Claro net virtua		01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01	01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 400 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01	<b>Sub-Total Mensalidade Claro net virtua</b>	<b>304,02</b>	<b>Total Claro net virtua</b>	<b>304,02</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NET Fone		<p>ASSINATURA</p> <p>Total NET Fone</p> <p>44,04</p> <p>44,04</p>
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36																																												
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36																																												
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36																																												
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36																																												
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	27,36																																												
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	142,67																																												
<b>Sub-Total Mensalidade Claro tv +</b>	<b>252,11</b>																																												
A La Carte																																													
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	36,01																																												
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	41,27																																												
<b>Sub-Total A La Carte</b>	<b>77,28</b>																																												
Pacotes de Filmes/Conteudo																																													
MENSALIDADE PACOTE NOW	19,90																																												
<b>Sub-Total Pacotes de Filmes/Conteudo</b>	<b>19,90</b>																																												
<b>Total Claro tv +</b>	<b>349,29</b>																																												
Claro net virtua																																													
Mensalidade Claro net virtua																																													
01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01																																												
01/10/23 A 31/10/23 OFERTA CONJUNTA BL PME 400 MEGA FIDELIDADE + APLICATIVOS	152,01																																												
<b>Sub-Total Mensalidade Claro net virtua</b>	<b>304,02</b>																																												
<b>Total Claro net virtua</b>	<b>304,02</b>																																												
<input checked="" type="checkbox"/> NET Fone																																													

CENTRO DE LUSIL  
100  
CÓDIGO GERENCIAI  
1302  
COMPETÊNCIA  
10/2023



\*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

Últimos Registros de Atendimento  
573234243188333, 573234240584021,  
573234240580979, 573234217331695,  
573234199069610

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 TRIANGULO S.A., BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, FATLOJ, MULTIPAGOS

<p>Cliente</p> <p>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE</p>	<p>Identificação para Débito</p> <p>NET SERVICOS 5731761591891</p>	<p>Mês Referência</p> <p>Outubro/2023</p>	<p>Vencimento</p> <p>20/11/2023</p>	<p>Valor</p> <p>697,35</p>
--	--	---	-------------------------------------	----------------------------

84600000006-3 97350162202-9 31120573000-6 00280442622-5





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

002 / 004

**Detalhamento de ligações NET FONE via Embratel**

**NET FONE VIA EMBRATEL**

PERIODO/DATA	TELEFONE DESTINO	LOCAL DESTINO	HORA INICIO	DURACAO	VALOR (R\$)	
Telefone: 1333290447--FRANQUIA 001						01/01
FONE EMPR ILIMITADO BRASIL 1L					36,54	
22/09/2023	21/10/2023				<b>36,54</b>	
				<b>SubTotal</b>		
SERVICOS DIGITAIS FONE					7,50	
22/09/2023	21/10/2023				<b>7,50</b>	
				<b>SubTotal</b>		
<b>SubTotal</b>					<b>44,04</b>	
<b>Total Serviço</b>					<b>44,04</b>	

CÓPIA



Claro NXT Telecomunicações S.A  
 Rua Henri Dunant,780  
 Santo Amaro  
 04.709-110 - São Paulo - SP  
 CNPJ 66.970.229/0001-67  
 IE - 114.166.101.115

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 - SERIE D01  
 CÓDIGO: 573/1761591 MÊS Outubro/2023  
 NÚMERO 0121721618 EMISSÃO: 08/11/2023  
 I.E: ISENTO VENCIMENTO: 20/11/2023  
 CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.

