ALPHA INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

NOTA EXPLICATIVA

TRANSFERÊNCIA À CRÉDITO EM 13/02/2023 NO VALOR DE R$ 707,70 REFERENTE PAGAMENTO DE ISSQN SOBRE NF.47 – FELIPE MENDES SERVIÇOS MÉDICOS LTDA – CNPJ. 27.085.201/0001-95.

PAGAMENTO DE GUIA DE ISSQN DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO EFETUADO EM 10/02/2023 NO VALOR DE R$ 35.848,07 REFERENTE ISSQN S/ NFS DO MÊS DE JANEIRO/2023, CONFORME RELAÇÕES ANEXAS.

PAGAMENTO TOTAL EFETUADO ATRAVÉS DA CONTA 13004127-6 AGÊNCIA 0123 – BANCO SANTANDER – PROJETO CUBATÃO.

PARTE DO VALOR RESSARCIDO PELO PROJETO POÁ, CONFORME DESCRITO ABAIXO.

RATEIO:

ISSQN S/ NFS – PROJETO POÁ – R$ 707,70

DOCUMENTOS ANEXOS.

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) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

000316

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002022		13/02/2023	707,70

Dados do Remetente

Nome
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0123-004906814912

Conta Débito
0123 / 000130043467

Favorecido
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF
14.512.229/0001-10

Conta Creditada

Banco	0033
Agência	0123
Conta	00000000000130041276

Número do Documento
900002022
Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
ISSQN NF 47 FELIPE MENDES REF 12 2022

Autenticação Bancária
8896B8FA2E66BAB85E98157

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES, S/N - CENTRO - CUBATAO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	47	06/01/2023	VZXA-WXBZ

FELIPE MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

11520-010 - RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 638 - VILA NOVA
CUBATÃO - SP - CEP: 11520-010
CNPJ/CPF: 27.085.201/0001-95 Inscr. Estadual/RG:
Email:
Telefone: Inscrição Municipal: 100009918

Local do Serviço: 612 -PRESTAÇÃO DE SERVIÇO FORA DO MUNICÍPIO DE CUBATÃO COM RETENÇÃO
Natureza Operação: Prestação de Serviços
Atividade: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. (*)

Dados do Tomador de Serviço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
Av. Amador Bueno, 333 - Conjunto 1816 - CENTRO
SANTOS - SP - CEP: 11013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual: ISENTO Inscrição Municipal:
E-mail: financub@alphainstituto.com.br
End. Cobrança:

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor	Valor Total
1	1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE COORDENAÇÃO MÉDICA PRONTO ATENDIMENTO GUIDO GUIDA Período de 01/12/2022 À 31/12/2022 CONTRATO DE GESTÃO 001/2022 - Prefeitura da Estância Hidromineral de Poá x Instituto Alpha de Medicina para Saúde Valor Bruto: R$ 21.000,00	21.000,00	21.000,00

Valor Aprox. Tributos: R$ 3725.40 (17.74%) Fonte LEI 12741

Eddy Weison Farias
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 09/01/23
ASS

CENTRO DE CUSTO 180
CÓDIGO GERENCIAL 1401
COMPETÊNCIA 10/2022

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL e NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.

Observação:

Total dos Serviços		21.000,00
Total de Deduções		0,00
ISS RETIDO	3,37%	707,70

Total da Nota	RETENÇÕES						Total Líquido
	ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	
21.000,00	707,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.292,30

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: http://www.cubatao.sp.gov.br

Recortar Aqui

Data Emissão 06/01/2023	RECEBI DA EMPRESA FELIPE MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
Número da NF 47	Local / Data — Assinatura
Chave VZXA-WXBZ	

Santander

000318

Emissão 2ª Via

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de TRIBUTO FEDERAL COD. BARRAS

No. compromisso banco
900002418
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
13/02/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Agente Arrecadador:	CNC 033 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Codigo de Barras:	85830000000-9 29760385230-6 79070123034-7 80596474819-5
Data de Pagamento:	13/02/2023
Numero do Documento:	07.01.23034.8059647-4
Valor Total:	R$ 29,76
Autenticacao:	3F10E370B563FD926E23C1A
Convenio de Arrecadacao:	00336916000900000097
Tipo de Pagamento:	TRIBUTOS FEDERAIS DARF NUMERADO
Data de Vencimento:	20/03/2023
Canal:	PGFOR

Comprovante de pagamento emitido de acordo com o ADE conjunto CODAC/COTEC nro. 01 de 31/10/2011.

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Transacao efetivada em:	13/02/2023
Hora da Transacao:	10:37:51

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
PCC NF 35400 PROMEDIC REF 01 2023

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

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

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

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

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

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

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

Período de Apuração	Data de Vencimento	Número do Documento	Pagar este documento até
28/02/2023	20/03/2023	07.01.23034.8059647-4	20/03/2023

Observações

PCC NF 35400 PROMEDIC - 01/2023 CUBATÃO

Sicalc Contribuinte - 7071 - SP

Valor Total do Documento: 29,76

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	29,76			29,76
	07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO				
	PA 02/2023 Vencimento 20/03/2023				
	Totais	**29,76**	**0,00**	**0,00**	**29,76**

SENDA (Versão:5.1.4) Página: 1 / 1 03/02/2023 09:39:35

85830000000 9 29760385230 6 79070123034 7 80596474819 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000000 9 29760385230 6 79070123034 7 80596474819 5

