Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002380		03/02/2023	727,52

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
JOYCE DE LORENA RIBEIRO SALLES

CNPJ/CPF
412.567.988-60

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 0174
Conta 00000000000010217939

Número do Documento
900002380
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PENSAO ALIMENTICIA 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E37140FB13DC8A81560

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: 11:55 02/02/2023

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

Página: 001

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
000721	HEITOR DE MENDONCA SALLES	34239964806	1.701,17	90:00		727,52
		Totais:	1.701,17	90:00		727,52

Tipo

[X] Adiantamento [X] Folha [X] Folha complementar
[X] Férias [X] Rescisão [X] Rescisão Complementar
[X] 13º Adiantamento [X] 13º Salário [X] Resilição

Jorge da Costa Ribeiro

000153

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002387	5253419057	03/02/2023	1.220,19

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0123-004906738922

Conta Débito
0123 / 000130041276

Favorecido
MANOEL TEOFILO DA ANUNCIACAO P

CNPJ/CPF
252.882.958-24

Conta Creditada

Banco 0033
Agência 2007
Conta 00000000000010026978

Número do Documento
900002387
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E370059D5122319EEA0

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, Duzentos e Vinte Reais e Dezenove Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10%	=

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

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.

Número de Inscrição

NO INSS: 12544527031

NO CPF: 25288295824

Documento de identidade

Número 274221251 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
São Vicente	31/01/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$ 1.370,99

II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$

Soma....R$ 1.370,99

DESCONTO

III IRRF.....R$ 0,00

IV INSS.....R$ 150,80

V Outros.....R$ 0,00

VALOR LÍQUIDO R$ 1.220,19

Assinatura

Nome Completo

MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇAO PEREIRA

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, Duzentos e Vinte Reais e Dezenove Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10%	=

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

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.

Número de Inscrição

NO INSS: 12544527031

NO CPF: 25288295824

Documento de identidade

Número 274221251 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
São Vicente	31/01/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$ 1.370,99

II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$

Soma....R$ 1.370,99

DESCONTO

III IRRF.....R$ 0,00

IV INSS.....R$ 150,80

V Outros.....R$ 0,00

VALOR LÍQUIDO R$ 1.220,19

Assinatura

Nome Completo

MANOEL TEOFILO DA ANUNCIAÇAO PEREIRA

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1011
COMPETENCIA 01/2023

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 31 de Janeiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 015-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço RPA –Manoel Teófilo da Anunciação Pereira - Operador de RadioTarms

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 das RPAs compreendidas nos dias 01, 03, 05, 07, 09, 11, 15, 17, 21 e 23, em virtude da necessidade de cobertura de colaborador.

Rafael A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

000156

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002388	5253418093	03/02/2023	1.996,47

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
03/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
ELIANE APARECIDA CONTIJO

CNPJ/CPF
642.010.829-20

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0104/	03086	00000000000000209827	1.996,47

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E37816BE5D687AC6C49

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, Novecentos e Noventa e Seis Reais e Quarenta e Sete Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10%	=

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

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.

Número de Inscrição

NO INSS: 12276233704

NO CPF: 64201082920

Documento de identidade

Número 45033538 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
Praia Grande	31/01/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$ 2.243,22

II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$

Soma....R$ 2.243,22

DESCONTO

III IRRF.....R$ 0,00

IV INSS.....R$ 246,75

V Outros.....R$ 0,00

VALOR LÍQUIDO R$ 1.996,47

Assinatura

Nome Completo

ELIANE APARECIDA CONTIJO

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, Novecentos e Noventa e Seis Reais e Quarenta e Sete Centavos

Salário - Base	TAXA	Valor máximo p/ Reembolso
	X 10%	=

Valor já reembolsado no mês	Saldo

CARRETEIRO (CÁLCULO DO VALOR DO REEMBOLSO)

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.

Número de Inscrição

NO INSS: 12276233704

NO CPF: 64201082920

Documento de identidade

Número 45033538 Orgão Emissor SSP

Localidade	Data
Praia Grande	31/01/2023

ESPECIFICAÇÃO

I Valor do serviço prestado .....R$ 2.243,22

II Reembolso (10% de até o salário-base)...R$

Soma....R$ 2.243,22

DESCONTO

III IRRF.....R$ 0,00

IV INSS.....R$ 246,75

V Outros.....R$ 0,00

VALOR LÍQUIDO R$ 1.996,47

Assinatura

Nome Completo

ELIANE APARECIDA CONTIJO

CENTRO DE CUSTO 100

CODIGO GERENCIAL 1075

COMPETENCIA 01/2023

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão,31 de janeiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 017-2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Serviço RPA -Eliane Aparecida Contijo – Supervisora ADM

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 das RPAs compreendidas nos dias 02, 04, 06, 08, 10, 12, 14, 18, 20, 22, 24, 26, 28 e 30, em virtude da necessidade de cobertura de colaborador afastado pelo INSS.

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno nº 333 – Cj. 1816 – Centro – Santos/SP CEP 11013-153
Telefone: (13) 3322-7379 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002392

No. compromisso cliente
5237253038

Data do Crédito
06/02/2023

Valor
75,90

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
06/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AIR LIQUIDE BRASIL L

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
00.331.788/0001-19

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

Instituição Financeira Favorecida
745 - BCO CITIBANK S A

Código de Barras
74593.18015.07562.028006.00288.621980.9.92530000007590

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
75,90	0,00	0,00	75,90

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E376456AF79564F0443

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)

Identificação do emitente

Air Liquide Air Liquide Brasil LTDA.