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

003 / 004

Discriminação do Serviço

	ICMS	
<b>TV POR ASSINATURA</b>		
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE TV PRINCIPAL SELEÇÃO PLUS HD PME FID	17,12	142,67
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE TELECINE HD	4,95	41,27
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE CANAL A LA CARTE HBO HD ELETRONICOS	4,32	36,01
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
01/10/23 A 31/10/23 ALUGUEL DE EQUIP HABILITADO	3,28	27,36
MENSALIDADE PACOTE NOW	2,39	19,90
<b>SUB TOTAL TV POR ASSINATURA</b>		<b>349,29</b>
<b>BANDA LARGA</b>		
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 600 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
01/10/23 A 31/10/23 MENSALIDADE VIRTUA BL PME 400 MEGA FIDELIDADE	21,60	120,01
<b>SUB TOTAL BANDA LARGA</b>		<b>240,02</b>
<b>TOTAL DA NOTA FISCAL</b>		<b>589,31</b>

ICMS Base de Cálculo 472,89 Alíquota 18,00% Valor 85,10

Reservado ao Fisco

EBCF.304A.57F7.6EF7.6463.3214.3C3D.5480

Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 85,10 - FUST TOTAL 4,86 - FUNTTEL TOTAL 2,42

- 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/Contral de Atendimento ANATEL 1331/Doc. Fiscal disp. em meio eletrônico conf. Regime Especial n. 095166/2020

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



CLARO S.A.  
RUA HENRI DUNANT - 780 - TORRE A  
CEP 04.709-110 -SAO PAULO-SP  
CNPJ 40432544000147  
I.E 114.814.878.119

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA**  
AV 9 DE ABRIL 02800  
CENTRO  
CUBATAO SP  
CPF/CNPJ 14512229000110

Código Cliente:  
**00155682626-0000**

UF: **SP** **VIA ÚNICA**  
NF: **011928562**  
SÉRIE **B1**  
DATA EMISSÃO: **01/11/2023**  
No. FATURA: **2311903304991**

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

004 / 004

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÃO**

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

Reservado ao Fisco:

9fd.19ad.0fc9.026d.5118.7fd6.020a.755b

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

**Mensagem**

1 - ESTE DOCUMENTO DESTINA-SE, APENAS, A ATENDIMENTO A INFORMAÇÕES DE CARATER FISCAL  
NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS  
Contribuição FUST NET FONE = R\$0,28 Contribuição FUNTEL NET FONE = R\$0,14  
Lei 12.741/12 - Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65% - ICMS TOTAL 6,58



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003611

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
24/11/2023Valor  
500,19Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
24/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDECPF/CNPJ do Pagador  
Original  
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original  
EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARESCPF/CNPJ do Beneficiário  
Original  
48.713.861/0001-43Nome/Razão Social do Pagador Efetivo  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo  
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida  
237 - BCO BRADESCO S ACódigo de Barras  
23792.06606.90000.001967.87000.118007.9.95300000047790

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

477,90

0,00

22,29

500,19

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 31251 REF 10 2023Autenticação Bancária  
3F10E37CD84D9A810553503**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)

**237-2**

23792.06606 90000.001967 87000.118007 9 95300000047790

168

Beneficiário EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: .		Agencia / Código Beneficiário 2066-4/0001180-0		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)	
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Nosso Número 09/00000019687-0		<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº. indicado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
Vencimento 10/11/2023	Para uso do banco	Número do Documento 31251-1	Espécie DM	Valor do Documento 477,90	
Recebemos o Título / Ausente com as características acima		Data	Assinatura		

X

**237-2**

23792.06606 90000.001967 87000.118007 9 95300000047790

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco ou correspondente não bancário.						Vencimento 10/11/2023
Beneficiário EMBARE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP - CNPJ: 48.713.861/C R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES 213 VILA BELMIRO SANTOS SP 11075350						Agência / Código Beneficiário 2066-4/0001180-0
Data do Documento 13/10/2023	Número do Documento 31251-1	Espécie Doc. DM	Aceite S	Data do Processamento 13/10/2023	Nosso Número 09/00000019687-0	
Uso do Banco	CIP	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor 477,90	
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.) Este documento não pode ser substituído por depósito/ordem de pagto. REF.: PEDIDO: 304319						( - ) Desconto / Abatimento
Cobrar juros de R\$ 0,91 por dia de atraso para pagamento após o vencimento. Cobrar multa de R\$9,56 para pagamento a partir de 11/11/2023.						( + ) Juros / Multa
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE Rua Amador Bueno 333 - C.J.1816 Centro 11013153 SANTOS SP						( = ) Valor Cobrado
Beneficiário Final:						CPF / CNPJ 14.512.229/0001-10 Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