CNPJ:	14.512.229/0001-10
Número:	07.01.23034.8059647-4
Pagar até:	20/03/2023
Valor:	29,76

Pague com o PIX

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES - CENTRO - CUBATAO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	35400	01/02/2023	NURW-YZKD

Promedic

PROMEDIC PREVENCAO E ORIENTACAO MEDICA INDUST. E COMERCIAL LTDA - EPP

11500-090 - RUA MARECHAL CARMONA, 194 - JD ANCHIETA
CUBATAO - SP - CEP: 11500-090
CNPJ/CPF:01.799.597/0001-49 Inscr. Estadual/RG:
Email:
Telefone: CCM 9590 Inscr. Municipal: 0097934

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO
Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 02/2023
Atividade: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Nota Fiscal Fatura	Fatura Nro	35400	Valor R$	610,24	Vencimento	13/01/2023

Dados do Tomador de Serviço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333 - CENTRO
SANTOS - SP - - CEP: 11.013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail:
End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF: Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
- - - - CEP:

Valor por extenso	SEISCENTOS E DEZ REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	1	Exames clínicos e laboratoriais - 01/01/2023 ATÉ 31/01/2023	640,00	640,00

Valor Aprox. Tributos: R$ 91,71 (14,33%) **Fonte:** 12741/2012

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1027
COMPETÊNCIA
01/02/23

Observação:

Forma de Pagamento: Única

Total dos Serviços		640,00
Total de Deduções		0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%	19,20
Desc. Incondicionado		0,00
Desc. Condicionado		0,00

Total da Nota	RETENÇÕES							Total Líquido
	ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	OUTROS	
640,00	0,00	0,00	4,16	19,20	6,40	0,00	0,00	610,24

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.cubatao.sp.gov.br

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

000321

No. compromisso banco
900002420

No. compromisso cliente

Data do Crédito
13/02/2023

Valor
138,98

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
13/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAu00da

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
06.103.122/0001-90

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
00190.00009.02837.074000.00546.201179.1.92610000013898

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
138,98	0,00	0,00	138,98

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
COMPRA DE MATERIAL MEDICO ENFERMAGEM

Autenticação Bancária
3F10E37AA6B9DC15C0DCC7F

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **Recibo do Pagador**

Beneficiário Ballke Produtos Hospitalares LTDA-EPP	Agência/Código Beneficiário 3288-3 / 00132390-3	CPF/CNPJ Beneficiário 06.103.122/0001-90	Vencimento 14/02/2023
Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE	Nosso Número 28370740000546201	N. do documento 546201	Data Documento 13/02/2023
Endereço Beneficiário Rua Marechal Deodoro, 826, Sala 02, Centro - Concórdia - SC - CEP: 89700-003			Valor Documento 138,98

Demonstrativo

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 02837.074000 00546.201179 1 92610000013898**

Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento.					Vencimento 14/02/2023
Beneficiário Ballke Produtos Hospitalares LTDA-EPP - CPF/CNPJ: 06.103.122/0001-90 Rua Marechal Deodoro, 826, Sala 02, Centro - Concórdia - SC - CEP: 89700-003					Agência/Código beneficiário 3288-3 / 00132390-3
Data do documento 13/02/2023	N. do documento 546201	Espécie doc DM	Aceite N	Data processamento 13/02/2023	Nosso número 28370740000546201
Uso do banco	Carteira 17	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor documento 138,98

Instruções

1 - Nao receber apos o vencimento.
2 - Nao deve ser pago com cheque.
3 - O pedido sera despachado mediante identificacao deste pagamento.
4 - Este boleto nao pode ser substituido por DOC/TED/DEPOSITO ou Transferencia Bancaria pois o sistema nao acusa esse tipo de recebimento.

(-) Descontos/Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE
Avenida Nove de Abril, Centro - Cubatao - SP - CEP: 11510-003

Sacador / Avalista

Código de baixa

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

000323

4302

RECEBEMOS DE GRUPO BALLKE MAGAZINE MEDICA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e
Nº. 000.470.296
SÉRIE: 3

GRUPO BALLKE MAGAZINE MEDICA

TRAVESSA SIHAMONO, 70,
ALTOPEDO CEP: 89701494
CONCORDIA - SC
TEL: (49)3444-1414

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELECTRONICA
0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]
Nº. 000.470.296
SÉRIE 3
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
4223 0206 1031 2200 0270 5500 3000 4702 9617 1119 0590

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 - RECEITA VENDA BOLETO SITES

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 342230034163244 14/02/2023 14:52:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 255128696
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 06.103.122/0002-70

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10	DATA DA EMISSÃO: 14/02/2023
ENDEREÇO: AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 11510003	DATA DA SAÍDA/ENTRADA: 14/02/2023
MUNICÍPIO: CUBATAO	FONE/FAX: 1333290447	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DA SAÍDA: 14:50:21

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 138.98	VALOR DO ICMS: 12.82	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0.00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0.00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 139.48

VALOR DO FRETE: 18.47	VALOR DO SEGURO: 0.00	DESCONTO: 18.97	OUTRAS DESPESAS: 0.00	VALOR DO IPI: 0.00	VALOR TOTAL DA NOTA: 138.98