RUA DONA ROSA PEREIRA, 157 - JD. CASQUEIRO - Cubatão - SP - CEP: 11533-110

Página 1 de 1

Nota de Locação Nº 0020325

Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	CNPJ	Data Emissão
283.052.575.119	100002115	00.331.788/0056-92	09/01/2023

Locatário

Nome/Razão Social	CNPJ:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

Endereço

AVENIDA MARTINS FONTES, 132

CEP: 11520-110 - VILA SANTA ROSA - CUBATAO - SP

Dados dos Produtos

Qtde.	Referência	Descrição	Vl. Unitário	Vl. Total
4	10087000	LOCAÇÃO DE CILINDROS OXIGENIO GASOSO MEDICINAL PQ. PORTE	18,9761	75,90
				75,90

CENTRO DE CUSTO 100

CÓDIGO GERENCIAL 1204

COMPETENCIA 01/2023

Dados Adicionais

Representante: 753 - Eneci Ruggeri - ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ1816-CENTRO-SANTOS-SP-11013-153 - CÓDIGO DO CLIENTE: 604521 - INST ALPHA - LOCAÇÃO NORMAL - LOCAL DE ENTREGA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AVENIDA MARTINS FONTES, 132 - VILA SANTA ROSA - 11520110 - CUBATAO - SP Lotes: - Condicao de Pagamento: 58 - 28 DIAS DA DATA - Este boleto foi enviado via correio e e-mail, pagar apenas uma via.

"Documento emitido em conformidade com as legislações do PIS - Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP, de que tratam o art. 239 da Constituição de 1988 e as Leis Complementares 7, de 07 de setembro de 1970, e 8, de 03 de dezembro de 1970. COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, instituída pela Lei Complementar 70 de 30/12/1991."

citi **Citibank S.A.** **745-5** Auteticação Mecânica **Recibo do Sacado**

Sacado	Cedente
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	AIR LIQUIDE BRASIL LTDA.

Agência/Código Cedente	Nosso Número	Vencimento	(=) Valor do Documento
001/0107562028	000028862198	06/02/2023	75,90

citi **745-5** **74593.18015 07562.028006 00288.621980 9 92530000007590**

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento: 06/02/2023

Cedente/Beneficiario: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA, Avenida Morumbi, 8234 04703-901 SANTO AMARO SAO PAULO SP — CNPJ 00.331.788/0001-19

Agência/Código Cedente: 001/0107562028

Data do documento	No. Do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
09/01/2023	0020325	DMI	N	09/01/2023	000028862198

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	180	R$			75,90

Instruções(Todas informações desde bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

JRS: Vl p/Dia Atraso - R$ 0,07 APOS 06.02.23

(-) Descontos

(-) Outras Deduções /Abatimento

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Sacador/Pagador

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

Endereço: AVENIDA MARTINS FONTES, 132 11520-110 VILA SANTA ROSA CUBATAO SP

Nota Fiscal: 0020325

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

###

Nº

Cliente: 604521 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA:_____ DE _____ DE 20 _____ ASSINATURA:_____

000161

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002390		06/02/2023	152,18

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
06/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Destinatário

Nome
LILIANA MIRANDA DE ARAUJO

CNPJ/CPF
029.734.236-35

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0756/02038232	03177	00000000000000025828	152,18

Finalidade
Crédito em Conta

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PENSAO ALIMENTICIA 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E374812AEC1D55FD39A

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: 11:54 02/02/2023

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

Página: 001

Evento : 920 Pensão Alimentícia

Código	Funcionário	CPF	Salário	Referência	Qtd. Evento	Valor do Evento
001066	DANIEL GREGORIO DE SOUZA	30591313847	1.796,08	24:00		152,18
	Totais:		1.796,08	24:00		152,18

Tipo

[X] Adiantamento [X] Folha [X] Folha complementar
[X] Férias [X] Rescisão [X] Rescisão Complementar
[X] 13º Adiantamento [X] 13º Salário [X] Resilição

Liliana Miranda de Araújo

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SANTOS
FORO DE SANTOS
2ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES
Praça José Bonifácio, s/nº, Salas 601 e 607, Centro - CEP 11013-910,
Fone: (13) 3222-4919, Santos-SP - E-mail: santos2fam@tjsp.jus.br
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

TERMO DE AUDIÊNCIA DE INSTRUÇÃO, DEBATES E JULGAMENTO

Processo Digital nº: **1006094-12.2020.8.26.0562**
Classe - Assunto **Procedimento Comum Cível - Reconhecimento / Dissolução**
Requerente: **Daniel Gregorio de Souza**
Requerido: **Liliana Miranda de Araújo e outro**

