000623

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002506

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/02/2023

Valor
113,43

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
27/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.21873.212936.82430.820009.5.92750000011343

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
113,43	0,00	0,00	113,43

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 3000091757 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E376FC95D1CCDE956A2

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)

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59 105 999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emilia 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **28/02/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01218732-1**	No. Documento **3000091757**	Valor do Documento **113,43**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 21873.212936 82430.820009 5 92750000011343

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **28/02/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/02/2023**	No. Documento **3000091757**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **02/02/2023**	Nosso Número **109 / 01218732-1**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **113,43**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO)

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

http://agua.brastemp.com.br/

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

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA - 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL 2800
11510-003 - CENTRO - CUBATAO - SP

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

CNPJ/CPF 14512229000110

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0948106281	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000113,43	AV NOVE DE ABRIL 2800 COPA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$0000000113,43

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$0000000113,43

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1300
COMPETÊNCIA
02/2023

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900002505		27/02/2023	523,42

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
27/02/2023

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
00190.00009.01721.620001.00002.683175.1.92750000052342

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
523,42	0,00	0,00	523,42

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 27908 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E374E341D491DD668BB

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)

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: AMADOR BUENO,333		Bairro: ALPHAVI INDUS	
CEP: 11013153	Cidade: SANTOS	UF: SP	Cpf/Cnpj: CNPJ: 14.512.229/0001-10	RG/Inscr. estadual: ISENTO
Nº documento: 2683	Data de vencimento: 28/02/2023	Nosso número: 17216200000002683	Valor documento: 523,42

Notas Fiscais : 000027908

Autenticação mecânica - Recibo do pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01721.620001 00002.683175 1 92750000052342

Local de pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento: 28/02/2023
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: 17216200000002683
Data do documento: 10/02/2023	Número do documento: 2683	Espécie doc.: DM	Aceite: N	Data Processamento: 10/02/2023	(=) Valor documento: 523,42
Uso do banco	Carteira: 17	Espécie: R$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) COBRAR MULTA DE 2% E JUROS MORA DE R$ 1,39 Notas Fiscais : 000027908					(-) Outras deduções (+) Mora / Multa (+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado
Pagador: (302) INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE AMADOR BUENO - 333 - CJ 1816 - ALPHAVI INDUS 11013153 - SANTOS - SP					CNPJ: 14.512.229/0001-10
Sacador / Avalista					Código de baixa

Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Protocolo de entrega

Cliente	Cobrança	Nosso número	Emissão	Vencimento	Valor
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE	2683	17216200000002683	10/02/2023	28/02/2023	523,42

NF-e
Série 001
Nº 000.027.908

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

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DO RECEBIMENTO

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P SAUDE (Cod. 302)

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 **000.027.908**
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 0279 0810 0005 7947

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
1-35-23-0217698358 10/02/2023 09:45:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	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	10/02/2023

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

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

FATURA
Fatura: 2683 Vencimento: 28/02/2023 Valor: R$ 523,42

CÁLCULO 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	523,42

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	523,42

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	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

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	91.989	5,690	0,00	0,00	523,42	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: Trib aprox R$: 0,00 Federal, 94,22 Estadual;Fonte: IBPT/empresometro SP B391D4
Inf. Fiscal:DOCUMENTOS FISCAIS:388693,388934,390054;;

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1211
COMPETÊNCIA
02/2023

Cnbt l dmn dl ldcn onqKmwOnr sn E..blk{ v v v -ltmwbnl -aqonr sn,ė blk Linx

000628

AUTO POSTO VILA NOVA LTDA

EXTRATO DE NOTAS A PRAZO EM ABERTO (DETALHADO)

Versão : 17.15.1.0

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
10/02/2023	28/02/2023	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$
02/02/2023	3		RHX6B53			59		388693	25,9600	GASOLINA C COMUM	5,690/L	147,71	147,71
03/02/2023	1		SDU3F65	LOGAN	12543	59		388934	36,7300	GASOLINA C COMUM	5,690/L	208,99	208,99
06/02/2023	2		SDU3F64	LOGAN	4859	59		390054	29,3010	GASOLINA C COMUM	5,690/L	166,72	166,72

Observações

RESUMO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

DESCRIÇÃO		QTDE	TOTAL (R$)
GASOLINA C COMUM	5,690/L	91,9910	523,42
TOTAL DE PRODUTOS / SERVIÇOS		**91,9910**	**523,42**

TOTAL

DESCRIÇÃO	TOTAL (R$)	
TOTAL DESTE EXTRATO	R$ 523,42	(+)
TOTAL A PAGAR	R$ 523,42	(=)

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

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002507

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/02/2023

Valor
989,10

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
27/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

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

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
WHIRLPOOL SA

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
59.105.999/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.09016.21873.052936.82430.820009.7.92750000098910