X

**EMBARC COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EP**

R MONSENHOR DE PAULA RODRIGUES, 213 - VILA BELMIRO - CEP: 11075-350 - SANTOS - SP  
TEL: (13)3222-8564

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 000031251 fl. 1 / 1  
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO  
3523 1048 7138 6100 0143 5500 1000 0312 5113 8180 4879

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  
135231734581282 13/10/2023 08:23:58

169

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633183730111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

48.713.861/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ / CPF

14.512.229/0001-10

DATA DA EMISSÃO

13/10/2023

ENDEREÇO

Rua Amador Bueno, 333 CJ.1816

BAIRRO / DISTRITO

Centro

CEP

11013-153

DATA SAÍDA / ENTRADA

13/10/2023

MUNICÍPIO

SANTOS

FONE / FAX

(13)99705-5502

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

08:23:58

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	10/11/2023	477,90									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	477,90	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	477,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
508	SONDA NASOGASTRICA LONGA MARK MED Nº12	90183929	0102	5102	un	10,0000	1,6500	16,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1897	TALA METALICA C/ESPUMA 12X25CM - PCT. C/12	90211020	0102	5102	pc	1,0000	14,5000	14,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1899	TALA METALICA C/ESPUMA 19X25CM - PCT. C/12	90211020	0102	5102	pc	1,0000	21,5000	21,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6080	SONDA FOLLEY SILICONIZADA 2 VIAS Nº16 (WELL LEAD)	90183921	0102	5102	un	13,0000	5,8000	75,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6405	COLETOR DE URINA DESCARTAVEL C/BARBANTE 2LTS	39269030	0102	5102	un	500,0000	0,7000	350,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1202  
COMPETÊNCIA  
10/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

Pedido(s): 304319 Vendedor(es): 1724

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL  
DATA 13/10/23

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO DA SAÚDE

170

Ofício nº 1.542/2023/SMS/DAFS/llp

Cubatão, 06 de Outubro 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:

- 06 UNIDADES DE PARACETAMOL 200MG
- 14 CAIXAS C/ 50 UNIDADES – FITAS DESTRO ACCU CHEK (50 UNIDADES)
- 16 UNIDADES SONDA FOLEY Nº 16 2 VIAS
- 1 L - VASELINA LIQUIDA PARA USO HUMANO
- 1 CX C/24 UN - FIO SUTURA NYLON PRETO 3-0 45CM.
- 1 CX C/200 AMP - CLORETO DE SODIO 20% -10ML
- 1 CX C/50 AMP - CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 20 MG/ML SOL INJ 1ML – NEPRESOL.
- 1 CX C/ 200 FR - BROMETO DE IPRATROPIO 0,25 MG/ML SOL INAL X 20 ML GENERICO.
- 20 BNG - SULFATO DE NEOMICINA BACITRACINA ZINCICA 5 MG/G + 250 UI/G POM DERM BG AL X 15G (BEM HOSP) - BISNAGA C/ 15G
- 4 CX C/50 AMP - CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG/ML SOL INJ - PAMERGAN 2ML
- 1 PCTE (12 UNID) TAÇA METALICA COM ESPUMA 12X25 CM
- 1 PCTE (12 UNID) TALA METALICA COM ESPUMA 19X25 CM
- 13 UNID SONDA FOLLEY SILICONIZADA 2 VIAS N16
- 500 UNID COLETOR URINA DESCARTAVEL COM BARBANTE 2LTS.
- 10 UNID SONDA NASOGASTRICA LONGA N12

Atenciosamente,

  
Márcio Luiz Amorim de Oliveira  
**Secretário Municipal de Saúde Adjunto**





## 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 PAConvênio  
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Conta Débito  
0123-130041276

