000556
PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002493 | | 23/02/2023 | 1.321,11 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
23/02/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
ELLERES NEGRELI SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ/CPF**
46.995.271/0001-25

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0336/31872495 | 00001 | 00000000000200206745 | 1.321,11 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 4 SERVICOS MEDICOS REF 01 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E37C76B45DDF32C79DC

**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)

000557

imprin

# MUNICIPIO DE CANOAS
Secretaria Municipal da Fazenda

NFS-e
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

| NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe | Código de verificação | Data/Hora da emissão |
|---|---|---|
| A autenticidade desta nota pode ser confirmada em: **https://www.e-nfs.com.br/e-nfs_canoas**, informando o código de verificação. | **2695.1712.FD39** | **17/02/2023 - 16:01:46** |
| | Natureza da operação: **Simples Nacional** | Número da Nota: **4** |

**Prestador de Serviços**

Sem Imagem

**ELLERES & NEGRELI SERVICOS MEDICOS LTDA**
ROBERTO FRANCISCO BEHRENS, 303,BLOCO 10 APTO 302
MATO GRANDE, Telefone: 5199208018.
CEP 92320-060 - CANOAS - RS - BRASIL
CPF/CNPJ 46.995.271/0001-25 **Inscrição Municipal** 6914969
Email danilloelleres@gmail.com **Inscrição Estadual**

**Tomador de Serviço**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome do tomador do serviço | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | | |
| CPF/CNPJ | 14.512.229/0001-10 | | |
| Endereço | R AMADOR BUENO, 333, CONJ 1816 | | |
| Bairro | CENTRO, Telefone: . | | |
| Cep | 11013-153 | | |
| Cidade | SANTOS - SP - BRASIL | **Inscrição Municipal** | |
| Email | finanmonga@alphainstituto.com.br | **Inscrição Estadual** | |

**Discriminação do Serviço/Dados Adicionais**

Prestação de Serviços Médicos. PRONTO SOCORRO CENTRAL – 1 Plantão de 12 horas. Período de 01/01/2023 a 31/01/2023 - Prefeitura Municipal de Cubatão x Instituto Alpha de Medicina para Saúde. CONTRATO DE GESTÃO 003/2018 – ADITIVO 002/2022. SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATÃO / SP. Dados Bancários para depósito: Banco 336 - Banco C6 S.A; Ag. 0001; Cta 20020674-5.

V. líq. R$ 1.321,11

Serviço: 4.01-MEDICINA E BIOMEDICINA

| Valor do Serviço (R$) | Qtd. | Desconto(R$) | Dedução(R$) | Base de Cálculo(R$) | Aliquota(%) | Valor do ISS(R$) | Total(R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.350,00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 1.350,00 | 0,00 | 0,00 | 1.350,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.350,00**

**Retenções**

| INSS(R$) | PIS(R$) | Cofins(R$) | C.S.L.L(R$) | IRRF(R$) |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| ISSQN(R$) | Outras Deduções(R$) | Total das Retenções (R$) | Valor Liquido da Nota(R$) |
|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.350,00 |

**Outras Informações**

- -ISSQN Simples Nacional recolhido em Canoas. NÃO SUJEITO A RETENÇÃO NA FONTE- Contribuinte SIMPLES NACIONAL aliquota informada: 2,14.

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
01/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

000558

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002489 | | 23/02/2023 | 5.958,00 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER

**CNPJ/CPF**
19.878.404/0022-35

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 3154 |
| Conta | 00000000000130817975 |

**Número do Documento**
900002489
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 2862 SERVICOS LAVANDERIA 12 2022

**Autenticação Bancária**
3F10E37D0B471BB49D859B2

## 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)

000559

# 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: |
|---|---|---|---|
| | 2862 | 24/01/2023 | OARH-OJBH |

**FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER**

11515-000 - AVENIDA HENRY BORDEN, 21 HOSPITAL MODELO - VILA SANTA
CUBATAO - SP - CEP: 11515-000
**CNPJ/CPF:19.878.404/0022-35** Inscr. Estadual/RG: ISENTO
Email: superintendenciahc@fsfx.com.br
Telefone: (31) 3829-9350, R. CCM 34345 Inscr. Municipal: 100006625

**Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO**
Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 01/2023
Atividade: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,

### Dados do Tomador de Serviço

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**
Rua Amador Bueno, nº 333 - CJ 1816 - Centro
Santos - SP - - CEP: 11.013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail: CONTATO@ALPHAINSTITUTO.COM.BR
End. Cobrança:

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | REFERENTE A SERVIÇO DE LAVANDERIA HOSPITALAR MÊS 12/2022, O TOTAL DE KG DE MATERIAL PROCESSADO FOI DE 1.324 KG COM O VALOR DE R$ 4,50(KG) FINALIZANDO O VALOR TOTAL DE R$ 5.958,00. VENCIMENTO: 23/02/2023. | 5.958,00 | 5.958,00 |

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1133
COMPETÊNCIA
1/01/2023.