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: ROMANEIO JADLOG LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA: EMITENTE [0]	CÓDIGO ANTT:	PLACA DO VEÍCULO:	CNPJ/CPF: 04.884.082/0003-05
ENDEREÇO: RUA ANITA GARIBALDI	MUNICÍPIO: CONCORDIA	UF: SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 255526890	
QUANTIDADE: 1	ESPÉCIE: VOLUMES	MARCA:	NUMERO:	PESO BRUTO: 1.190	PESO LÍQUIDO: 0.620

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	[illegible]	40021000	000	6108	EC	[illegible]	45.54	15.54	15.54	40.[illegible]	10.[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	40169300	000	6108	PK	[illegible]	3.42	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 14/02/23
ASS
Rafael de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
22229			

DADOS ADICIONAIS

PEDIDO: 1008321	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R$ [illegible] FONTE: IBPT. DADOS DA NF-e: NOME/RAZÃO SOCIAL PARA A NF DA UNIDADE: R$ [illegible] DADOS DA NF-e: NOME: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE - ENDEREÇO: AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2800 - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CUBATAO - ESTADO: SP - PAIS: BR - CEP: 11510003 - FANTASIA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE
VENDEDOR: 14	
FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO BB SITE	
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: PAG WEB SITE	
458641	

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
[illegible]
CONTABILIDADE
1101
Data entrada
02/03/23

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 14 fevereiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.023.4.1.2023 – 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 relacionado abaixo de uso diário do Pronto Socorro Central e Pronto Socorro Infantil.

02 und Tubo de látex 15 metros
20 und luva cirúrgica de látex estéril com pó

Atenciosamente,

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Financub - Alpha

De: Compras 1- Alpha Instituto <compras_1@alphainstituto.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 13 de fevereiro de 2023 14:13
Para: 'Financub - Alpha'
Cc: Valmir | Compras; auxcompras@alphainstituto.com.br
Assunto: Pedido de Compra - Material Hospitalar Cubatão100223
Anexos: Boleto MazineM X Cubatão 100223.pdf

Boa Tarde Val,

Por gentileza providenciar o pagamento no valor de **R$ 138,98** para o fornecedor **Balke-Magazine Médica**, referente a compra Material Médico para uso da enfermagem,
Nota Fiscal e CI será enviada posteriormente,

Att,

ALPHA INSTITUTO
Nosso compromisso é seu bem estar

Rogerio Marques Duarte
Assistente Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Tel.: (13) 3394-5103

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
02/2023

De: Gerenciacub - Rafael [mailto:gerenciacub@alphainstituto.com.br]
Enviada em: sexta-feira, 10 de fevereiro de 2023 14:51
Para: 'Compras 1- Alpha Instituto'; 'Compras - Alpha Instituto'
Assunto: Solicitação de Compra - Material Hospitalar

Prezados, boa tarde.

Solicito providenciar a compra dos materiais conforme anexo.

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	VOLUME C/
02	Detergente enzimático	5L
10	Hipoclorito de sódio 1% - 5 Litros	5L
20	Rínger com lactato 500ml	500ml
50	Luva estéril cirúrgica 7,0	1 par
20	Luva estéril cirúrgica 8,5	1 par
20	Eletrodo descartável p monitorização cardíaca (adulto)	50un
01	Papel grau cirúrgico 150mm	1 bobina
2	Coletor de urina adulto graduado-2 litros saco(sist.aberto)	100un

2	Borracha látex n°200(garrote) pct c/15 metros	15mts

Att,

Rafael de Andrade Mendonça
Coordenador Administrativo

Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Tel.: (13) 99781-5410

000327

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002419		13/02/2023	341,40

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
13/02/2023

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
KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVE

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
00190.00009.02869.214003.00011.464179.4.92580000034140

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
NF 16313 REF 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E379B59CDE2BB735DAF

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)

000328

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.464179 4 92580000034140

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
2869214000001146	16313	11/02/2023	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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 12/02/23
ASS

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

Data Processamento
12/01/2023

Espécie DOC
NF

Data do Documento
12/01/2023

Aceite
N

(-) Desconto / Abatimento

(+) Juros / Multa

(=) Valor Cobrado

BB Cobrança 2.07.02

Autenticação Mecânica

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

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02869.214003 00011.464179 4 92580000034140

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

Data de Vencimento
11/02/2023

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
12/01/2023	16313	NF	N	12/01/2023

Nosso-Número
28692140000011464

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

(=)Valor do Documento
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

Sacador / Avalista:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

KHEFREN DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LT

PRACA TAQUARITINGA, 160

PQ FERN JORGE

Cubatao SP

CEP: 11500-060

Fone: (13) 3361-4428

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA: 1

No: 000016313

Série: 1

Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3523 0117 2328 3700 0169 5500 1000 0163 1319 3223 4132

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: 135230060762246 12/01/2023 15:04:12

3511723283700016900011120044

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
283060995114		17.232.837/0001-69

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	12/01/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAIDA
R. AMADOR BUENO - 333 - CONJ 1816	CENTRO	11013-153	12/01/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAIDA
SANTOS	(13) 339-4510	SP			15:03:26

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	11/02/2023	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%

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 12/01/23
ASS
...ndonça
...trativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
01/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Total aprox. de impostos R$ 122,39 (35,85%)
Fonte : IBPT. - 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
-

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é seu bem-estar

Cubatão, 11 de janeiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.005.2023 – 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 de uso diário do Pronto Socorro Central e Infantil.