## Dados do Funcionário

Nome  
GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDACPF  
486.560.058-20Conta Informada  
0033-0123-000010664045Conta Salário  
0033-0123-000710456807Conta Creditada  
0033-0123-000010664045

## Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco  
900003509Nro Compromisso Cliente  
108Data do Crédito  
28/11/2023Valor R\$  
2.223,87Tipo de Pagamento  
CCHistórico  
Líquido de VencimentosTipo de Serviço  
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária  
EF872E0868212AD4E0EFF79Central 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 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: GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDA ( 000108 ) / Depto.: 0000

Cart.Trabalho: 00063794

Admissão:

Função:

N.Registro:

Serie: 00456

01/08/2018

TECNICO DE ENFERMAGEM

Livro : 1

Folha: 79

**PERÍODOS**

Período aquisitivo 01/08/2022 a 31/07/2023

Período Gozo das Férias 02/12/2023 a 25/12/2023

**BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS**

Faltas não Justificadas: 08 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.605,34	
012 Adicional de Insalubridade 20%	211,20	
597 1/3 Férias	605,51	
902 INSS Férias		198,18
CENTRO DE CUSTO 100. ----- CÓDIGO GERENCIAL 1005 ----- COMPETÊNCIA 11/2023 -----		
Totais	*****2.422,05	*****198,18
	Líquido:	*****2.223,87

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$2.223,87 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 Clarezza 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: GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDA		(000108) / Depto.: 0000
CTPS 00063794 / 00456	Admissão 01/08/2018	Função: 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 24 Dias	Faltas 08	Período aquisitivo 01/08/2022 a 31/07/2023	Período a ser gozado 02/12/2023 a 25/12/2023
Data 02/11/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/11/2023	Assinatura da Empresa		



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**  
SHIRLEY SANTOS DA SILVA**CPF**  
452.499.298-77**Conta Informada**  
0033-0123-000010775097**Conta Salário**  
0033-0123-000710499992**Conta Creditada**  
0033-0123-000010775097

## Dados do Pagamento

**Nro Compromisso Banco**  
900003510**Nro Compromisso Cliente**  
1013**Data do Crédito**  
28/11/2023**Valor R\$**  
2.746,44**Tipo de Pagamento**  
CC**Histórico**  
Liquidado de Vencimentos**Tipo de Serviço**  
Pagamento de Salários**Autenticação Bancária**  
EF872E04AF133B643567137**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 DE FÉRIAS****Capitulo VI - Titulo 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: SHIRLEY SANTOS DA SILVA		( 001013 ) / Depto.: 0015	
Cart.Trabalho: 19799	Admissão:	Função:	N.Registro:
Serie: 453	13/09/2022	TECNICO DE ENFERMAGEM	Livro : 1      Folha: 244

**PERÍODOS**

Período aquisitivo 13/09/2022 a 12/09/2023	Período Gozo das Férias 01/12/2023 a 30/12/2023
--	---

**BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS**

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.474,64	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	5,32	
151 DSR Ad. Noturno 40%	0,65	
597 1/3 Férias	914,87	
902 INSS Férias		342,19
913 IRRF Férias		70,32
<b>Totais</b>	*****3.659,48	*****412,51
	<b>Líquido:</b>	*****3.246,97

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1005  
COMPETÊNCIA  
11/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$3.246,97  
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: SHIRLEY SANTOS DA SILVA		(001013) / Depto.: 0015
CTPS 19799 / 453	Admissão 13/09/2022	Função: TECNICO DE ENFERMAGEM

**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

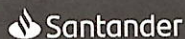
Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado acima solicita a concessão de abono pecuniário.