Justiça Gratuita

Aos 21 de setembro de 2021, às 15:00h, na sala de audiência da 2ª Vara de Família e Sucessões do Foro de Santos, Comarca de Santos, Estado de São Paulo, utilizando-se da ferramenta *Microsoft Teams*, realizada excepcionalmente por meio virtual, com a concordância prévia de todos os participantes, diante da Pandemia do COVID-19 e da impossibilidade de acesso irrestrito de pessoas ao prédio do fórum, sob a presidência da Meritíssima Juíza de Direito Dr(a). **SUZANA PEREIRA DA SILVA**, comigo Escrevente ao final nomeado(a), foi aberta a audiência de tentativa de conciliação, instrução, debates e julgamento, nos autos da ação entre as partes supra-referidas. Cumpridas as formalidades legais e apregoadas as partes, presentes o autor, D. G. de S., acompanhado de sua advogada, **Dra. Natalia de Freitas Sansone Carvalho, OAB/SP nº 347.578**, e a requerida L. M. da A., acompanhada de sua advogada, **Dra Maria Carolina Dondon Salum Silveira, OAB/SP nº 215355.** Presente o representante do Ministério Público, **Dr. Rafael de Paula Albino Veiga.** Iniciados os trabalhos a proposta conciliatória restou **PARCIALMENTE FRUTÍFERA**, nos seguintes termos: **1) DOS ALIMENTOS:** O pai pagará, a título de pensão alimentícia ao filho menor, o valor equivalente a 30% de seus vencimentos líquidos, excetuando-se apenas FGTS, PLR/PPR e verbas indenizatórias, com desconto em folha de pagamento mediante depósito em conta no Banco Sicoob 756 conta corrente nº 2582-8, agência 3177, sob a titularidade da mãe da menor, Sra. **LILIANA MIRANDA DE ARAÚJO – CPF: 029.734.236-35.** Em caso de desemprego ou emprego sem registro em CTPS, o pai pagará o valor correspondente a 40% do salário mínimo nacional vigente à época do pagamento, até o dia 10 (dez) de cada mês, mediante depósitos na conta bancária de titularidade da genitora do menor, informada acima. **2) DO REGIME DE GUARDA E VISITAS:** A guarda do menor ficará com a mãe. O pai exercerá períodos de convivência com o filho, em finais de semana alternados, quando buscará o filho no lar materno às 19h00 da respectiva sexta-feira e devolverá no mesmo local, às 19h00 do respectivo domingo, sempre com um período de tolerância de, no máximo de 30 minutos para mais ou para menos. Além disso, o pai exercerá uma visita semanal, às quartas-feiras, quando o pai buscará o filho na escola entre 17h00 e 19h00, e o entregará na escola entre 07h00 e 09h00 da manhã seguinte. Se houver necessidade de alteração na data de visitação, as partes informarão uma a outra com antecedência. No período de férias escolares, o filho ficará a metade do tempo com cada uma das partes, sendo os primeiros quinze dias com a mãe e os remanescentes com o pai, alternando-se nos anos seguintes. No aniversário do menor em 2021, ele passará com a mãe, e com o pai no ano seguinte, alternando-se nos anos seguintes. O Natal deste ano a criança passará com o pai e o Ano Novo com a mãe, alternando-se as festividades nos anos seguintes. No Dia dos Pais, Dia das Mães e aniversários dos mesmos, a criança ficará com o homenageado.

documento é cópia do original, assinado digitalmente por SUZANA PEREIRA DA SILVA, liberado nos autos em 21/09/2021 às 18:33 .
a conferir o original, acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 1006094-12.2020.8.26.0562 e código 757E4E6.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SANTOS
FORO DE SANTOS
2ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES
Praça José Bonifácio, s/nº, Salas 601 e 607, Centro - CEP 11013-910,
Fone: (13) 3222-4919, Santos-SP - E-mail: santos2fam@tjsp.jus.br
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

Nos feriados, ficou acordado o seguinte: 12 de outubro de 2021, o menor passará com a mãe, 02 de novembro de 2021, o menor passará com o pai, alternando-se nos feriados seguintes. As partes requerem a homologação do acordo parcial, desistindo do prazo recursal. Pelo Representante do Ministério Público foi dito que não havia nada a se opor, aguardando a homologação do acordo parcialmente formulado entre as partes. Na sequência, a Patrona do requerente informou que desiste da oitiva da testemunha Rodrigo, conforme consta na gravação que segue. Após, a Patrona da requerida informou que desiste da oitiva da testemunha Kátia, conforme consta na gravação que segue. Após, passou-se à instrução do feito, com relação às matérias controvertidas, onde foram ouvidas **as testemunha arroladas pelo Requerente, Sr. André Luiz de Moura,** portador do CPF nº 286.065.538-75, e **Sr. Kleber de Souza Queija,** portador do CPF nº 221.898.698-11 e **as testemunhas arroladas pela requerida, Sra. Silene Trindade,** portadora do CPF nº. 285.873.818-14 e **Sra. Thais Helena Sá Coelho,** portadora do CPF nº 199.349.178-31, todas inquiridas pela Meritíssima Juíza, na forma e sob as penas da lei. Não havendo óbice na utilização de sistema de gravação audiovisual em audiência, todas as ocorrências, manifestações, declarações e depoimentos foram captados em áudio e vídeo, sendo conferida a qualidade da gravação. **O arquivo com a gravação da audiência será armazenado no sistema informatizado-SAJ, com disponibilização para as partes. Em prosseguimento, pela MMª Juíza foi dito que:** "*Regularizados os autos, tornem conclusos. Saem os presentes cientes e intimados*". Nada mais. Eu, Luciana Candido, digitei.