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

Atenciosamente,

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saude

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002417		13/02/2023	610,24

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
13/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
PROMEDIC P O MED IND COML LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
01.799.597/0001-49

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.09027.759225.81008.720005.4.92600000061024

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
610,24	0,00	0,00	610,24

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 35400 REF 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E3736F8DDE0B7165F41

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)

PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA

Promedic Prev

CPF/CNPJ do Beneficiário: 01.799.597/0001-49 - Agência/Código do Beneficiário: 9228/00872-
R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090

Recibo do Pagador

Pagador INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	**CPF/CNPJ** 14.512.229/0001-10
Endereço RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681	**Bairro** JARDIM BRASÍLIA
Município SÃO PAULO	**UF** SP / **CEP** 05847-620

Vencimento	Nosso Número	Valor Cobrado
13/02/2023	109/01090277-5	R$ 610,24

Mensagens:
RPS: 0006685
NF 35400

Resumo do(s) Serviço(s) Prestado(s):
8 - Hemograma com contagem de plaquetas
3 - Exame médico Admissional
10 - Exame médico Periódico
1 - Exame médico Demissional
2 - Hemograma com contagem de plaquetas
1 - Exame médico Periódico
2 - Exame médico Retorno ao Trabalho

Número do Documento	Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(=) Valor Cobrado
9697-1	R$ 610,24	R$ 0,00	R$ 610,24

Data de Emissão: 01/02/2023

Autenticação mecânica

Corte na linha

341-7 34191.09016 09027.759225 81008.720005 4 92600000061024

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.	Vencimento 13/02/2023
Beneficiário PROMEDIC PREV. E ORIENT. MÉDICA IND. E COM. LTDA - 01.799.597/0001-49	Agência/Código Beneficiário 9228/00872-
Endereço do Beneficiário R Mal. Carmona,174 - B. Prq Fernando Jorge - Cubatão/SP - 11500090	

Data do Documento	Número do Documento	PD	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
01/02/2023	9697-1	DP	N	01/02/2023	109/01090277-5

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			610,24

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
Cobrar multa por atraso de 2,000%.
Cobrar juros de mora de 0,033% ao dia.
Protestar no dia 28/02/2023
Não aceitamos depósito em C/C. Caso ocorra, não quitará esta fatura!

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA YOSHIMARA MINAMOTO, 681
05847-620 JARDIM BRASÍLIA SÃO PAULO SP
Sacador/Avalista

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Código de Baixa
109/01090277-5

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

000333

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
11510-039 - PRAÇA DOS EMANCIPADORES - CENTRO - CUBATAO - SP
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	35400	01/02/2023	NURW-YZKD

Promedic Prev

PROMEDIC PREVENCAO E ORIENTACAO MEDICA INDUST. E COMERCIAL LTDA - EPP
11500-090 - RUA MARECHAL CARMONA, 194 - JD ANCHIETA
CUBATAO - SP - CEP: 11500-090
CNPJ/CPF:01.799.597/0001-49 Inscr. Estadual/RG:
Email:
Telefone: CCM 9590 Inscr. Municipal: 0097934

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO
Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 02/2023
Atividade: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Nota Fiscal Fatura	Fatura Nro	35400	Valor R$	610,24	Vencimento	13/01/2023

Dados do Tomador de Serviço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333 - CENTRO
SANTOS - SP - - CEP: 11.013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail:
End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF: Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
- - - - CEP:

Valor por extenso	SEISCENTOS E DEZ REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	1	Exames clínicos e laboratoriais - 01/01/2023 ATÉ 31/01/2023	640,00	640,00

Valor Aprox. Tributos: R$ 91,71 (14,33%) **Fonte:** 12741/2012

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1038
COMPETÊNCIA
01/2023

Observação:

Forma de Pagamento: Única

Total dos Serviços		640,00
Total de Deduções		0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%	19,20
Desc. Incondicionado		0,00
Desc. Condicionado		0,00

Total da Nota	RETENÇÕES							Total Liquido
	ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	OUTROS	
640,00	0,00	0,00	4,16	19,20	6,40	0,00	0,00	610,24

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.cubatao.sp.gov.br

000324

Exames para Cobrança

Data 01/01/2023 Até 31/01/2023

Emissão: 31/01/2023 19:08

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

Funcionário: ALLANNA MARQUES GOMES **CPF:** 069.353.343-90 **Nascimento:** 17/03/1995

Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:** Tecnico de Enfermagem **Admissão:** 27/07/2018

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	24/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	177095
Hemograma com contagem de plaquetas	451	24/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	177095

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: AMANDA LARISSA SILVEIRA MENEZ **CPF:** 459.071.788-33 **Nascimento:** 03/09/1998

Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:** Tecnico de Enfermagem **Admissão:** 16/09/2020

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	24/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	177028
Hemograma com contagem de plaquetas	451	24/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	177028

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: ANA CAROLINI REZENDE DANTAS **CPF:** 455.178.508-39 **Nascimento:** 12/09/1996

Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:** Tecnico de Enfermagem **Admissão:** 27/01/2023