Observação: REFERENTE A SERVIÇO DE LAVANDERIA HOSPITALAR MÊS 12/2022, O TOTAL DE KG DE MATERIAL PROCESSADO FOI DE 1.324 KG COM O VALOR DE R$ 4,50(KG) FINALIZANDO O VALOR TOTAL DE R$ 5.958,00. VENCIMENTO: 23/02/20

| | | |
|---|---|---|
| Total dos Serviços | | 5.958,00 |
| Total de Deduções | | 0,00 |
| ISS RETIDO | 0,00% | 0,00 |
| Desc. Incondicionado | | 0,00 |
| Desc. Condicionado | | 0,00 |

| Total da Nota | RETENÇÕES | | | | | | | Total Liquido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.958,00 | ISS 0,00 | IRRF 0,00 | PIS 0,00 | COFINS 0,00 | CSLL 0,00 | INSS 0,00 | OUTROS 0,00 | 5.958,00 |

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

FSFX
FUNDAÇÃO

## COLETA DE ROUPA

## INSTITUTO ALPHA

| DIA | KG |
|---|---|
| 01/12/2022 | 61,4 |
| 02/12/2022 | 79,2 |
| 03/12/2022 | 51,4 |
| 04/12/2022 | 39 |
| 05/12/2022 | 38,5 |
| 06/12/2022 | 36,6 |
| 07/12/2022 | 39,7 |
| 08/12/2022 | 55 |
| 09/12/2022 | 35,3 |
| 10/12/2022 | 21,9 |
| 11/12/2022 | 36,7 |
| 12/12/2022 | 44,9 |
| 13/12/2022 | 47 |
| 14/12/2022 | 35,3 |
| 15/12/2022 | 34,2 |
| 16/12/2022 | 44,2 |
| 17/12/2022 | 44,9 |
| 18/12/2022 | 43,3 |
| 19/12/2022 | 23,6 |
| 20/12/2022 | 48,4 |
| 21/12/2022 | 35,3 |
| 22/12/2022 | 36,2 |
| 23/12/2022 | 31,6 |
| 24/12/2022 | 40,7 |
| 25/12/2022 | 76 |
| 26/12/2022 | 33,5 |
| 27/12/2022 | 38 |
| 28/12/2022 | 43,5 |
| 29/12/2022 | 31,6 |
| 30/12/2022 | 55,8 |
| **31/12/2022** | **41,30** |
| **TOTAL** | **1.324,00** |
| | |
| **Valor KG** | **R$ 4,50** |
| **Valor a pagar** | **R$ 5.958,00** |

PAGAMENTO A FORNECEDORES 000561
Comprovante de Emissão DOC/TED

Santander

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002492 | | 23/02/2023 | 6.268,65 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
23/02/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

## Dados do Destinatário

**Nome**
PLASTIC SURGERY SERVICOS DE CIRURGIA PLA

**CNPJ/CPF**
06.013.950/0001-37

**Tipo Conta**
Conta Corrente

| Banco/ISPB | Agência | Conta Corrente | Valor |
|---|---|---|---|
| 0756/02038232 | 05122 | 00000000000000071617 | 6.268,65 |

**Finalidade**
Crédito em Conta

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 212 SERVICOS MEDICOS REF 01 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E37F2965BF2CEE95053

**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)

000562

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

# SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

# NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 212

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 22/02/2023 18:51:14 | Competência | 22/2/2023 | Código de Verificação | HFCX5JYTO |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | CUBATAO - SP |

## Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | PLASTIC SURGERY - SERVICOS DE CIRURGIA PLASTICA LTDA | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 06.013.950/0001-37 | Inscrição Municipal | 1587593 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | RUA CLÓVIS BEVILÁQUA ,21 - BOQUEIRÃO CEP: 11045-350 | | | | |
| Complemento: | 0032 | Telefone: | 130 | e-mail: | neia.fiscal@chagas.cnt.br |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | instituto alpha de medicina | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153 | | | | |
| Complemento: | 1816 | Telefone: | | e-mail: | financub@alphainstituto.com.br |

## Discriminação dos Serviços

LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVICOS - CUBATAO-SP

PRONTO SOCORRO CENTRAL - 5 PLANTOES DE 12 HORAS
PERIODODE 01/01/2023 A 31/01/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATAO X INSTITUTO ALPHA DE MAEDICINA PARA A SAUDE

CONTRATO DE GESTAO 003/2018 - ADITIVO 002/2022
SERVIÇOS PRESTADOS EM CUBATAO/SP COM ISS DEVIDO A ESTE MUNICIPIO ISS RETIDO 3%

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1101
COMPETÊNCIA
01/2022

## Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630599 - atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

## Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

## Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIS | 44,85 | COFINS | 207,00 | IR(R$) | 103,50 | INSS(R$) | | CSLL(R$) | 69,00 |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 6.900,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 6.900,00 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 2-Tributação fora do município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 424,35 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 6.900,00 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 3,00 |
| (-) ISS Retido | 207,00 | 2 - Não | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 6.268,65 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 207,00 |

| | |
|---|---|
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. |

000563

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Santander

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002490 | | 23/02/2023 | 7.144,80 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER

**CNPJ/CPF**
19.878.404/0022-35

**Conta Creditada**

| | |
|---|---|
| Banco | 0033 |
| Agência | 3154 |
| Conta | 00000000000130817975 |