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
989,10	0,00	0,00	989,10

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
FATURA 3000089508 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37D6924B0D7955A3D3

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)

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59 105 999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Beneficiário: **WHIRLPOOL S/A** Olympia Semeraro 675 - Jd Santa Emilia 04183-901 - SÃO PAULO - SP	CNPJ Beneficiário: **59.105.999/0001-86**	Agência/Cod. Beneficiário **2938/24308-2**	Vencimento **28/02/2023**
Pagador **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA**	Nosso Número **109 / 01218730-5**	No. Documento **3000089508**	Valor do Documento **989,10**

Recibo do Pagador 1/1 Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| 34191.09016 21873.052936 82430.820009 7 92750000098910

Local de Pagamento Pagável na rede bancária					Data de Vencimento **28/02/2023**
Beneficiário **WHIRLPOOL S/A**				CNPJ do Beneficiário **59.105.999/0001-86**	Agência/Cód. Beneficiário **2938/24308-2**
Data Documento: **01/02/2023**	No. Documento **3000089508**	Espécie Doc. **CH**	Aceite **N**	Data Proces. **02/02/2023**	Nosso Número **109 / 01218730-5**
Uso do Banco	Carteira **109**	Moeda **Real**	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento **989,10**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO)

APOS VCTO MULTA DE 2% + 1% JUROS AM

NÃO RECEBER APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

SAC BRASTEMP AGUA: 4004-4006 DIARIAMENTE

DAS 08H00 ÀS 22H00.

http://agua.brastemp.com.br/

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

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA - 14.512.229/0001-10
AV NOVE DE ABRIL 2800
11510-003 - CENTRO - CUBATAO - SP

Sacador Avalista -

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica

Whirlpool S.A.
Olympia Semeraro 675
Jd Santa Emilia
04183-901 - São Paulo - SP
CNPJ 59.105.999/0001-86
I.E. 113.779.581.110

BRASTEMP

CNPJ/CPF 14512229000110

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA

AV NOVE DE ABRIL 2800

11510003 CUBATAO SP

DEMONSTRATIVO DE LOCAÇÃO DE PURIFICADORES DE ÁGUA

CONTRATO	ITEM	OBS	INICIO	FINAL	DIAS	VALOR	ENDERECO	CIDADE	UF
0945633901	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633902	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 DALVA	CUBATAO	SP
0945633904	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 132 BARROSO	CUBATAO	SP
0945633905	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV N SRA DE FATIMA SN EDUARDO	CUBATAO	SP
0948050946	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	R AMADOR BUENO 333 CJTO 1816	SANTOS	SP
0948053674	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 RECEPCAO	CUBATAO	SP
0948053676	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 EMERGENCIA	CUBATAO	SP
0948074484	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV MARTINS FONTES 76 REPOUSO I	CUBATAO	SP
0949074788	Ecohouse Prestacao		01/02/23	28/02/23	027	0000000109,90	AV NOVE DE ABRIL 2800 SALA ALPHA	CUBATAO	SP

VALOR DAS LOCACOES R$00000000989,1

DESPESA BANCARIA R$0000000000000

VALOR TOTAL DA FATURA R$00000000989,1

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAL
1299
COMPETÊNCIA
02/2023

000633

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Pagamento de Títulos

Santander

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900002504

No. compromisso cliente

Data do Crédito
27/02/2023

Valor
7.871,60

Convênio
0033-0123-004906738922

Data da Solicitação
27/02/2023

Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Nome/Razão Social do Pagador Original
INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430

CPF/CNPJ do Pagador Original
14.512.229/0001-10

Nome/Razão Social do Beneficiário Original
CENTRO AP M. P. S - CAMPS

CPF/CNPJ do Beneficiário Original
58.253.667/0001-86

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

CPF/CNPJ do Pagador Efetivo
14.512.229/0001-10

Instituição Financeira Favorecida
341 - ITAU UNIBANCO S A

Código de Barras
34191.57007.04654.898073.90156.920002.5.92720000787160

Valor Nominal	Desc. / Abat.	Juros	Valor a Pagar
7.871,60	0,00	0,00	7.871,60

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço
NF 23706 REF 02 2023

Autenticação Bancária
3F10E37268EE32B490FD5D7

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)

000634

RECIBO DO PAGADOR

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04654.898073 90156.920002 5 92720000787160**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.						Vencimento **25/02/2023**
Beneficiário **CENTRO AP M. P. S - CAMPS** **CNPJ/CPF:** 58.253.667/0001-86 AV WASHINGTON LUIS, 02, , 11050200 - VL MATHIAS - SANTOS - SP						Agência/Código Beneficiário 8079/01569-2
Data do documento 09/02/2023	Núm. do documento 23706/02	Espécie Doc. DSI	Aceite N	Data Processamento 09/02/2023		Nosso Número 157 / 00046548 - 9
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R$	Quantidade	Valor		(=) Valor do Documento **7.871,60**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS REF. PAGTO DO FATURAMENTO DO MES DE FEVEREIRO/2023 CONFORME DEMONSTRATIVO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Juros/Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430 **CNPJ/CPF:** 14.512.229/0001-10 ALAMEDA ITAPECURU , 06454080 - ALPHAVILLE CENT - BARUERI - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:**						