MMª. Juíza:

Promotor(a):

Autor:

Advogado(a) do autor:

Réu(s):

Advogado(a) do réu:

Testemunha(s):

documento é cópia do original, assinado digitalmente por SUZANA PEREIRA DA SILVA, liberado nos autos em 21/09/2021 às 18:33 .
conferir o original, acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 1006094-12.2020.8.26.0562 e código 757E4E6.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SANTOS
FORO DE SANTOS
2ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES
PRAÇA JOSÉ BONIFÁCIO, S/Nº, Santos - SP - CEP 11013-910
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

SENTENÇA

Processo Digital nº:	**1006094-12.2020.8.26.0562**
Classe - Assunto	**Procedimento Comum Cível - Reconhecimento / Dissolução**
Requerente:	**Daniel Gregorio de Souza**
Requerido:	**Liliana Miranda de Araújo e outro**

Justiça Gratuita

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **SUZANA PEREIRA DA SILVA**

Vistos.

1) Fls. 795/796: Inicialmente, **homologo** as desistências das oitivas das testemunhas Rodrigo e Kátia, conforme postulado pelas partes.

No mais, em consonância com o parecer favorável do Ministério Público, **HOMOLOGO**, por sentença, para que produza seus jurídicos efeitos o acordo parcial celebrado pelas partes transcrito nas fls. 795/796, observando-se as cláusulas e condições fixadas no mencionado ajuste.

Em consequência, **JULGO EXTINTO** o processo, com análise do mérito, com fundamento no artigo 487, inciso III, alínea "b", do Código de Processo Civil, em relação aos pedidos de guarda, visitas e alimentos do menor, P.A.G., filho em comum das partes.

A sucumbência será fixada ao final, com eventual decisão sobre a união estável e partilha de bens, em que será verificada, com maior precisão, a sucumbência global diante de todos os pedidos do processo.

Certifique-se **imediatamente** o trânsito em julgado desta sentença, tendo em vista a desistência do prazo recursal.

Sem prejuízo, comunique-se às Seções Técnicas de Psicologia e Serviço Social Judiciário desta Comarca de Santos/SP acerca da presente homologação do acordo, com o consequente cancelamento da realização do estudo psicossocial determinado nos autos.

Providencie a serventia o necessário.

documento é cópia do original, assinado digitalmente por SUZANA PEREIRA DA SILVA, liberado nos autos em 21/09/2021 às 22:04 .
conferir o original, acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 1006094-12.2020.8.26.0562 e código 7583241.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SANTOS
FORO DE SANTOS
2ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES
PRAÇA JOSÉ BONIFÁCIO, S/Nº, Santos - SP - CEP 11013-910
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

Dê-se ciência ao Ministério Público.

2) Quanto ao pedido remanescente relativo a existência ou não de união estável anterior ao casamento, bem como acerca das questões envolvendo à partilha de bens, tendo em vista a desnecessidade da produção de novas provas, **declaro encerrada a instrução processual** e concedo as partes o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação de alegações finais.

Destarte, apresente o autor memoriais finais no prazo de 15 dias.

Após a apresentação dos memoriais pela parte ativa, ou decorrido o prazo *in albis*, intime-se a ré, por publicação na imprensa oficial, na pessoa de seu(sua) advogado(a), para apresentar alegações finais também no prazo de 15 dias.

3) Com os memoriais nos autos, ou decorrido o prazo *in albis*, tornem os autos conclusos para sentença.

A presente sentença servirá como OFÍCIO destinado ao empregador do alimentante visando à adequação dos descontos alimentares ao que acima fora decidido.

Nestes termos, **REQUISITO** ao Departamento de Recursos Humanos da empresa CAREFUL RESCUE SAUDE EIRELI, inscrita no CNPJ n.º 19.810.932/0001-28, a adoção das providências imediatas e necessárias no sentido de serem efetuados descontos mensais, a título de pensão alimentícia definitiva, favorável ao menor PEDRO ARAUJO GREGORIO, CPF nº 517.830.848-47, a partir do recebimento deste, na folha de pagamento de DANIEL GREGORIO DE SOUZA, portador da cédula de identidade RG n.º 33.253.595-2 SSP/SP, inscrito sob o CPF n.º 305.913.138-47, de quantia equivalente a 30% de seus vencimentos líquidos, excetuando-se apenas FGTS, PLR/PPR e verbas indenizatórias, mediante desconto em folha de pagamento e depósito em conta bancária de titularidade da genitora do menor.

A pensão alimentícia definitiva deverá ser paga mediante depósito no banco Sicoob 756, conta corrente nº 2582-8, agência 3177, sob a titularidade da representante legal do menor – LILIANA MIRANDA DE ARAÚJO, brasileira, portadora da cédula de identidade - RG nº 52.707.400-7 e inscrita no CPF (MF) sob o nº 029.734.236-35, residente e domiciliada na Avenida Presidente Wilson nº 05, apto 115- Gonzaga- Santos- SP, **ou qualquer outra conta bancária que ela porventura vier a apresentar diretamente ao empregador de** DANIEL GREGORIO DE SOUZA, sem a necessidade de intervenção do Judiciário, sendo o comprovante do referido depósito, a prova da quitação da respectiva pensão.

A resposta a este ofício deverá obrigatoriamente ser encaminhada via e-mail institucional deste cartório da 2ª Vara de Família e Sucessões da Comarca de Santos: **santos2fam@tjsp.jus.br**, ou via peticionamento eletrônico, nos termos do Comunicado n.º

e documento é cópia do original, assinado digitalmente por SUZANA PEREIRA DA SILVA, liberado nos autos em 21/09/2021 às 22:04 .
e código 7583241.
e processo 1006094-12.2020.8.26.0562 e código 7583241.
acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 1006094-12.2020.8.26.0562 e código 7583241.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SANTOS
FORO DE SANTOS
2ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES
PRAÇA JOSÉ BONIFÁCIO, S/Nº, Santos - SP - CEP 11013-910
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

879/2016 da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de São Paulo.