**Número do Documento**
900002490
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 2861 FORNEC OXIGENIO REF 12 2022

**Autenticação Bancária**
3F10E371241D3E7755310E0

**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 - CENTRO - CUBATAO - SP

## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

| Número RPS: | Número Nota Fiscal: | Data Emissão: | Chave: |
|---|---|---|---|
| | 2861 | 24/01/2023 | ADOR-WUSB |

**FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER**

11515-000 - AVENIDA HENRY BORDEN, 21 HOSPITAL MODELO - VILA SANTA
CUBATAO - SP - CEP: 11515-000
**CNPJ/CPF:19.878.404/0022-35** Inscr. Estadual/RG: ISENTO
Email: superintendenciahc@fsfx.com.br
Telefone: (31) 3829-9350, R. CCM 34345 Inscr. Municipal: 100006625

**Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO**
Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 01/2023
Atividade: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,

### Dados do Tomador de Serviço

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**
Rua Amador Bueno, nº 333 - CJ 1816 - Centro
Santos - SP - - CEP: 11.013-153
CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail: CONTATO@ALPHAINSTITUTO.COM.BR
End. Cobrança:

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | REFERENTE AO FORNECIMENTO DE GASES NO MÊS DEZEMBRO/2022. VENCIMENTO: 23/02/2023. | 7.144,80 | 7.144,80 |

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
12.04
COMPETÊNCIA
12/2022

Observação: REFERENTE AO FORNECIMENTO DE GASES NO MÊS DEZEMBRO/2022. VENCIMENTO: 23/02/2023.

| | | |
|---|---|---|
| Total dos Serviços | | 7.144,80 |
| Total de Deduções | | 0,00 |
| ISS RETIDO | 0,00% | 0,00 |
| Desc. Incondicionado | | 0,00 |
| Desc. Condicionado | | 0,00 |

| Total da Nota | RETENÇÕES | | | | | | | Total Líquido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ISS | IRRF | PIS | COFINS | CSLL | INSS | OUTROS | |
| 7.144,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.144,80 |

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

**financub**

**De:** Lais Cristina Toledo De Paiva <lais.cristina@fsfx.com.br>
**Enviado em:** terça-feira, 24 de janeiro de 2023 14:11
**Para:** 'adm_3@alphainstituto.com.br'; 'gerenciacub@alphainstituto.com.br'; 'financeiro@alphainstituto.com.br'; 'financub@alphainstituto.com.br'
**Cc:** Luana Da Conceicao Fernandes Almeida; Raynne Kethene Silva; Nathalia Marques Da Silva Pompeu; Vania De Souza
**Assunto:** NF - Compartilhamento de Oxigênio Líquido Refrigerado 12/2022
**Anexos:** NF Instituto Alpha de Medicina _ Gases Medicinais 12 -2022.pdf; IBG_NF 432006 Série 0_HC Cubatão_1222 (1).pdf; IBG_NF 433244 Série 0_HC Cubatão_1222 (2).pdf

Prezados, boa tarde!

Segue nota fiscal de cobrança referente ao compartilhamento de gases medicinais no mês de Dezembro/2022.

Encaminho também, medição com distribuição dos valores entre as unidades e notas fiscais pagas ao fornecedor.

| Nota Fiscal | Data da NF | Período | Qtde M³ | Valor M³ | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 432006 | 23/12/2022 | dez-22 | 6.036,00 | R$ 1,19 | R$ 7.187,67 |
| 433244 | 31/12/2022 | | 6.135,00 | R$ 1,19 | R$ 7.305,56 |
| Consumo Total Mês | | | 12171 | | R$ 14.493,23 |
| Média de consumo Alpha | | | 6000 | | R$ 7.144,80 |
| Consumo FSFX | | | 6171 | | R$ 7.348,43 |

Banco Santander
Abaixo dados bancários para pagamento:
Agencia: 3154
Conta corrente: 13081797-5
Vencimento para 30 dias

Obs: Houve um reajuste no valor unitário do "oxigênio líquido refrigerado" de R$ 1,1908.

Atenciosamente,

Laís Cristina Toledo de Paiva
Faturista

Av. Kiyoshi Tsunawaki, 41, Bairro das Águas
Ipatinga - MG
CEP 35160-158
31 3829- 9245

fsfx.com.br

JUNTOS, TRANSFORMAMOS VIDAS.

FSFX FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER

Aviso Legal
Esta mensagem e/ou seus anexos podem conter informações privilegiadas, sejam elas confidenciais, restritas ou internas das empresas Usiminas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem e/ou seus anexos, você não deve usar, copiar ou divulgar as informações nela contida ou tomar qualquer ação baseada nessas informações.
Este ambiente está sujeito a monitoramento.

Lawful Warning
This message and / or its attachments may contain privileged information, either confidential, restricted or internal from the USIMINAS companies. If you are not the receiver or authorized person to receive this message and /or its attachments, you must not use, copy or disclose the information contained in it or take any action based on this information.
This environment is subject to monitoring.