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04654.898073 90156.920002 5 92720000787160**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.						Vencimento **25/02/2023**
Beneficiário **CENTRO AP M. P. S - CAMPS** **CNPJ/CPF:** 58.253.667/0001-86 AV WASHINGTON LUIS, 02, , 11050200 - VL MATHIAS - SANTOS - SP						Agência/Código Beneficiário 8079/01569-2
Data do documento 09/02/2023	Núm. do documento 23706/02	Espécie Doc. DSI	Aceite N	Data Processamento 09/02/2023		Nosso Número 157 / 00046548 - 9
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R$	Quantidade	Valor		(=) Valor do Documento **7.871,60**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS REF. PAGTO DO FATURAMENTO DO MES DE FEVEREIRO/2023 CONFORME DEMONSTRATIVO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Juros/Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDIC -1430 **CNPJ/CPF:** 14.512.229/0001-10 ALAMEDA ITAPECURU , 06454080 - ALPHAVILLE CENT - BARUERI - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:**						

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

000635

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

Número da NFS-e
23706

Data e Hora da Emissão	09/02/2023 09:18:33	Competência	9/2/2023	Código de Verificação	3PWFFE5V5
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	CENTRO DE APRENDIZAGEM E MOBILIZACAO PROFISSIONAL E SOCIAL - CAMPS				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	58.253.667/0001-86	Inscrição Municipal	264354	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA WASHINGTON LUÍS ,2 - VILA MATHIAS CEP: 11050-200				
Complemento:	0000 / S/N	Telefone:	(13)3226-6464	e-mail:	compras@camps.org.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	BARUERI - SP
Endereço e CEP	ALAMEDA Itapecuru ,1230 - Alphaville Centro Industrial e Empresarial/Alphaville. CEP: 06454-080				
Complemento:	CONJ 1230	Telefone:		e-mail:	FINANCUB@ALPHAINSTITUTO.COM.BR

Discriminação dos Serviços

CONTRIBUIÇÃO INSTITUCIONAL R$ 3.645,60

REPASSE - PROJETO AVANTE PARA O FUTURO

SALÁRIO R$ 3.315,20
VT R$ 910,80

CENTRO DE CUSTO
100
CÓDIGO GERENCIAI
1016
COMPETÊNCIA
02/2023

Código do Serviço / Atividade

27.01 / 8800600 - serviços de assistência social sem alojamento

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	7.871,60	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	7.871,60
(-) Desconto Incondicionado		4-Imune	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum		
Outras Retenções		Opção Simples Nacional		
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter:	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	7.871,60	Incentivador Cultura		
		2-Não		

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

CENTRO DE APRENDIZAGEM E MOBILIZAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIAL
CNPJ: 58.253.667/0001-86
Entidade beneficente certificada no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Declarado de Utilidade pública federal, pelo Decreto Federal de 22/11/1991. Declarado de Utilidade pública estadual, pela Lei nº 4.135 de 04/07/1984. Declarado de Utilidade pública municipal pela Lei nº 3.822 de 03/10/1973, publicado no Diário Oficial da União no dia 25/11/1991. Registrado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Santos – CMDCA sob o nº 119 de 05/10/2006. Registrado no Conselho Municipal de Assistência Social de Santos - CMAS sob o nº 25 de 02/09/2001.Filiado à FEBRAEDA - Federação Brasileira das Associações Socioeducacionais de Adolescentes. Registrado nos Programas de Aprendizagem Profissional do Ministério da Economia - ME.

Santos, 01 de fevereiro de 2023.

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE - 1430
CNPJ: 14.512.229/0001-10
AT. SETOR FINANCEIRO

Enviar o faturamento para:
financub@alphainstituto.com.br

Condição de Pagamento: Hora Atividade
Contribuição Institucional: 70% Salário Mínimo
Benefícios: Vale Transporte

Pelo presente, solicito a V. Sª os valores referente ao Contrato de Aprendizagem das adolescentes aprendizes abaixo relacionadas, correspondente ao mês de **fevereiro de 2023** e benefícios para o mês de **março de 2023.**

