

# DESPESAS DO PERÍODO

ORDEM CRONOLÓGICA



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003588

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
01/11/2023Valor  
604,17Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
01/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARCPF/CNPJ do Pagador  
Original  
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original  
AUTO POSTO VILA NOVA LTDACPF/CNPJ do Beneficiário  
Original  
47.497.565/0001-90Nome/Razão Social do Pagador Efetivo  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo  
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida  
033 - BCO SANTANDER BRASIL S ACódigo de Barras  
03399.02538.63100.000288.04518.101011.7.95230000060417

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

604,17

0,00

0,00

604,17

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 819 REF 10 2023Autenticação Bancária  
3F10E37B16666D232D4C0F7

## Central de Atendimento Santander Empresarial


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


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

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

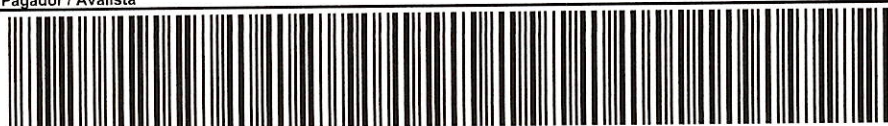
## Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

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

 <b>033-7</b>					<b>Recibo do Pagador</b>	
Local de Pagamento <b>Pagar preferencialmente no Banco Santander</b>					Vencimento <b>03/11/2023</b>	
Beneficiário <b>AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP</b>					Agência/Código Beneficiário <b>0981-0/0253631</b>	
Data do Documento <b>24/10/2023</b>	Nº do Documento <b>000000819</b>	Espécie Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>24/10/2023</b>	Nosso Número <b>2804518-1</b>	
Carteira <b>COBRANCA SIMPLES RCR</b>		Espécie <b>REAL</b>	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento <b>604,17</b>	
Instruções JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+ Mora	
					(+ Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO</b>					2804518-1	
					SP	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110	
					----- Autenticação Mecânica -----	

 <b>033-7</b>					<b>Ficha de Caixa</b>	
Local de Pagamento <b>Pagar preferencialmente no Banco Santander</b>					Vencimento <b>03/11/2023</b>	
Beneficiário <b>AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP</b>					Agência/Código Beneficiário <b>0981-0/0253631</b>	
Data do Documento <b>24/10/2023</b>	Nº do Documento <b>000000819</b>	Espécie Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>24/10/2023</b>	Nosso Número <b>2804518-1</b>	
Carteira <b>COBRANCA SIMPLES RCR</b>		Espécie <b>REAL</b>	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento <b>604,17</b>	
Instruções JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimento	
					(+ Mora	
					(+ Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO</b>					2804518-1	
					SP	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110	
					----- Autenticação Mecânica -----	

 <b>033-7</b> <b>03399.02538 63100.000288 04518.101011 7 95230000060417</b>						
Local de Pagamento <b>Pagar preferencialmente no B Santander</b>					Vencimento <b>03/11/2023</b>	
Beneficiário <b>AUTO POSTO VILA NOVA LTDA CNPJ: 47.497.565\0001-90 AV 9 DE ABRIL, 2916 CEP: 11.520-000, CUBATAO/SP</b>					Agência/Código Beneficiário <b>0981-0/0253631</b>	
Data do Documento <b>24/10/2023</b>	Num do Documento <b>000000819</b>	Espécie Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>24/10/2023</b>	Nosso Número <b>2804518-1</b>	
Carteira <b>COBRANCA SIMPLES RCR</b>		Espécie <b>REAL</b>	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento <b>604,17</b>	
Instruções: JUROS/MORA AO DIA: 0,33% MULTA DE 2,00% APOS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO TITULO APOS 5 DIAS DE ATRASO TITULO SUJEITO A PROTESTO					(-) Desconto	
					(-) Abatimentos	
					(+ Mora	
					(+ Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE R AMADOR BUENO,333 11013153 CENTRO</b>					2804518-1	
					SP	
Pagador / Avalista					CNPJ/CPF: 14512229000110	
					----- Autenticação Mecânica -----	



RECEBEMOS DE AUTO POSTO VILA NOVA LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		<b>NF-e</b> <b>N.º: 00000819</b> <b>SÉRIE: 002</b>
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 <b>AUTO POSTO VILA NOVA LTDA</b> AV 9 DE ABRIL, 2916 VILA NOVA CUBATAO SP CEP: 11520000 Telefone/Fax:	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	 CHAVE DE ACESSO DA NF-e PJ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR <b>3523 1047 4975 6500 0190 5500 2000 0008 1919 7935 3146</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora
	<b>SAÍDA</b> <b>N.º: 00000819</b> <b>SÉRIE: 002</b> Page 1 of 1	
NATUREZA DA OPERAÇÃO		
LANC DOC FISCAL REGISTRADO EM ECF - DE		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
283004394110		47.497.565/0001-90

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL		14512229000110	24/10/2023
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			DATA DA ENTRADA
ENDEREÇO		BARRIO/DISTRITO	CEP
R AMADOR BUENO,333		CENTRO	11013153
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
SANTOS	1397405642	SP	
			DATA DE SAÍDA
			24/10/2023

<b>FATURA/DUPLICATA</b>		
001	03/11/2023	604,17

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>						
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	604,17		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	604,17	

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

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	GASOLINA C COMUM	27101259	061	5929	LT	108,47	5,570	604,17	0,00	0,00	0,00	0	0

<b>CÁLCULO DO ISSQN</b>			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: AUTO POSTO VILA NOVA LT Val. Aprox. Tributos Estadual: 138,95 (23,00%), Federal: 77,93 (12,90%), Municipal: 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT - REFERENTE CF-e SAT: 104261, 107550, 109220, 111905	CENTRO DE CUSTO <u>100</u> CÓDIGO GERENCIAL <u>1314</u> COMPETÊNCIA <u>10/2023</u>
--	---

**AUTO POSTO VILA NOVA LTDA**47.497.565.0001-90  
Sequência da Fatura: 72804518Page 1 of 1  
24/10/2023 09:37**FATURA DE CLIENTE**

**Cliente:** 13112 INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Telefone:** 13974056429  
**Logradouro:** R AMADOR BUENO,333 **Bairro:** CENTRO  
**Cidade:** SANTOS **Estado:** SP **CNPJ:** 14.512.229/0001-10 **IE:** ISENT0

NÚMERO	EMISSÃO	VENCIMENTO	VALOR R\$	SEISCENTOS E QUATRO REAIS E DEZESSETE CENTAVOS					
000000819	24/10/2023	03/11/2023	604,17						
Origem	Nº Titulo	Emissão	Placa	Quantidade	Item	Valor	Odom. Atual	Odom. Anterior	Rendimento
CF	104261/1	02/10/2023	SDU-3F65	35,300	GASOLINA C COMUM	196,62	0	0	0,00
CF	107550/1	07/10/2023	SDU-3F64	28,410	GASOLINA C COMUM	158,24	0	0	0,00
CF	109220/1	10/10/2023	SDU-3F64	17,090	GASOLINA C COMUM	95,19	0	0	0,00
CF	111905/1	15/10/2023	SDU-3F64	27,670	GASOLINA C COMUM	154,12	0	0	0,00

**Total Item:** 604,17  
**Acréscimos Fatura (Juros + Acréscimos + Multa):** 0,00  
**Descontos Fatura (Descontos + Despesa Acessória + Taxa Cobrança):** 0,00  
**Total Fatura:** 604,17

**RESUMO**

Item	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
1 GASOLINA C COMUM	108,470	5,570	604,17
<b>Total</b>	<b>108,470</b>		<b>604,17</b>



Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES  
Comprovante de Pagamento de FGTS CÓDIGO DE BARRASNo. compromisso banco  
900003598