000567

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Crédito ao Favorecido

Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002491 | | 23/02/2023 | 23.847,55 |

## Dados do Remetente

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Conta Débito**
0123 / 000130041276

**Favorecido**
SANDRO CORREIA DE ANDRADE ME

**CNPJ/CPF**
09.564.629/0001-39

**Conta Creditada**

Banco 0033
Agência 1093
Conta 00000000000130003602

**Número do Documento**
900002491
Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
NF 138 REF 01 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E37D23E8A217D6B1E4E

## 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)

000568

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e 138

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data e Hora da Emissão | 17/02/2023 19:07:06 | Competência | 17/2/2023 | Código de Verificação | J9O5XUPZ8 |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | SANTOS - SP |

## Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | SANDRO CORREIA DE ANDRADE - ME | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 09.564.629/0001-39 | Inscrição Municipal | 1820933 | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e Cep | RUA CAMPOS MELLO ,332 - ENCRUZILHADA CEP: 11015-012 | | | | |
| Complemento: | 0000 | Telefone: | (13)3468-2466 | e-mail: | universo@iron.com.br |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 14.512.229/0001-10 | Inscrição Municipal | | Município | SANTOS - SP |
| Endereço e CEP | RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-151 | | | | |
| Complemento: | CONJ. 1816 | Telefone: | 13991065947 | e-mail: | financub@alphainstituto.com.br |

## Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO DE CONTROLADORIA DE ACESSO - CONTRATO DE GESTÃO CUBATÃO - NÚMERO 003/2018 - ADITAMENTO 002/2022
PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023 - UNIDADE PRONTO SOCORRO CENTRAL E INFANTIL DE CUBATÃO.

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1132
COMPETÊNCIA 01/2023

## Código do Serviço / Atividade

17.05 / 8111700 - serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais

## Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código da Obra | | Código ART | |

## Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PIS | | COFINS | | IR(R$) | | INSS(R$) | 3.042,84 | CSLL(R$) | |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|---|---|---|---|---|
| Valor dos Serviços R$ | 27.662,16 | Natureza Operação | Valor dos Serviços R$ | 27.662,16 |
| (-) Desconto Incondicionado | | 1-Tributação no município | (-) Deduções permitidas em lei | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | |
| (-) Retenções Federais | 3.042,84 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 27.662,16 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 2,79 |
| (-) ISS Retido | 771,77 | 1 - Sim | ISS a reter: | (X) Sim () Não |
| (=) Valor Líquido R$ | 23.847,55 | Incentivador Cultura<br>2-Não | (=) Valor do ISS: R$ | 771,77 |

| | |
|---|---|
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |

000569

Santander

Internet Banking

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

**FOLHA DE PAGAMENTO**
**Comprovante de Pagamento Funcionário**

## Dados da Empresa

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**Convênio**
0033-0123-008303883109

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Débito**
0123-130041276

## Dados do Funcionário

**Nome**
FABRICIA FERREIRA RODRIGUES DE SOUZA

**CPF**
267.706.998-93

**Conta Informada**
0033-0123-000010779802

**Conta Salário**
0033-0123-000710444363

**Conta Creditada**
0341-0462-000000498353

## Dados do Pagamento

***Nro Compromisso Banco***
900002514

***Nro Compromisso Cliente***
341

***Data do Crédito***
24/02/2023

**Valor R$**
2.692,76

**Tipo de Pagamento**
CC

**Histórico**
Liquido de Vencimentos

**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários

## Autenticação Bancária

EF872E0A72F64EC46C7EE8C

**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)

24/02 000570

# 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: FABRICIA FERREIRA RODRIGUES DE SOUZA | | ( 000341 ) / Depto.: 0000 | |
| Cart.Trabalho: 00084814<br>Serie: 00160 | Admissão:<br>18/04/2020 | Função:<br>TECNICO DE ENFERMAGEM | N.Registro:<br>Livro : 1 Folha: 194 |

## PERÍODOS

| | |
|---|---|
| Período aquisitivo 18/04/2021 a 17/04/2022 | Período Gozo das Férias 01/03/2023 a 30/03/2023 |

## BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

| Descrição | Adicional | Desconto |
|---|---|---|
| 009 Férias | 2.006,67 | |
| 012 Adicional de Insalubridade 20% | 260,40 | |
| 597 1/3 Férias | 755,69 | |
| 902 INSS Férias | | 266,05 |
| 913 IRRF Férias | | 63,95 |
| Totais | **********3.022,76 | **********330,00 |
| | Líquido: | **********2.692,76 |

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 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$ 2.692,76
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: FABRICIA FERREIRA RODRIGUES DE SOUZA (000341) / Depto.: 0000 | | |
| CTPS<br>00084814 / 00160 | Admissão<br>18/04/2020 | Função:<br>TECNICO DE ENFERMAGEM |

## SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

| | |
|---|---|
| Data: | Assinatura do Funcionário |
| Data: | Assinatura da Empresa |

## NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

| Duração | Faltas | Período aquisitivo | Período a ser gozado |
|---|---|---|---|
| 30 Dias | 00 | 18/04/2021 a 17/04/2022 | 01/03/2023 a 30/03/2023 |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura do Funcionário | | |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura da Empresa | | |

000572

Santander Internet Banking

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

**FOLHA DE PAGAMENTO**
**Comprovante de Pagamento Funcionário**

## Dados da Empresa

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**Convênio**
0033-0123-008303883109