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 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 13/09/2022 a 12/09/2023	Período a ser gozado 01/12/2023 a 30/12/2023
Data 01/11/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/11/2023	Assinatura da Empresa		



## 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 PAConvênio  
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Conta Débito  
0123-130041276

## Dados do Funcionário

Nome  
GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDACPF  
486.560.058-20Conta Informada  
0033-0123-000010664045Conta Salário  
0033-0123-000710456807Conta Creditada  
0033-0123-000010664045

## Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco  
900003511Nro Compromisso Cliente  
108Data do Crédito  
29/11/2023Valor R\$  
422,65Tipo de Pagamento  
CCHistórico  
Líquido de VencimentosTipo de Serviço  
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária  
EF872E072576082F354A40CCentral 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 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: GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDA		( 000108 ) / Depto.: 0015	
Cart.Trabalho: 00063794	Admissão:	Função:	N.Registro:
Serie: 00456	01/08/2018	TECNICO DE ENFERMAGEM	Livro : 1      Folha: 79

**PERÍODOS**

Período aquisitivo 01/08/2022 a 31/07/2023	Período Gozo das Férias 02/12/2023 a 25/12/2023
--	---

**BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS**

Faltas não Justificadas: 08 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	1.979,71	
012 Adicional de Insalubridade 20%	211,20	
597 1/3 Férias	730,30	
902 INSS Férias		253,60
913 IRRF Férias		21,09
<b>Totais</b>	*****2.921,21	*****274,69
	<b>Líquido:</b>	*****2.646,52

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIAL  
1005  
COMPETÊNCIA  
11/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$2.646,52 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: GIOVANA DE MAGALHAES BRETAS ARRUDA		(000108) / Depto.: 0015
CTPS 00063794 / 00456	Admissão 01/08/2018	Função: 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 24 Dias	Faltas 08	Período aquisitivo 01/08/2022 a 31/07/2023	Período a ser gozado 02/12/2023 a 25/12/2023
Data 02/11/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 02/11/2023	Assinatura da Empresa		



## 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 PAConvênio  
0033-0123-008303883109CNPJ/CPF  
14.512.229/0001-10Conta Débito  
0123-130041276

## Dados do Funcionário

Nome  
SHIRLEY SANTOS DA SILVACPF  
452.499.298-77Conta Informada  
0033-0123-000010775097Conta Salário  
0033-0123-000710499992Conta Creditada  
0033-0123-000010775097

## Dados do Pagamento

Nro Compromisso Banco  
900003512Nro Compromisso Cliente  
1013Data do Crédito  
29/11/2023Valor R\$  
500,53Tipo de Pagamento  
CCHistórico  
Líquido de VencimentosTipo de Serviço  
Pagamento de SaláriosAutenticação Bancária  
EF872E0537645870B15D18BCentral 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 DE FÉRIAS****Capitulo VI - Titulo 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: SHIRLEY SANTOS DA SILVA		( 001013 ) / Depto.: 0000	
Cart.Trabalho: 19799	Admissão:	Função:	N.Registro:
Serie: 453	13/09/2022	TECNICO DE ENFERMAGEM	Livro : 1      Folha: 244

**PERÍODOS**

Período aquisitivo 13/09/2022 a 12/09/2023	Período Gozo das Férias 01/12/2023 a 30/12/2023
--	---

**BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS**

Faltas não Justificadas: 00 Dias

Descrição	Adicional	Desconto
009 Férias	2.006,67	
012 Adicional de Insalubridade 20%	264,00	
067 Adicional Noturno 40%	4,41	
151 DSR Ad. Noturno 40%	0,65	
597 1/3 Férias	758,58	
902 INSS Férias		267,17
913 IRRF Férias		20,70
<b>Totais</b>	*****3.034,31	*****287,87
	<b>Líquido:</b>	*****2.746,44

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1; em Santos a importância de R\$2.746,44 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 Clarezza 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: SHIRLEY SANTOS DA SILVA		(001013) / Depto.: 0000
CTPS 19799 / 453	Admissão 13/09/2022	Função: 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 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 13/09/2022 a 12/09/2023	Período a ser gozado 01/12/2023 a 30/12/2023
Data 01/11/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 01/11/2023	Assinatura da Empresa		