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Admissional	2	27/01/2023	R$30,00	Faturamento	Admissional	177702
Hemograma com contagem de plaquetas	451	27/01/2023	R$13,00	Faturamento	Admissional	177702

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: BIANCA ATALAIA ALVES DE JESUS **CPF:** 490.309.708-04 **Nascimento:** 07/07/1999

Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:** Auxiliar Serviços de Lavanderia **Admissão:** 18/09/2020

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	19/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	176422
Hemograma com contagem de plaquetas	451	19/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	176422

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

000535

Exames para Cobrança

Data 01/01/2023 Até 31/01/2023

Emissão: 31/01/2023 19:08

Funcionário: DANIEL GREGORIO DE SOUZA **CPF:** 305.913.138-47 **Nascimento:** 17/04/1981
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Operador de Rádio TARMS **Admissão:** 17/01/2023

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Admissional	2	17/01/2023	R$30,00	Faturamento	Admissional	176017

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

Funcionário: ELIANE APARECIDA CONTIJO **CPF:** 642.010.829-20 **Nascimento:** 05/01/1969
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Coordenador Administrativo **Admissão:** 20/01/2023

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Admissional	2	20/01/2023	R$30,00	Faturamento	Admissional	176631

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

Funcionário: LUANA ALVES DE OLIVEIRA **CPF:** 423.715.598-65 **Nascimento:** 16/09/1991
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Tecnico de Enfermagem **Admissão:** 27/06/2022

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Demissional	6	27/01/2023	R$30,00	Faturamento	Demissional	177761
Hemograma com contagem de plaquetas	451	27/01/2023	R$13,00	Faturamento	Demissional	177761

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: MARCELINO GUILHERME RIBERO **CPF:** 091.075.128-56 **Nascimento:** 02/06/1967
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Recepcionista **Admissão:** 27/07/2018

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	19/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	176479

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

Funcionário: MARIANNE NUNES FERREIRA **CPF:** 368.637.738-13 **Nascimento:** 12/12/1988
Lotação: PROJETO POÁ (11)- 2022 **Cargo:**Analista Administrativo **Admissão:** 04/01/2023

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	04/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	173630

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

006336

Exames para Cobrança

Data 01/01/2023 Até 31/01/2023

Emissão: 31/01/2023 19:08

Funcionário: MAYARA MARTINS ARAUJO GARCIA **CPF:** 389.867.328-66 **Nascimento:** 28/12/1989
Lotação: PRONTO SOCORRO CUBATÃO (11)- 2022 **Cargo:**Tecnico de Enfermagem **Admissão:** 27/07/2018

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	23/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	176876
Hemograma com contagem de plaquetas	451	23/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	176876

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: NATALINE DA SILVA JESUS **CPF:** 428.916.938-41 **Nascimento:** 06/03/1994
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Tecnico de Enfermagem **Admissão:** 10/07/2019

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	19/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	176418
Hemograma com contagem de plaquetas	451	19/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	176418

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: ROBERTO GREGORIO CLARO **CPF:** 329.387.208-58 **Nascimento:** 14/12/1984
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Técnico Operação e Monitoração de Computador **Admissão:** 25/03/2021

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	23/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	176909

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

Funcionário: SANDRA DE SOUZA SIQUEIRA **CPF:** 121.342.088-13 **Nascimento:** 16/02/1970
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Coordenador Administrativo **Admissão:** 08/02/2019

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	27/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	177724

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

Funcionário: VANESSA FRANCISCA DA CRUZ **CPF:** 262.983.188-44 **Nascimento:** 02/05/1977
Lotação: PROJETO-CUBATÃO (11)-2022 **Cargo:**Enfermeiro (a) **Admissão:** 31/07/2020

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	24/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	177038
Hemograma com contagem de plaquetas	451	24/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	177038

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

000337

Exames para Cobrança

Data 01/01/2023 Até 31/01/2023

Emissão: 31/01/2023 19:08

Sublocação : PROJETO-CUBATÃO — CNPJ: 14.512.229/0001-10

Funcionário: ANA CAROLINE DOS SANTOS DE SALES — **CPF:** 417.727.938-25 — **Nascimento:** 20/04/1993

Lotação: PROJETO-CUBATÃO — **Cargo:** Téc. Enfermagem — **Admissão:** 03/06/2019

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Periódico	3	20/01/2023	R$30,00	Faturamento	Periódico	176613
Hemograma com contagem de plaquetas	451	20/01/2023	R$13,00	Faturamento	Periódico	176613

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Funcionário: DJAIANE DOS SANTOS ALMEIDA — **CPF:** 389.523.098-71 — **Nascimento:** 24/02/1996

Lotação: PROJETO-CUBATÃO — **Cargo:** Aux. Serv. de Lavanderia — **Admissão:** 22/02/2019

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Retorno ao Trabalho	4	20/01/2023	R$30,00	Faturamento	Retorno ao Trabalho	176603

Qtde. Exames por Funcionário: 1 **Valor Total:** R$30,00

Funcionário: RINIA BRAMMERLOO DOS SANTOS — **CPF:** 108.250.958-24 — **Nascimento:** 05/05/1969

Lotação: PROJETO-CUBATÃO — **Cargo:** Enfermeiro (a) — **Admissão:** 24/01/2023

Exame	ID	Data	Valor	Forma de Pagamento	Tipo Exame	Atendimento
Exame médico Retorno ao Trabalho	4	24/01/2023	R$30,00	Faturamento	Retorno ao Trabalho	177080
Hemograma com contagem de plaquetas	451	24/01/2023	R$13,00	Faturamento	Retorno ao Trabalho	177080

Qtde. Exames por Funcionário: 2 **Valor Total:** R$43,00

Qtde. Exames por Cliente: 27 **Valor Total:** R$640,00 **Qtde. de Funcionários:** 17

Qtde.Geral: 27 **Valor Total:** R$640,00 **Total de Funcionários:** 17

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

000338

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002425

No. compromisso cliente

Data do Crédito
14/02/2023

Valor
320,00

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
04.192.876/0001-38

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.02815.634007.00071.547178.1.92630000032000

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
320,00	0,00	0,00	320,00

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 285774 REF 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E378D80443FCE5E54E8

Central de Atendimento Santander Empresarial

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

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL 001-9

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Ag./Cod. Beneficiário
3359-6/25002-3

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

Pagador
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

Nosso Número
28156340000071547

( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº
( ) Recusado ( ) Não Procurado ( ) Falecido
( ) Desconhecido ( ) End. Insuf. ( ) Outros

Vencimento	N. do Documento	Espécie	Valor do Documento
16/02/2023	285774/1NFE	R$	320,00

Recebi(emos) o bloqueto de caracteristicas acima | Data | Assinatura | Data | Entregador

---

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00071.547178 1 92630000032000**

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

Vencimento
16/02/2023

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário
3359-6/25002-3

Data do Documento	No. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
17/01/2023	285774/1NFE	R$	N	17/01/2023

Nosso Número
28156340000071547

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17	R$	x	=

Valor do Documento
320,00

Instruções

SUJEITO A PROTESTO
JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.32

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

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333
11013153 - SANTOS - SP

Cod. Interno: 00007580
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Pagador/ Avalista:

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 02815.634007 00071.547178 1 92630000032000**

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

Vencimento
16/02/2023

Nome do Beneficiario/CNPJ/CPF
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário
3359-6/25002-3

Data do Documento	No. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
17/01/2023	285774/1NFE	R$	N	17/01/2023

Nosso Número
28156340000071547

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17	R$	x	=

Valor do Documento
320,00

Instruções

SUJEITO A PROTESTO
JUROS POR DIA DE ATRASO R$: 0.32

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

Raquel de A. Mendonça
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 12/01/23
ASS

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
R AMADOR BUENO, 333
11013153 - SANTOS - SP

COD. INTERNO: 00007580
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Pagador / Avalista:

Código de Barra
Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA
EMISSÃO: 17/01/2023 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA Total NF: 320,00	NF-e Nº: 285774 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Rua Sao Paulo, 13
Bairro: Vila Belmiro
11075-330 Santos - SP
Fone: (13)3228-2305

CRISMED

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 285.774
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3523.0104.1928.7600.0138.5500.1000.2857.7410.0824.7844

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

DADOS DA NF-e
135230083242923 - 17/01/2023 10:16:39

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC ESTADUAL DO SUBST TRIBUTARIO	CNPJ
633.566.329.115		04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	17/01/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
R AMADOR BUENO, 333 CJ 1816	CENTRO	11013-153	17/01/2023

MUNICIPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Santos	(013)3222-7379	SP		10:15:58

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP

MUNICIPIO	UF	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS
285774/1 - 16/02/23 - 320,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
320,00	57,60	0,00	0,00	320,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	320,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO [0]	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				0,0000	0,6000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
20686 90181990	ELETRODO DESCARTAVEL ADULTO MAXICOR SF02 50 UN Marca MAXICOR Modelo PCT C/ 50 UNI Lote: 022-008 - 30/06/2025 Qtde: 20 00 / CEST 28 057 00	000 5102	PCT	20,0000	16,0000	0,0000	320,00	320,00	57,60	0,00	18,00	0,00

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

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 17/01/23
ASS

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1201
COMPETÊNCIA
01/2023

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 159998 / / Local Entrega: N 0 - - - - / Observacao: CLIENTE VIRA RETIRAR HOJE / / Obs: CLIENTE VIRAR RETIRAR, Contrato de Gestao n 003/18 e Termo Aditivo 02/2022 entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Cubatao - SP Tributo aproximado R$: 19.71 Federal R$: 57.60 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Cubatão, 16 de janeiro de 2023.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I.006.3.2023 – 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 material relacionado abaixo para utilização no PS Central.

Eletrodo para monitoração cardíaca ADULTO (emb. c/ 50unid) – 20unid.