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Débito**
0123-130041276

## Dados do Funcionário

**Nome**
HEITOR DE MENDONCA SALLES

**CPF**
342.399.648-06

**Conta Informada**
0033-1093-000010038205

**Conta Salário**
0033-1093-000710071270

**Conta Creditada**
0033-1093-000010038205

## Dados do Pagamento

***Nro Compromisso Banco***
900002515

***Nro Compromisso Cliente***
721

***Data do Crédito***
24/02/2023

**Valor R$**
2.215,58

**Tipo de Pagamento**
CC

**Histórico**
Liquido de Vencimentos

**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários

## Autenticação Bancária

EF872E0A2F7D2947449B903

**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: HEITOR DE MENDONCA SALLES | | ( 000721 ) / Depto.: 0000 | |
| Cart.Trabalho: 00094857<br>Serie: 00255 | Admissão:<br>02/10/2021 | Função:<br>TEC EM OPERACAO E MONITOR | N.Registro:<br>Livro : 1 Folha: 211 |

## PERÍODOS

| | |
|---|---|
| Período aquisitivo 02/10/2021 a 01/10/2022 | Período Gozo das Férias 01/03/2023 a 30/03/2023 |

## BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

| Descrição | Adicional | Desconto |
|---|---|---|
| 009 Férias | 1.701,17 | |
| 012 Adicional de Insalubridade 20% | 260,40 | |
| 067 Adicional Noturno 40% | 565,44 | |
| 151 DSR Ad. Noturno 40% | 99,52 | |
| 402 Hora Extra 100% | 42,53 | |
| 420 DSR Hora Extra | 9,34 | |
| 597 1/3 Férias | 892,80 | |
| 902 INSS Férias | | 331,86 |
| 913 IRRF Férias | | 74,22 |
| 920 Pensão Alimentícia | | 949,54 |
| Totais | **********3.571,20 | **********1.355,62 |
| | Líquido: | **********2.215,58 |

CENTRO DE CUSTO
100
1005
02/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$ 2.215,58
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: HEITOR DE MENDONCA SALLES (000721) / Depto.: 0000 | | |
| CTPS<br>00094857 / 00255 | Admissão<br>02/10/2021 | Função:<br>TEC EM OPERACAO E MONITORACAO DE COMPUT |

**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

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

| | |
|---|---|
| Data: | Assinatura do Funcionário |
| Data: | Assinatura da Empresa |

**NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS**

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

| Duração | Faltas | Período aquisitivo | Período a ser gozado |
|---|---|---|---|
| 30 Dias | 00 | 02/10/2021 a 01/10/2022 | 01/03/2023 a 30/03/2023 |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura do Funcionário | | |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura da Empresa | | |

Santander

000575
Internet Banking

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

**FOLHA DE PAGAMENTO**
**Comprovante de Pagamento Funcionário**

## Dados da Empresa

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**Convênio**
0033-0123-008303883109

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Débito**
0123-130041276

## Dados do Funcionário

**Nome**
JOSIELLE DOS SANTOS SILVA

**CPF**
363.467.838-07

**Conta Informada**
0033-0123-000010779895

**Conta Salário**
0033-0123-000710444435

**Conta Creditada**
0033-0123-000010779895

## Dados do Pagamento

**Nro Compromisso Banco**
900002516

**Nro Compromisso Cliente**
331

**Data do Crédito**
24/02/2023

**Valor R$**
2.692,76

**Tipo de Pagamento**
CC

**Histórico**
Liquido de Vencimentos

**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários

## Autenticação Bancária

EF872E0180473B2EFEFC263

**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: JOSIELLE DOS SANTOS SILVA | | ( 000331 ) / Depto.: 0000 | |
| Cart.Trabalho: 00057210<br>Serie: 00313 | Admissão:<br>26/04/2020 | Função:<br>TECNICO DE ENFERMAGEM | N.Registro:<br>Livro : 1 Folha: 27 |

## PERÍODOS

| | |
|---|---|
| Período aquisitivo 26/04/2021 a 25/04/2022 | Período Gozo das Férias 02/03/2023 a 31/03/2023 |

## BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 02 Dias

| Descrição | Adicional | Desconto |
|---|---|---|
| 009 Férias | 2.006,67 | |
| 012 Adicional de Insalubridade 20% | 260,40 | |
| 597 1/3 Férias | 755,69 | |
| 902 INSS Férias | | 266,05 |
| 913 IRRF Férias | | 63,95 |
| Totais | **********3.022,76 | **********330,00 |
| | Líquido: | **********2.692,76 |

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 1005
COMPETÊNCIA 02/2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1 em Santos a importância de R$ 2.692,76
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: JOSIELLE DOS SANTOS SILVA | | (000331) / Depto.: 0000 |
| CTPS<br>00057210 / 00313 | Admissão<br>26/04/2020 | Função:<br>TECNICO DE ENFERMAGEM |

## SOLICITAÇÃO DE ABONO

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

| | |
|---|---|
| Data: | Assinatura do Funcionário |
| Data: | Assinatura da Empresa |

## NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

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

| Duração | Faltas | Período aquisitivo | Período a ser gozado |
|---|---|---|---|
| 30 Dias | 02 | 26/04/2021 a 25/04/2022 | 02/03/2023 a 31/03/2023 |
| Data<br>31/01/2023 | Assinatura do Funcionário | | |
| Data<br>31/01/2023 | Assinatura da Empresa | | |