Cumpra-se. Intime-se.

Santos, 21 de setembro de 2021.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006, CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA

À empresa
CAREFUL RESCUE SAUDE EIRELI
Rua Doutor Carvalho de Mendonça, nº 518, Vila Belmiro,
Santos/SP - CEP. 11070-102

documento é cópia do original, assinado digitalmente por SUZANA PEREIRA DA SILVA, liberado nos autos em 21/09/2021 às 22:04 .
conferir o original, acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 1006094-12.2020.8.26.0562 e código 7583241.

000168

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002393	5237257460	06/02/2023	227,71

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
06/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AIR LIQUIDE BRASIL L

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
00.331.788/0001-19

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

Instituição Financeira Favorecida
745 - BCO CITIBANK S A

Código de Barras
74593.18015.07562.028006.00288.622103.1.92530000022771

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
227,71	0,00	0,00	227,71

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E37B2A9B34F7746A1A9

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)

Identificação do emitente

Air Liquide Brasil LTDA.

RUA DONA ROSA PEREIRA, 157 - JD. CASQUEIRO - Cubatão - SP - CEP: 11533-110

Página 1 de 1

Nota de Locação Nº 0020326

Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	CNPJ	Data Emissão
283.052.575.119	100002115	00.331.788/0056-92	09/01/2023

Locatário

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

CNPJ: **14.512.229/0001-10**

Endereço: **AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, SN**
CEP: 01153-003 - CASQUEIRO - CUBATAO - SP

Dados dos Produtos

Qtde.	Referência	Descrição	Vl. Unitário	Vl. Total
4	10060000	LOCAÇÃO DE CILINDROS OXIGENIO GASOSO MEDICINAL	18,9761	75,90
2	10063000	LOCAÇÃO DE CILINDROS AR SINTÉTICO MEDICINAL	18,9761	37,95
6	10087000	LOCAÇÃO DE CILINDROS OXIGENIO GASOSO MEDICINAL PQ. PORTE	18,9761	113,86
				227,71

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1204
COMPETÊNCIA
01/2023

Dados Adicionais

Representante: 753 - Eneci Ruggeri - ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ1816-CENTRO-SANTOS-SP-11013-153 - CÓDIGO DO CLIENTE: 604521 - INST ALPHA - LOCAÇÃO NORMAL - LOCAL DE ENTREGA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, SN - CASQUEIRO - 01153003 - CUBATAO - SP Lotes: - Condicao de Pagamento: 58 - 28 DIAS DA DATA - Este boleto foi enviado via correio e e-mail, pagar apenas uma via.

"Documento emitido em conformidade com as legislações do PIS - Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP, de que tratam o art. 239 da Constituição de 1988 e as Leis Complementares 7, de 07 de setembro de 1970, e 8, de 03 de dezembro de 1970. COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, instituída pela Lei Complementar 70 de 30/12/1991."

citi **Citibank S.A.** **745-5** Auteticação Mecânica **Recibo do Sacado**

Sacado			Cedente
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			**AIR LIQUIDE BRASIL LTDA.**
Agência/Código Cedente	Nosso Número	Vencimento	(=) Valor do Documento
001/0107562028	**000028862210**	**06/02/2023**	**227,71**

citi **745-5** **74593.18015 07562.028006 00288.622103 1 92530000022771**

Local de Pagamento **PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO**					Vencimento **06/02/2023**
Cedente/Beneficiario AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. CNPJ 00.331.788/0001-19 Avenida Morumbi, 8234 04703-901 SANTO AMARO SAO PAULO SP					Agência/Código Cedente **001/0107562028**
Data do documento 09/01/2023	No. Do Documento 0020326	Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 09/01/2023	Nosso Número **000028862210**
Uso do Banco	Carteira 180	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento **227,71**

Instruções(Todas informações desde bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

JRS: Vl p/Dia Atraso - R$ 0,22 APOS 06.02.23

(-) Descontos
(-) Outras Deduções /Abatimento
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Sacador/Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, SN 01153-003 CASQUEIRO CUBATAO SP
Nota Fiscal: 0020326

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

###

Nº

Cliente: 604521 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA:_____ **DE** _____ **DE 20** _____ **ASSINATURA:**_____

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002395

No. compromisso cliente
5244740322

Data do Crédito
06/02/2023

Valor
341,40

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
06/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚD

CPF/CNPJ do Pagador Original

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

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
17.232.837/0001-69

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02869.214003.00011.425170.6.92520000034140

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
341,40	0,00	0,00	341,40

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E37A773F3604073BA44

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

Recibo do Pagador 000171

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.425170 6 92520000034140

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

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

Sacador / Avalista.

Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
2869214000001142	16267	05/02/2023	341,40	

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

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17 / 27	R$		

Agência / Código do Beneficiário
01006-5 / 73122-6

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

BB Cobrança 2.07.02

Data Processamento
06/01/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
06/01/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

Autenticação Mecânica

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

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.425170 6 92520000034140

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Data de Vencimento
05/02/2023

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

Agência / Código do Beneficiário
01006-5 / 73122-6

Data do Documento	Nr do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso-Número
06/01/2023	16267	NF	N	06/01/2023	28692140000011425

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento
	17 / 27	R$			341,40

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto/Abatimento

(+)Juros/Multa

(=)Valor Cobrado

BB Cobrança 2.07.02

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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 06/01/23
ASS

Sacador / Avalista:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRACA TAQUARITINGA, 160

PQ FERN JORGE

Cubatao SP

CEP: 11500-060

Fone: (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA | 1

No: 000016267

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0117 2328 3700 0169 5500 1000 0162 6713 9123 4130

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

Protocolo de Autorização de Uso: 135230028942460 06/01/2023 16:35:14

351172328370001690001106004 4

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda		
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 283060995114	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ: 17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10	DATA EMISSÃO: 06/01/2023
ENDEREÇO: R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 11013-153	DATA DA SAIDA: 06/01/2023
MUNICÍPIO: SANTOS	FONE / FAX: (13) 339-4510	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA: 16:34:44

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	05/02/2023	341,40									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB.	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	122,39	341,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEG.	DESCONTO	OUT. DESP. ACESSÓRIAS	FCP	FCP ST	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	341,40

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-SEM OCORRENCIA				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG):	PESO LIQUIDO (KG):
-				-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1857484-1	COPO 180ML C/2500 BR COPOMAIS	39241000	0500	5405	CX	3	113,8000	341,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
01/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo n 02/2022 firmados entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao SP / Endereco para entrega: Av. 9 de abril, 2800 Centro Cubatao SP CEP 11510-00 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 122,39 (35,85%) Fonte : IBPT.
-

RESERVADO AO FISCO

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 06/01/23
ASS
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 06 de janeiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 003.2023 – 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 do item abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

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

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

000174

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002391

No. compromisso cliente
5237252137

Data do Crédito
06/02/2023

Valor
360,54

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
06/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AIR LIQUIDE BRASIL L

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
00.331.788/0001-19

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

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

Instituição Financeira Favorecida
745 - BCO CITIBANK S A

Código de Barras
74593.18015.07562.028006.00288.621634.9.92530000036054

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
360,54	0,00	0,00	360,54

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E374BB7E53C5A72AF0B

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)

000175

Air Liquide

Identificação do emitente
Air Liquide Brasil LTDA.
RUA DONA ROSA PEREIRA, 157 - JD. CASQUEIRO - Cubatão - SP - CEP: 11533-110

Página 1 de 1

Nota de Locação Nº 0020324

Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	CNPJ	Data Emissão
283.052.575.119	100002115	00.331.788/0056-92	09/01/2023

Locatário

Nome/Razão Social	CNPJ:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	**14.512.229/0001-10**

Endereço
AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800
CEP: 11510-001 - CENTRO - Cubatão - SP

Dados dos Produtos

Qtde.	Referência	Descrição	Vl. Unitário	Vl. Total
4	10060000	LOCAÇÃO DE CILINDROS OXIGENIO GASOSO MEDICINAL	18,9761	75,90
3	10063000	LOCAÇÃO DE CILINDROS AR SINTÉTICO MEDICINAL	18,9761	56,93
12	10087000	LOCAÇÃO DE CILINDROS OXIGENIO GASOSO MEDICINAL PQ. PORTE	18,9761	227,71
				360,54

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1204
COMPETÊNCIA
01/2023

Dados Adicionais
Representante: 753 - Eneci Ruggeri - ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO, 333 - CJ1816-CENTRO-SANTOS-SP-11013-153 - CÓDIGO DO CLIENTE: 604521 - INST ALPHA - LOCAÇÃO NORMAL - LOCAL DE ENTREGA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800 - CENTRO - 11510001 - CUBATÃO - SP Lotes: - Condicao de Pagamento: 58 - 28 DIAS DA DATA - Este boleto foi enviado via correio e e-mail, pagar apenas uma via.

"Documento emitido em conformidade com as legislações do PIS - Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP, de que tratam o art. 239 da Constituição de 1988 e as Leis Complementares 7, de 07 de setembro de 1970, e 8, de 03 de dezembro de 1970. COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, instituída pela Lei Complementar 70 de 30/12/1991."

citi **Citibank S.A.** **745-5**

Auteticação Mecânica **Recibo do Sacado**

Sacado	Cedente
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	**AIR LIQUIDE BRASIL LTDA.**

Agência/Código Cedente	Nosso Número	Vencimento	(=) Valor do Documento
001/0107562028	**000028862163**	**06/02/2023**	**360,54**

citi **745-5** **74593.18015 07562.028006 00288.621634 9 92530000036054**

Local de Pagamento **PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO**	Vencimento **06/02/2023**
Cedente/Beneficiario AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. CNPJ 00.331.788/0001-19 Avenida Morumbi, 8234 04703-901 SANTO AMARO SAO PAULO SP	Agência/Código Cedente **001/0107562028**
Data do documento 09/01/2023; No. Do Documento 0020324; Espécie doc. DMI; Aceite N; Data Processamento 09/01/2023	Nosso Número **000028862163**
Uso do Banco; Carteira 180; Espécie R$; Quantidade; Valor	(=) Valor do Documento **360,54**
Instruções(Todas informações desde bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) JRS: Vl p/Dia Atraso - R$ 0,36 APOS 06.02.23	(-) Descontos (-) Outras Deduções /Abatimento (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Sacador/Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800 11510-001 CENTRO Cubatão SP
Nota Fiscal: 0020324

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

###

Nº

Cliente: 604521 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA:_____ **DE** _____ **DE 20** _____ **ASSINATURA:**_____

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002394	5244737450	06/02/2023	438,90

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
06/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SA

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
KALUNGA SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
43.283.811/0001-50

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.62223.84079.719146.00004.400115.2.92510000043890

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
438,90	0,00	0,00	438,90

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
3F10E375070A62B17E180D8

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)

[bb.com.br] - Boleto gerado pelo sistema 2a VIA BOLETO . 13/01/2023 17:34:52

INSTRUÇÕES:

JRS: VL P/DIA ATRASO R$0,15 A PARTIR DE 05/02/23 MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 05/02/2023. . . . . .

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Física.

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Jurídica.

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.62223 84079.719146 00004.400115 2 92510000043890

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
Instituto Alpha de Medicina Para Sa CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
R Amador Bueno 333 cj 1816, Santos -SP CEP:11013151

Beneficiário Final

Nosso-Número	Nr. Documento	Data do Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
6222840797-4	3601003601	04/02/2023	438,90	438,90

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
KALUNGA SA CPF/CNPJ: 43.283.811/0001-50
ARUANA 150 TAMBORE BARUERI SP-06.460-010

Agência/Código do Beneficiário
1914-3 / 4400-8

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.62223 84079.719146 00004.400115 2 92510000043890

Local de Pagamento
PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ
KALUNGA SA CPF/CNPJ: 43.283.811/0001-50

Data do Documento	Nr Documento	Espécie DOC	Aceite	Data do Processamento
05/01/2023	3601003601	DM	N	13/01/2023
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie**	**Quantidade**	**xValor**
3601003601	11	R$	0.00000	

Informações de Responsabilidade do Beneficiário
JRS: Vl p/Dia Atraso R$0,15 A PARTIR DE 05/02/23
MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 05/02/2023

Data de Vencimento
04/02/2023

Agência/Código do Beneficiário
1914-3 / 4400-8

Nosso-Número
6222840797-4

(=) Valor do Documento
438,90

(-) Desconto/Abatimento

(-) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
438,90

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
Instituto Alpha de Medicina Para Sa CPF/CNPJ: 14.512.229/0001-10
R Amador Bueno 333 cj 1816,
Santos-SP CEP:11013151

Beneficiário Final

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

RECEBEMOS DE KALUNGA SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 281333 SÉRIE 1

Kalunga

Kalunga SA
Av Ana Costa,64
Gonzaga
Santos-SP

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA | 1

Nº 281333
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

3523 0143 2838 1102 3605 5500 1000 2813 3315 9906 0120

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
SAIDA DE VENDA	135230022293827 05/01/2023 15:30:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	
633892607116		43.283.811/0236-05	NF-E

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
Instituto Alpha de Medicina Para Sa	14.512.229/0001-10	05/01/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DT SAÍDA / ENT
R Amador Bueno , 333 Rua cj 1816	Centro	11013-151	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HR SAÍDA / ENT.
Santos	1333-5103	SP		

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOT. DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	438,90

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	**438,90**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE, 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			6,200	6,200

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD.PROD	DESCRICAO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	ICMS
671635	Teclado usb multimidia preto TC206 Multilaser CX 1 Merc Sujeita ao Reg Subst Tribut conforme Anexo XXII da Portaria CAT n 682019	84716052	260	5405	CX	10	33,90	339,00	0,00	0,00	0,00
436527	Mouse optico usb classic box full black MO300 Mult Merc Sujeita ao Reg Subst Tribut conforme Anexo XXII da Portaria CAT n 682019	84716053	260	5405	CX	10	9,99	99,90	0,00	0,00	0,00

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1212
COMPETÊNCIA 01/2023

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 05/01/23
ASS

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONFERIDO
09/01/22

VENDEDOR

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

DADOS ADICIONAIS

Nova Razao Social: Kalunga SA
Val Aprox Tributos: R$ 170,67 (39%) Fonte: IBPT
Em caso de devolucao e necessario emitir Nota Fiscal de Devolucao conforme Art. 125, I, RICMS
Trocas em ate 7 dias somente por defeito

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Cubatão, 05 de janeiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 002.1.2023 – Alpha - Cubatão

Ao
Alpha Instituto

A/C: Diretoria Financeira

Ref.: Material de consumo - Informática

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 utilização no Pronto Socorro Central e Infantil.

Teclado ABNT – 10 unidades
Mouse óptico – 10 unidades

Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

000180

Santander Internet Banking

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

Detalhe do Crédito

Dados do convênio

Convênio:	**0033-0123-008303883109**	Empresa:	**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**
Conta de Débito:	**0123-130041276**		

Dados do funcionário

Nome do Funcionário:	**BRUNO GOMES PESSOA**	CPF do Funcionário:	**403.972.878-52**
Número do Cliente:	**123**		