No. compromisso cliente

## Dados do Convênio

## Nome

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

## CNPJ/CPF

14.512.229/0001-10

## Convênio

0033-0123-004906738922

## Data da Solicitação

07/11/2023

## Agência/Conta Corrente

0123 / 000130041276

## Dados do Pagamento

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO RECOLHIMENTO - FGTS GRF

Empresa: FGTS GRF CONVENIO 0179  
Data de Validade: 07/11/2023  
Codigo de Barras: 85880000223-0 89670179231-6 10768205081-8 45122290001-6  
Valor Recolhido: R\$ 22.389,67  
CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Competencia: 10/2023  
Data da Transacao: 07/11/2023  
Data de Pagamento: 07/11/2023  
Canal: PGFOR  
Hora da Transacao: 17:17:32  
Convênio de Arrecadacao: 00336915000950017913  
Autenticacao: 3F10E37848077E164E936C4

Documento pago dentro das condicoes definidas no oficio DIFUG/GEPAS 135/2003.

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

20

## Complemento do Tipo de Serviço

FGTS 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)



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 06/11/2023 - 11:46:00

Cobefas

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 279.870,94	06-QTDE TRABALHADORES 102	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 10/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/11/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 22.389,67	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 22.389,67
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2023\*\*

858800002230 896701792316 107682050818 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 06/11/2023 - 11:46:00

CENTRO DE CUSTO  
100  
CÓDIGO GERENCIA  
1021  
COMPETÊNCIA  
10/2023

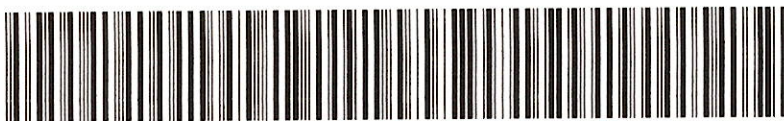
01-RAZÃO SOCIAL/NOME INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0013)33227379
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 279.870,94	06-QTDE TRABALHADORES 102	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 14.512.229/0001-10	11-COMPETÊNCIA 10/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/11/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 22.389,67	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 22.389,67
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2023\*\*

858800002230 896701792316 107682050818 451222900016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900003600

No. compromisso cliente

Data do Crédito  
08/11/2023Valor  
122,65Convênio  
0033-0123-004906738922Data da Solicitação  
08/11/2023Agência/Conta Corrente  
0123 / 000130041276Nome/Razão Social do Pagador Original  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDECPF/CNPJ do Pagador  
Original  
14.512.229/0001-10Nome/Razão Social do Beneficiário Original  
LORES COMERCIAL LTDACPF/CNPJ do Beneficiário  
Original  
00.480.407/0001-63Nome/Razão Social do Pagador Efetivo  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PACPF/CNPJ do Pagador Efetivo  
14.512.229/0001-10Instituição Financeira Favorecida  
237 - BCO BRADESCO S ACódigo de Barras  
23790.04506.90000.075193.26034.603204.9.95270000012237

Valor Nominal

Desc. / Abat.

Juros

Valor a Pagar

122,37

0,00

0,28

122,65

Tipo de Serviço  
Pagamento FornecedorComplemento do Tipo de Serviço  
NF 142185 REF 10 2023Autenticação Bancária  
3F10E370AA6D186B5D32A2F**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)





**LORES COMERCIAL LTDA**

R Joaquim Tavora, 65  
 Vila Mathias, Santos-SP CEP 11075300  
 Fone (13) 3234-9813  
 www.lores.com.br - vendas@lores.com.br

*Disponível para agendamento  
 após 2 dias úteis.*

**BRADESCO**

**237-2**

**Recibo do Pagador**

Beneficiário/CPF/CNPJ

LORES COMERCIAL LTDA

CNPJ(MF): 00.480.407/0001-63

**Recibo do Pagador**  
 Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R\$ 0.28  
 Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento  
 Este titulo refere-se a nota fiscal 142185  
 Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

Vencimento	07/11/2023
Nosso Número	09/00000751926-8
Número do Documento	142185
Agência/Código Beneficiário	045/0346032-0
(=) Valor do Documento	122,37

Pagador

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
 RUA AMADOR BUENO, 333 - 1816  
 11013151 - CENTRO - SANTOS - SP

CNPJ 14.512.229/0001-10

Beneficiario final

LORES COMERCIAL LTDA

**BRADESCO**

**237-2**

**23790.04506 90000.075193 26034.603204 9 95270000012237**

Local de Pagamento

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso

Beneficiário/CPF/CNPJ

LORES COMERCIAL LTDA  
 R Joaquim Tavora, 65 Vila Mathias, Santos-SP CEP 11075300  
 CNPJ(MF): 00.480.407/0001-63

Vencimento	07/11/2023
Agência/Código Beneficiário	045/0346032-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
10/10/2023	142185	DM	N	10/10/2023	09/00000751926-8
Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
09	REAL		x	122,37	

Instruções:

Apos o vencimento cobrar acrescidos de juros diarios de R\$ 0.28  
 Este titulo estará sujeito a protesto após o vencimento  
 Este titulo refere-se a nota fiscal 142185  
 Este titulo estará sujeito a protesto 5 dias após o vencimento

(Texto de responsabilidade do Cedente)

(-) Desconto	
(-) Abatimento	
(+) Mora	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

6410

Pagador

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE  
 RUA AMADOR BUENO, 333 - 1816  
 11013151 - CENTRO - SANTOS - SP

CNPJ 14.512.229/0001-10



Beneficiario final

LORES COMERCIAL LTDA

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



RECEBEMOS DE LORES COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO EMISSÃO: 10/10/2023		VALOR DA NOTA R\$ 122,37	NF-e Nº: 000.142.185 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	

<b>LORES COMERCIAL LTDA</b>   R Joaquim Tavora, 65 Vila Mathus Santos SP CEP: 11075-300 TELEFONE: (011) 33234-9813 E-MAIL:	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada <b>1</b> 1 - Saída <b>1</b> Nº <b>000.142.185</b> SÉRIE: <b>1</b> FOLHA: <b>1 de 1</b>	 CHAVE DE ACESSO 3523 1000 4804 0700 0163 5500 1000 1421 8511 4218 5179
		Consulta de autenticidade 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 e ou recebida de 3os.		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231717606283 - 10/10/2023 17:37:09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633341345117	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 00.480.407/0001-63

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		14.512.229/0001-10	10/10/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
RUA AMADOR BUENO 333 1816	CENTRO	11013-151	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Santos	(13) 3394-5103	SP	

<b>FATURA</b>	Data Vcto	Valor
Número		
001	07/11/2023	122,37

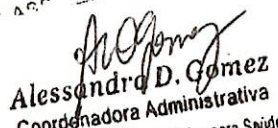
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>		BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	0,00	0,00	122,37
96,93	17,45			
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
			0,00	122,37

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL		0 - Rem.				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
0	GRANEL	DIVERSAS	0	0,000	0,000	

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	O CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
435	PLÁSTICO ADESIVO BRILHANTE PRETO 45CM LARG PLASTIFIK DAC	39189000	0 00	5102	MT	2,0000	5,61	11,22	11,22	2,02	0,00	18,00	0,00	0,00
2536	PLACA EVA LISO ROSA 40X48CM	64062000	0 00	5102	UN	10,0000	2,31	23,10	23,10	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00
3914	PLACA EVA LISO AZUL CLARO 40X48 CM	64062000	0 00	5102	UN	10,0000	2,31	23,10	23,10	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00
2532	PLACA EVA LISO AZUL 40X48CM	64062000	0 00	5102	UN	10,0000	2,31	23,10	23,10	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00
2215	CARTOLINA 140GR ROSA 50X60CM SCRITY	48025899	0 60	5405	UN	5,0000	1,30	6,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2222	PAPEL COLOR SET ROSA VMP	48102990	0 00	5102	UN	5,0000	1,26	6,30	6,30	1,13	0,00	18,00	0,00	0,00
1106	CARTOLINA 140GR AZUL 50X60CM SCRITY	48025899	0 60	5405	UN	5,0000	1,30	6,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1122	PAPEL COLOR SET AZUL ESCURO VMP	48102990	0 00	5102	UN	5,0000	1,26	6,30	6,30	1,13	0,00	18,00	0,00	0,00
8716	PAPEL CREPOM ENCERADO ROSA VMP	48081000	0 60	5405	UN	2,0000	3,11	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8468	PAPEL CREPOM ENCERADO AZUL VMP	48081000	0 60	5405	UN	2,0000	3,11	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5940	COLA BASTAO 46GR KAZ KAZ	35069190	2 00	5102	UN	1,0000	3,81	3,81	3,81	0,69	0,00	18,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO  
 100  
 CÓDIGO GERENCIAL  
 10211

ATESTO O RECEBIMENTO  
 DOS ITENS CONSTANTES  
 NESTA NOTA FISCAL Nº 000.142.185  
 DATA 13/10/23

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	RESERVADO AO FISCO COMPETENCIA 10/2023
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valor aproximado dos tributos: R\$ 15,37(12,561%) - Fonte: IBPT ; Entregar na sede Santos - Contrato de Gestao no. 003 18 e Termo Aditivo no. ADM 005 2023 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatão - SP ;SEP. LUCAS- CONF. CLAUDIO 1 VOL A3 17:20; LOCAL DE ENTREGA: RUA AMADOR BUENO, 333 - 1816 - CENTRO - SANTOS	ASSINATURA  Alessandra D. Gomez Coordenadora Administrativa INSTITUTO ALFA DE MEDICINA PARA SAUDE

Cubatão, 10 de Outubro de 2023.

**COMUNICAÇÃO INTERNA**

C.I. 158.2023 – 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 compra dos itens abaixo para ação referente ao "Outubro Rosa".

02 metros Plástico adesivo brilhante preto;  
10 und Placa EVA liso rosa;  
10 und Placa EVA liso azul claro;  
10 und Placa EVA liso azul;  
05 und Cartolina rosa 140gr;  
05 und Cartolina azul 140gr;  
05 und Papel color set rosa;  
05 und Papel color set azul;  
02 und Papel crepom encerado rosa;  
02 und Papel crepom encerado azul;  
01 und Cola bastao 40gr.

  
Ane Marotti  
Analista Adm III  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

**Instituto Alpha de Medicina para Saúde**



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900003599	No. compromisso cliente	Data do Crédito 08/11/2023	Valor 378,90
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

## Dados do Remetente

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

Convênio 0033-0123-004906738922	Data da Solicitação 08/11/2023	Agência/Conta Corrente 0123 / 000130041276
------------------------------------	-----------------------------------	---

## Dados do Destinatário

Nome VALDIRENE DA PENHA PEREIRA	CNPJ/CPF 252.421.298-08
------------------------------------	----------------------------

Tipo Conta  
Conta Corrente

Banco/ISPB 0260/18236120	Agência 00001	Conta Corrente 0000000000086121755	Valor 378,90
-----------------------------	------------------	---------------------------------------	-----------------

Finalidade  
Crédito em Conta

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço  
PENSAO ALIMENTICIA 10 2023

Autenticação Bancária  
3F10E372B2BFA1A5FEFC393

## 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)

(00220) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

LDM ASSESSORIA CONTABIL

Emissão: 08:39 01/11/2023

Relatório de Eventos Analítico de 01/10/2023 a 31/10/2023

Página: 001

**Evento : 920      Pensão Alimentícia**

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
001243	MANOEL TEOFIL0 DA ANUNCIACAO PEREIRA	25288295824	1.796,08	90:00		378,90
Tipo		Totais:	1.796,08	90:00		378,90
<input checked="" type="checkbox"/> Adiantamento	<input checked="" type="checkbox"/> Folha	<input checked="" type="checkbox"/> Folha complementar				
<input checked="" type="checkbox"/> Férias	<input checked="" type="checkbox"/> Rescisão	<input checked="" type="checkbox"/> Rescisão Complementar				
<input checked="" type="checkbox"/> 13º Adiantamento	<input checked="" type="checkbox"/> 13º Salário	<input checked="" type="checkbox"/> Resilição				

*Jaldirene de Souza Pereira*

CENTRO DE CUSTO  
 100  
 CÓDIGO GERENCIAL  
 1019  
 COMPETÊNCIA  
 10/2023