000578

Santander

Internet Banking

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

**FOLHA DE PAGAMENTO**
**Comprovante de Pagamento Funcionário**

## Dados da Empresa

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**Convênio**
0033-0123-008303883109

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Débito**
0123-130041276

## Dados do Funcionário

**Nome**
RAFAEL DE ANDRADE MENDONCA

**CPF**
329.762.458-27

**Conta Informada**
0033-0123-000010771615

**Conta Salário**
0033-0123-000710453165

**Conta Creditada**
0033-0123-000010771615

## Dados do Pagamento

**Nro Compromisso Banco**
900002517

**Nro Compromisso Cliente**
342

**Data do Crédito**
24/02/2023

**Valor R$**
6.240,56

**Tipo de Pagamento**
CC

**Histórico**
Liquido de Vencimentos

**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários

## Autenticação Bancária

EF872E049AFD54F7EB0DF41

**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)

24/02 000579

# 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: RAFAEL DE ANDRADE MENDONÇA | | ( 000342 ) / Depto.: 0000 | |
| Cart.Trabalho: 00004278<br>Serie: 00330 | Admissão:<br>06/05/2020 | Função:<br>COORDENADOR GERAL | N.Registro:<br>Livro : 1 Folha: 195 |

## PERÍODOS

| | |
|---|---|
| Período aquisitivo 06/05/2021 a 05/05/2022 | Período Gozo das Férias 01/03/2023 a 30/03/2023 |

## BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

| Descrição | Adicional | Desconto |
|---|---|---|
| 009 Férias | 5.900,00 | |
| 012 Adicional de Insalubridade 20% | 260,40 | |
| 597 1/3 Férias | 2.053,46 | |
| 902 INSS Férias | | 877,22 |
| 913 IRRF Férias | | 1.096,08 |
| Totais | **********8.213,86 | **********1.973,30 |
| | Líquido: | **********6.240,56 |

CENTRO DE CUSTO 100
CÓDIGO GERENCIAL 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$ 6.240,56
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: RAFAEL DE ANDRADE MENDONÇA (000342) / Depto.: 0000 | | |
| CTPS<br>00004278 / 00330 | Admissão<br>06/05/2020 | Função:<br>COORDENADOR GERAL |

## 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<br>30 Dias | Faltas<br>00 | Período aquisitivo<br>06/05/2021 a 05/05/2022 | Período a ser gozado<br>01/03/2023 a 30/03/2023 |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura do Funcionário | | |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura da Empresa | | |

000581

Santander

Internet Banking

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

**Agência:** 0123 **Conta Corrente:** 13-004127-6

**FOLHA DE PAGAMENTO**
**Comprovante de Pagamento Funcionário**

## Dados da Empresa

**Nome**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

**Convênio**
0033-0123-008303883109

**CNPJ/CPF**
14.512.229/0001-10

**Conta Débito**
0123-130041276

## Dados do Funcionário

**Nome**
THIAGO PONCIANO DA CONCEICAO

**CPF**
231.135.608-96

**Conta Informada**
0033-3112-000010894218

**Conta Salário**
0033-3112-000713160944

**Conta Creditada**
0033-3112-000010894218

## Dados do Pagamento

**Nro Compromisso Banco**
900002518

**Nro Compromisso Cliente**
537

**Data do Crédito**
24/02/2023

**Valor R$**
2.757,55

**Tipo de Pagamento**
CC

**Histórico**
Liquido de Vencimentos

**Tipo de Serviço**
Pagamento de Salários

## Autenticação Bancária

EF872E0FA82B1EEF33F878D

**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: THIAGO PONCIANO DA CONCEIÇÃO | | ( 000537 ) / Depto.: 0000 | |
| Cart.Trabalho: 00093686<br>Serie: 00295 | Admissão:<br>17/06/2020 | Função:<br>OPERADOR DE RADIO TARMS | N.Registro:<br>Livro : 1 Folha: 76 |

## PERÍODOS

| | |
|---|---|
| Período aquisitivo 17/06/2021 a 16/06/2022 | Período Gozo das Férias 01/03/2023 a 30/03/2023 |

## BASE PARA CALCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas não Justificadas: 00 Dias

| Descrição | Adicional | Desconto |
|---|---|---|
| 009 Férias | 1.796,08 | |
| 012 Adicional de Insalubridade 20% | 260,40 | |
| 067 Adicional Noturno 40% | 228,35 | |
| 151 DSR Ad. Noturno 40% | 41,94 | |
| 597 1/3 Férias | 775,59 | |
| 902 INSS Férias | | 275,60 |
| 913 IRRF Férias | | 69,21 |
| Totais | **********3.102,36 | **********344,81 |
| | Líquido: | **********2.757,55 |

CENTRO DE CUSTO
100
100S
021 2023

Recebi da firma INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
estabelecida á R AMADOR BUENO, 333 CONJ 17 em Santos a importância de R$ 2.757,55
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: THIAGO PONCIANO DA CONCEIÇÃO (000537) / Depto.: 0000 | | |
| CTPS<br>00093686 / 00295 | Admissão<br>17/06/2020 | Função:<br>OPERADOR DE RADIO TARMS |

## 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<br>30 Dias | Faltas<br>00 | Período aquisitivo<br>17/06/2021 a 16/06/2022 | Período a ser gozado<br>01/03/2023 a 30/03/2023 |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura do Funcionário | | |
| Data<br>30/01/2023 | Assinatura da Empresa | | |

000584

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

## Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002497 | | 24/02/2023 | 282,90 |

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
24/02/2023

**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**
MONGERAL S A

**CPF/CNPJ do Beneficiário Original**
33.608.308/0001-73

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

**CPF/CNPJ do Pagador Efetivo**
14.512.229/0001-10

**Instituição Financeira Favorecida**
237 - BCO BRADESCO S A

**Código de Barras**
23793.36908.52018.310988.72000.821008.4.92710000028290

| Valor Nominal | Desc. / Abat. | Juros | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|
| 282,90 | 0,00 | 0,00 | 282,90 |

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
FATURA 63 REF 02 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E371D6C32C3342DA30F

**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)

000585

MAG SEGUROS

## Grupo de Cobrança

**Estipulante:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **Contrato:** 53604 **Apólice:** 93.202.431

**Sub-Estipulante Pagador:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / CUBATÃO

**Relação de Sub-Estipulantes Incluídos neste Grupo de Cobrança**

| Nº Sub | Sub-Estipulante | Forma Pagamento | CNPJ / CPF | Fatura | Prêmio |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | Ficha Compensação | 14.512.229/0001-10 | 63 | 282,90 |
| | | | | | **282,90** |

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAI
1036
COMPETÊNCIA
02/2023

**NOVO NÚMERO PARA ASSISTÊNCIA DO SEU SEGURO**
Ligue para 0800 770 4369

MAG SEGUROS

Bradesco | 237-2 | **RECIBO DO SACADO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73 | Agência/Cód. Beneficiário<br>3369-3 / 0008210-4 | Data Emissão<br>08/02/2023 | Vencimento<br>24/02/2023 |
| Pagador<br>INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | Nosso Número<br>005/20183109872-8 | Número do Documento<br>73423077 | Valor Documento<br>282,90 |

Bradesco | 237-2 | **23793.36908 52018.310988 72000.821008 4 92710000028290**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Banco Bradesco S. A.<br>Pagável preferencialmente nas agências do Bradesco | | | | | | Vencimento<br>24/02/2023 |
| Beneficiário<br>MONGERAL SEGUROS E PREVIDENCIA CNPJ 33.608.308/0001-73 | | | | | | Agência/ Cód. Beneficiário<br>3369-3 / 0008210-4 |
| Data do Pagamento<br>08/02/2023 | | Número do Documento<br>73423077 | Espécie do Documento<br>RPB | Aceite<br>A | Data Processamento<br>08/02/2023 | Nosso Número<br>005/20183109872-8 |
| Uso do Banco<br>8600 | CIP<br>000 | Carteira<br>05 | Espécie Moeda<br>REAL | Quantidade<br>0 | Valor<br>282,90 | (=) Valor do Documento<br>282,90 |

**Instruções (texto de responsabilidade do cedente)**

ESTE BOLETO É VÁLIDO ATÉ 60 DIAS APÓS O VENCIMENTO PARA PAGTO EM QUALQUER BANCO.

(-) Descontos/Abatimentos
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado 282,90

Pagador:
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
SANTOS - SP CEP: 11013-151
Pagador/Avalista:

**Ficha de Compensação**
**Autenticação Mecânica**

MAG SEGUROS

# Resumo da Fatura

**Contrato:** 53604-0
**Nº Fatura:** 63
**Produto:** MONGERAL COTADO VG TM 2012 AT83
**Apólice:** 93.202.431

**Corretor Principal:** DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

| | MOVIMENTAÇÕES NA COMPETÊNCIA | | MOVIMENTAÇÕES RETROATIVAS | |
|---|---|---|---|---|
| | Nº Vidas | Prêmio | Nº Vidas | Prêmio |
| (+) Totais Anteriores | 23 | 282,90 | 0 | 0,00 |
| **(+) INCLUSÕES** | | | | |
| Novas Inclusões | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reabilitação de Inadimplentes | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reativações | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Parcelas Recebidas Fatura Anterior | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Quitação Antecipada (+) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Transferência de Sub-Estipulante Entrada | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **(+) AUMENTOS DE PRÊMIOS** | | | | |
| Renovações Prêmios A Vista | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Prêmios Mensais | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Aumento de Taxa | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reenquadramento Etário (+) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Aumento de Capital | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Atualização Monetária | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **(-) REDUÇÃO DE PRÊMIOS** | | | | |
| Redução de Taxas | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Redução de Capital | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Reenquadramento Etário (-) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **(-) EXCLUSÕES** | | | | |
| Suspensão por Inadimplência | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Transferência de Sub-Estipulante Saída | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Parcelas a Vencer | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cancelamento a Pedido | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cancelamento por Inadimplência | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cancelamento por Sinistro | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Quitação Antec (-) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| (=) TOTAIS P/ PRÓXIMA FATURA | 23 | 282,90 | | |
| (=) TOTAIS RETROATIVOS | 0 | 0,00 | | |
| Ajuste (+) | 0 | 0,00 | | |
| Ajuste (-) | 0 | 0,00 | | |
| A Compensar Próxima Fatura (+) | 0 | 0,00 | | |
| Compensação Fatura Anterior (-) | 0 | 0,00 | | |
| **(+) TOTAL DA FATURA:** | 23 | 282,90 | | |