Dados do pagamento

Tipo de Pagamento:	**CC**	Número do Pagamento:	**900002513**
Número da Remessa:	**202302070433FG915322**	Data de Pagamento:	**07/02/2023**
Data do Agendamento:	***07/02/2023***	*Data do Débito:*	***07/02/2023***
Histórico:	**Liquido de Vencimentos**	Situação do Pagamento:	**Efetivado**
Motivo:		Valor:	**R$ 2.512,85**
Data da Autorização:	**07/02/2023 09:38:28**	Último Usuário Autorizador:	**0008457067**
Tipo de Serviço:	**Pagamento Salários**	Complemento do Tipo de Serviço:	
Banco, Agência, Conta Informada:	**0033-3112-000010829643**		
Banco, Agência, Conta Salário:	**0033-3112-000713168021**		
Banco, Agência, Conta Final:	**0033-3112-000010829643**		

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

PERÍODOS

Período aquisitivo 01/08/2021 a 31/07/2022	Período Gozo das Férias 09/02/2023 a 10/03/2023

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%	260,40	
067 Adicional Noturno 40%	447,19	
151 DSR Ad. Noturno 40%	83,61	
597 1/3 Férias	694,72	
902 INSS Férias		216,67
913 IRRF Férias		49,37
Totais	**********2.778,89	**********266,04
	Líquido:	**********2.512,85

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO SIGILENCIAL
1005
COMPETÊNCIA
02/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos a importância de R$ 2.512,85
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 30 Dias	Faltas 00	Período aquisitivo 01/08/2021 a 31/07/2022	Período a ser gozado 09/02/2023 a 10/03/2023
Data 10/01/2023	Assinatura do Funcionário		
Data 10/01/2023	Assinatura da Empresa		

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002404

No. compromisso cliente

Data do Crédito
07/02/2023

Valor
1.138,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
07/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUD

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI . EPP

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
21.247.290/0001-42

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02928.055009.01321.196170.1.92330000113850

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.138,50	0,00	0,00	1.138,50

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 13298 REF 12 2022

Autenticação Bancária
3F10E373A87CB1F5CFB036F

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)

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Autoatendimento BB.

Instruções

1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL | 001-9

Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso Número
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL LTDA	R$		29280550001321196-6

Endereço
RUA DOS JESUITAS 550 ALTOS LOTE 12 CIDADE INDUSTRIA GUARULHOS SP - 7231060

Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento
13298	19718063	21.247.290/0001-42	07/02/2023	1.138,50

(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
				1.138,50

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUD - 14.512.229/0001-10

Autenticação mecânica

Instruções
JRS: VI p/Dia Atraso R$ 3,76 desde: 08.02.2023
MULTA DE 2,00 % A PARTIR DE 08/02/2023
NAO RECEBER APOS 90 DIA(S) DO VENCIMENTO.
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02928.055009 01321.196170 1 92330000113850

Pagável em qualquer banco até o vencimento — 07/02/2023

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL LTDA	4770-8 / 38252-3

Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
28/12/2022	13298	DM	N	01/02/2023	29280550001321196-6

Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	Valor Documento
17	R$			1.138,50

Instruções
JRS: VI p/Dia Atraso R$ 3,76 desde: 08.02.2023
MULTA DE 2,00 % A PARTIR DE 08/02/2023
NAO RECEBER APOS 90 DIA(S) DO VENCIMENTO.
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 03/01/2023
ASS
Rafael de A. Mendonca
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(-) Mora/Multa	
(-) Outros Acrescimos	
(=) Valor Cobrado	1.138,50

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUD - 14.512.229/0001-10
RUA AMADOR BUENO - 333
SANTOS - SP - 11013-153

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

Imprimir | Gerar PDF | Fechar | Pagar - gerenciador financeiro | Pagar - sua conta

RECEBEMOS DE SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 27/12/2022 VALOR TOTAL: R$ 1.138,50 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - RUA AMADOR BUENO, 333 - CONJ 1816 CENTRO SANTOS-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 13.298
Série 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SPECIAL CRYO GASES DO BRASIL EIRELI - EPP - FILIAL
R FREI GASPAR, 3909
CIDADE NAUTICA - 11350-000
SAO VICENTE - SP Fone: (13) 3371-0200

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 13.298
Série 1
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3522 1221 2472 9000 0223 5500 1000 0132 9810 0013 7158

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 OU RECEBIDA DE TERCEIROS**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135221820395243 - 27/12/2022 11:58:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
657.377.711.110		21.247.290/0002-23

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	27/12/2022

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
RUA AMADOR BUENO, 333 - CONJ 1816	CENTRO	11013-153	

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
SANTOS	SP			

FATURA / DUPLICATA
Num. 001
Venc. 17/01/2023
Valor R$ 1.138,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.138,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.138,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	(9) Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
29	GAS/CILINDRO			117.000,000	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
24002	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 2.2 NA ONU1072 - CAP 3,00M3 8 Cilindro(s)	28044000	0102	5102	M3	24	30,90	741,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24002	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 2.2 NA ONU1072 - CAP 1,00M3 8 Cilindro(s)	28044000	0102	5102	M3	8	18,90	151,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24002	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 2.2 NA ONU1072 - CAP 1,00M3 13 Cilindro(s)	28044000	0102	5102	M3	13	18,90	245,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 03/01/2023
ASS

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1224
COMPETÊNCIA 12/2022

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO 22549|Titulos: Nro 18848/1 Venc. 17-01-2023 Valor 1138,50|Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples nacional. Nao gera direito a credito fiscal de IPI. |DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO.|Local de entrega Pronto Socorro Municipal do Municipio de Cubatao Avenida Nove de Abril, n 2800 Centro Cubatao SP Lote:SG-O-252/22 FAB:23/11/22|Valor [illegible]

RESERVADO AO FISCO