Atenciosamente,

Ane Marotti
Analista Adm III
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Titulos
000342

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002423

No. compromisso cliente

Data do Crédito
14/02/2023

Valor
744,50

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
08.192.600/0001-00

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
756 - BANCO SICOOB S A

Código de Barras
75691.43790.01084.868908.00219.600012.7.92620000074450

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
744,50	0,00	0,00	744,50

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 11465 REF 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C18C4D5581FCDB94

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)

SICOOB

Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS	08.192.600/0001-00	15/02/2023	744,50
BERTA CRAVEIRO LOPES 101		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
JARDIM INDEPENDENCIA		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
São Vicente - SP	11380-510		
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)		Data de Emissão	(=) Valor cobrado
A partir 16/02/2023 Juros 0,10%/dia		01/02/2023	
A partir 16/02/2023 multa de 2,00%		Coop Contr/Cód. Beneficiário	
Não conceder desconto.		4379/848689	
		Nosso Número	
		2196-0	

Dados do Pagador

Nome do pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		Número do Documento: 11465
Endereço: RUA AMADOR BUENO 33		
Bairro / Distrito: CENTRO		
Município: SANTOS	UF: SP	CEP: 11013-151
Mensagem Pagador		

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

SICOOB | 756 | 75691.43790 01084.868908 00219.600012 7 92620000074450

Local de pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento: 15/02/2023
Beneficiário: JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS				08.192.600/0001-00	Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário: 4379/848689
Data do documento: 01/02/2023	N. documento: 11465	Espécie: DM	Aceite: N	Data processamento: 01/02/2023	Nosso número: 2196-0
Uso do Banco	Carteira: 1	Espécie: R$	Quantidade: 0,00	Valor	Valor documento: 744,50
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
A partir 16/02/2023 Juros 0,10%/dia					(-) Outras deduções
A partir 16/02/2023 multa de 2,00%					(+) Mora / Multa
Não conceder desconto.					
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB					(+) Outros acréscimos
COOPERATIVA CONTRATANTE 4379 SICOOB ARENITO					(=) Valor cobrado
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				14.512.229/0001-10	
RUA AMADOR BUENO 33					
CENTRO					
SANTOS - SP				11013-151	
Beneficiário Final: TECNOCARD				08.192.600/0001-00	

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL
DATA 01/02/23
ASS

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE SECRETARIA DA FAZENDA Fone: (13) 3579-1300 - www.saovicente.sp.gov.br	NF-e	Série do Documento **NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

Logo

JOSE CASSIO PREVEDEL SISTEMAS
RUA BERTA CRAVEIRO LOPES, 101 - - JARDIM INDEPENDENCIA
CEP 11380-510 - SÃO VICENTE - SP
Inscrição Muncipal 861604 - CNPJ 08.192.600/0001-00

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Data de Emissão da NFS-e	Autenticidade	Número da Nota Fiscal
Tributado Dentro Municipio	01/02/2023	A 1C A5 4	11465

Número do RPS	Série do RPS	Data da Emissão do RPS
1315	RPS - Recibo Provisório de Serviços	01/02/2023

Consulte a autencidade deste documento acessando o site: www.issonline.com.br

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF	Razão Social	Inscrição Municipal
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE	

Endereço	Número	Complemento	Bairro
AMADOR BUENO	333	CONJ 1816	CENTRO

CEP	Cidade/UF	Telefone	e-mail
11013-153	SANTOS/SP		@

Descrição

ASSESSORIA E SUPORTE EM SOFTWARE SMART CONTROL
REFERENTE A JANEIRO\2023
Contrato de Gestão 003/2018 - Aditivo 002/2021
Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 01/02/23
ASS
Rafael de A. Medeiros
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza ISSQN

Atividade do Município	Alíquota	Item LC116/2003	Código Nacional Atividade
SUPORTE TÉCNICO, MANUTENÇÃO E OUTROS SERVIÇOS EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	4,38	107	6209100

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 744,50			R$ 744,50	R$ 32,61	R$ 0,00	

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	ISSQN
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00		R$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal **R$ 744,50**

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR MEI, ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; II - "NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI."

000345

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002424		14/02/2023	1.424,90

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
14/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
47.497.565/0001-90

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
001 - BCO DO BRASIL S A

Código de Barras
00190.00009.01721.620001.00002.632172.8.92620000142490

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
1.424,90	0,00	0,00	1.424,90

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 27812 REF 01 2023

Autenticação Bancária
3F10E37C2845B72BE4ECDF4

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)

000316

Nome beneficiário			
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA			
CNPJ: 47.497.565/0001-90	Inscr. estadual: 283.004.394.110	Telefone: 13 33614123	Agência / Código do Beneficiário: 1006-5/40304-

Endereço beneficiário: AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2916 ,CUBATÃO - SP - CEP: 11520-000

Pagador: (302) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE

Endereço	Bairro
AMADOR BUENO,333	ALPHAVI INDUS

CEP	Cidade	UF	Cpf/Cnpj	RG/Inscr. estadual
11013153	SANTOS	SP	CNPJ: 14.512.229/0001-10	ISENTO

Nº documento	Data de vencimento	Nosso número	Valor documento
2632	**15/02/2023**	17216200000002632	**1.424,90**

Notas Fiscais : 000027812

Autenticação mecânica - Recibo do pagador

- -

BANCO DO BRASIL | **001-9** | 00190.00009 01721.620001 00002.632172 8 92620000142490

Local de pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	15/02/2023

Beneficiário: AUTO POSTO VILA NOVA LTDA - CNPJ: 47.497.565/0001-90
AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2916 , CUBATÃO - SP
CEP: 11520-000

Agência / Código beneficiário: 1006-5/40304-

Nosso número: 17216200000002632

Data do documento	Número do documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento
01/02/2023	2632	DM	N	03/02/2023

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17	R$		

(=) Valor documento: 1.424,90

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
COBRAR MULTA DE 2% E JUROS MORA DE R$ 3,79
Notas Fiscais : 000027812

Pagador: (302) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE — CNPJ: 14.512.229/0001-10
AMADOR BUENO - 333 - CJ 1816 - ALPHAVI INDUS 11013153 - SANTOS - SP

Sacador / Avalista

Código de baixa

Autenticação mecânica - Ficha de compensação

NF-e
Série 001
Nº 000.027.812

RECEBEMOS DE AUTO POSTO VILA NOVA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA AO LADO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE (Cod. 302)

DATA DO RECEBIMENTO

BR

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2916
VILA NOVA, CEP: 11520-000
CUBATAO - SP, FONE: 1333614123
E-mail: bianca.posto@hotmail.com

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

Nº 000.027.812
SÉRIE: 001
FOLHA: 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO DA NF-e (consulta de autenticidade no site http: www.fazenda.gov.br)
3523 0247 4975 6500 0190 5500 1000 0278 1210 0005 6980

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
1-35-23-0164728716 01/02/2023 09:14:16

NATUREZA DA OPERAÇÃO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
VENDA ECF	283004394110		47.497.565/0001-90

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF / CNPJ	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE (Cod. 302)	14.512.229/0001-10	01/02/2023

ENDEREÇO	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAIDA
AMADOR BUENO	333		CENTRO	11013-153	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
SANTOS	13974056429	SP	ISENTO	

FATURA
Fatura: 2632 Vencimento: 15/02/2023 Valor: R$ 1.424,90

CALCULO DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.424,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.424,90

TRANSPORTADOR / VOL. TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CPF / CNPJ
	0 - Emitente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. ACRÉS.	VALOR TOTAL	BC.ICMS	VL. ICMS	% ICMS
C1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LTS	81,009	5,390	0,00	0,00	436,64	0,00	0,00	0,00
C1	GASOLINA C COMUM	27101259	060	5929	LTS	176,791	5,590	0,00	0,00	988,26	0,00	0,00	0,00

Calculo ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: Trib aprox R$: 0,00 Federal, 256,48 Estadual;Fonte: IBPT/empresometro SP B391D4
Inf. Fiscal:DOCUMENTOS FISCAIS:001008,385818,001604,001623,002141,002143,387662,387964;;

RESERVADO AO FISCO

CÓDIGO GERENCIAL 100
COMPETÊNCIA 01/2023

0003447

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

EXTRATO DE NOTAS A PRAZO EM ABERTO (DETALHADO)

Versão : 17.11.0.0

Clientes ativos, Ordem : NOME
Detalhar Descontos/Acréscimos : SIM

Código do cliente	Nome do cliente / adquirinte	Tipo de prazo
302	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE	QUINZENAL 01,16

Data de fechamento	Data de vencimento	RG / IE	CPF / CNPJ	Telefones
01/02/2023	15/02/2023	ISENTO	14.512.229/0001-10	13974056429

Endereço	Bairro	Cidade	UF	CEP
AMADOR BUENO 333 CJ 1816	CENTRO	SANTOS	SP	11013-153

RELAÇÃO DE REQUISIÇÕES/ECF/VALES EM ABERTO

MOVIMEN.	TN	MOTORISTA / CONVEN.	PLACA	MARCA	KM	MOD	ECF / Série	N. DOC.	QTDE	DESCRIÇÃO		VALOR R$	TOT. DOC. R$
19/01/2023	1		SDU3F65	LOGAN		59		001008	41,2310	GASOLINA C COMUM	5,390/L	222,24	222,24
24/01/2023	2		SDU3F64	LOGAN	4243	59		385818	39,7800	GASOLINA C COMUM	5,390/L	214,41	214,41
25/01/2023	1		RHX6B63			59		001604	21,3510	GASOLINA C COMUM	5,590/L	119,35	119,35
25/01/2023	1		SDU3F65	LOGAN	11529	59		001623	42,8500	GASOLINA C COMUM	5,590/L	239,53	239,53
30/01/2023	1		RHX6B63			59		002141	27,8810	GASOLINA C COMUM	5,590/L	155,85	155,85
30/01/2023	1		GFK9D16		111579	59		002143	23,6710	GASOLINA C COMUM	5,590/L	132,32	132,32
30/01/2023	2		SDU3F64	LOGAN		59		387662	31,8700	GASOLINA C COMUM	5,590/L	178,15	178,15
31/01/2023	2	RODNEI	SDV3F65		12063	59		387964	29,1700	GASOLINA C COMUM	5,590/L	163,06	163,06

Observações

RESUMO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

DESCRIÇÃO		QTDE	TOTAL (R$)
GASOLINA C COMUM	5,390/L	81,0110	436,65
GASOLINA C COMUM	5,590/L	176,7930	988,26
TOTAL DE PRODUTOS / SERVIÇOS		**257,8040**	**1.424,91**

TOTAL

DESCRIÇÃO	TOTAL (R$)	
TOTAL DESTE EXTRATO	R$ 1.424,91	(+)
TOTAL A PAGAR	R$ 1.424,91	(=)

Emitente	Inscrição estadual	CNPJ	Telefone
AUTO POSTO VILA NOVA LTDA	283.004.394.110	47.497.565/0001-90	13 33614123

Endereço	Bairro	Cidade	CEP
AVENIDA NOVE DE ABRIL, 2916	VILA NOVA	CUBATÃO - SP	11520-000

E-mail
bianca.posto@hotmail.com