**Data Vencimento:** 24/02/2023 **Data Emissão:** 08/02/2023

**Nome:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE
**Endereço:** RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
**Bairro:** CENTRO **Cidade:** SANTOS
**U.F:** SP **CEP:** 11013-151

| | |
|---|---|
| **Prêmio Líquido:** | 281,83 |
| **IOF:** | 1,07 (+) |
| **Comissão Dedutível:** | 0,00 (-) |
| **Comissão Adm. Dedutível:** | 0,00 (-) |
| **Ajuste Financeiro:** | 0,00 (+) |
| **Devolução:** | 0,00 (-) |
| **Prêmio a Pagar:** | **282,90 (=)** |

**Unidade de Emissão da Fatura:** F02 - SÃO PAULO

**Competência:** 01/02/2023 a 28/02/2023

MAG SEGUROS

# Guia de Remessa de Faturas

**Emitida em: 08/02/2023**

**Corretor:** DALILA MOALLA SULEIMAN - ME

**Código:** 7266511 **Órgão Produtor:** F02

**Endereço:** AVENIDA PRESIDENTE WILSON , 40 , APTO 205 B

**Bairro:** GONZAGA **Cidade:** SANTOS **CEP:** 0 **UF:** SP

| Contrato | Estipulante | Sub-Estipulante Pagador | Valor Prêmio | Tipo de Cobrança |
|---|---|---|---|---|
| 53604.0 | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE | INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / CUBATÃO | 282,90 | BOLETO REGISTRADO |
| | | | 282,90 | |

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE / CUBATÃO
RUA AMADOR BUENO , 333 , CONJ 1703 / 1705
CENTRO - SANTOS - SP
CEP: 11013-151

000589

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

## Emissão 2ª Via

| No. compromisso banco | No. compromisso cliente | Data do Crédito | Valor |
|---|---|---|---|
| 900002499 | | 24/02/2023 | 290,00 |

**Convênio**
0033-0123-004906738922

**Data da Solicitação**
24/02/2023

**Agência/Conta Corrente**
0123 / 000130041276

**Nome/Razão Social do Pagador Original**
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PAR

**CPF/CNPJ do Pagador Original**
14.512.229/0001-10

**Nome/Razão Social do Beneficiário Original**
BEN BENEFICIOS E SERVICOS INSTI

**CPF/CNPJ do Beneficiário Original**
30.798.783/0001-61

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

**CPF/CNPJ do Pagador Efetivo**
14.512.229/0001-10

**Instituição Financeira Favorecida**
033 - BCO SANTANDER BRASIL S A

**Código de Barras**
03399.04997.27790.000015.14019.001016.5.92710000029000

| Valor Nominal | Desc. / Abat. | Juros | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|
| 290,00 | 0,00 | 0,00 | 290,00 |

**Tipo de Serviço**
Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**
PEDIDO 791434 VA 02 2023

**Autenticação Bancária**
3F10E373D0C170E4CD1848A

**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

Santander | 033-7 | 03399049972779000001514019001016592710000029000

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO, CEP: 11013151SANTOS SP

Pagador/Avalista:

| Nosso Número | Nº do Documento | Data de Vencimento | Valor do Documento | (=) Valor Cobrado |
|---|---|---|---|---|
| 900000114019-0 | 791434 | 24/02/2023 | 290,00 | |

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BEN BENEFICIOS E SERVICOS S.A. CPF/CNPJ: 30798783000161

Autenticação Mecânica

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

Santander | 033-7 | 03399049972779000001514019001016592710000029000

Local de Pagamento

"

Data de Vencimento

24/02/2023

Beneficiário/CPF/CNPJ

BEN BENEFICIOS E SERVICOS S.A. CPF/CNPJ: 30798783000161

Agência / Código do Beneficiário

02271/0499277

| Data do Documento | Nr. do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data de Processamento |
|---|---|---|---|---|
| 23/02/2023 | 791434 | 99 | N | 23/02/2023 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade Moeda | Valor Moeda |
| | 101 | R$ | | |

Nosso Número

900000114019-0

(=) Valor do Documento

290,00

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE CPF/CNPJ: 14512229000110

R AMADOR BUENO 333, CONJ 1703 / 1705, CENTRO

CEP: 11013151SANTOS-SP

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Pagador/Avalista:

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1021
COMPETÊNCIA
02/2023

# Informações dos Beneficiários

*Preencha as informações dos funcionários que receberão o benefício. Cada linha representa um beneficiário e um produto.*

| CNPJ | Código do Local de entrega | Matrícula | Nome Completo | CPF | Data de Nascimento | Produto | Valor do crédito | Data do crédito |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14512229/0001-10 | CUB001 | | ANA CAROLINI REZENDE DANTAS | 455.178.508-39 | 12/09/1996 | 1 | R$ 290,00 | 01/03/2023 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

000591