QUANTIDADE DE APRENDIZES:
4

REG.	NOME	DIAS	SALÁRIO	CONT. INST. 70%	DIAS VT	VT | MÊS 03/23	TOTAL
15932	Lorena Phyetra de Souza Silva	28	R$ 828,80	R$ 911,40	23	R$ 227,70	**R$ 1.967,90**
15972	Ryan Taira Alexandrino	28	R$ 828,80	R$ 911,40	23	R$ 227,70	**R$ 1.967,90**
15996	Ana Carolina Sá Vieira	28	R$ 828,80	R$ 911,40	23	R$ 227,70	**R$ 1.967,90**
16470	Myllena de Jesus Deslgado	28	R$ 828,80	R$ 911,40	23	R$ 227,70	**R$ 1.967,90**
	VALOR TOTAL		**R$ 3.315,20**	**R$ 3.645,60**		**R$ 910,80**	**R$ 7.871,60**

Elaborado por:
Ariadne França
Departamento Financeiro - CAMPS

000637

Santander

Emissão 2ª Via

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

No. compromisso banco
900002508
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
28/02/2023
Agência/Conta Corrente
0123 / 000130041276

Dados do Pagamento

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Empresa:	PM SAO PAULO
Convenio de Arrecadacao:	00336496000900003219
Codigo de Barras:	81800000056-0 02585701230-0 22800997898-7 22010089954-1
Data de Pagamento:	28/02/2023
Data de Vencimento:	28/02/2023
Valor:	R$ 5.602,58
Data da Transacao:	28/02/2023
Hora da Transacao:	15:23:40
Canal:	PGFOR
Autenticacao:	3F10E37C13586B2055726EE

Pagamento efetuado com base nas informacoes do codigo de barras.

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

Tipo de Serviço
20

Complemento do Tipo de Serviço
PARCELAMENTO PMSP PARCELA 8 DE 36

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)

000638

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

IDENTIFICADOR DO DÉBITO AUTOMÁTICO: **200.000.000.000.000.507.956.993.0**

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	28/02/2023

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO 99789822-4-01
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$ **********5.549,61	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR 4.398.678-1	07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390 / 08-NR: / 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC / 11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$ ****1.419,05	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: ** / 14-PARCELA: 008/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 000			18-VALOR R$ **********5.602,58 19- 20-
29-OUTRAS INFORMAÇÕES VALORES GRAFADOS EM REAIS TERMO DE ACORDO:5.079.569 EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA			21-MULTA R$ 22- 23-DESCONTO R$ 24-

30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$	32-JUROS R$	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA	25-DATA DE VALIDADE	26-TOTAL A PAGAR R$
**********2.089,06	**********586,76	**********1.454,57		28/02/2023	**********5.602,58

008 009978982201

81800000056-0 02585701230-0 22800997898-7 22010089954-1

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

Via Banco

CIDADE DE SÃO PAULO

Documento de Arrecadação do Município de São Paulo - DAMSP

01-INCIDÊNCIA	02-VENCIMENTO
	28/02/2023

03-NOME DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			04-Nº DOCTO. ARRECADAÇÃO 99789822-4-01
05-VALOR NA DATA DE EMISSÃO R$ **********5.549,61	06-ESPECIFICAÇÃO DO TRIBUTO/MULTA ISS/TAXAS	CÓD CONTRIBUINTE / DEVEDOR 4.398.678-1	07-CÓDIGO DO TRIBUTO: 390 / 08-NR: / 09-NR: 5
10-EMITENTE: PGM - FISC / 11-DATA DE EMISSÃO: 15/07/2022	12-Nº EXECUÇÃO / CRÉDITO	12-VALOR DE ENCARGOS R$ ****1.419,05	13-CÓD. RECEITA / PAG. ESP: ** / 14-PARCELA: 008/036
28-ENDEREÇO DO CONTRIBUINTE / DEVEDOR R YOSHIMARA MINAMOTO NRO 00681 CID FIM DE SEMANA CEP: 05847 000			18-VALOR R$ **********5.602,58 19- 20-
29-OUTRAS INFORMAÇÕES VALORES GRAFADOS EM REAIS TERMO DE ACORDO:5.079.569 EXER: 17 18 19 20 PAGÁVEL SOMENTE NOS BANCOS AUTORIZADOS PRESTAÇÃO ANTERIOR NÃO PAGA OU EM ATRASO GERA O ROMPIMENTO DO ACORDO E O PROSSEGUIMENTO DA COBRANÇA			21-MULTA R$ 22- 23-DESCONTO R$ 24-

30-VALOR PRINC. DÍVIDA R$	31-ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA R$	32-JUROS R$	SR. CAIXA: NÃO RECEBER APÓS ESTA DATA	25-DATA DE VALIDADE	26-TOTAL A PAGAR R$
**********2.089,06	**********586,76	**********1.454,57		28/02/2023	**********5.602,58

008 009978982201

81800000056-0 02585701230-0 22800997898-7 22010089954-1

27 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA