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

Número da NFS-e
10

Data e Hora da Emissão	22/04/2021 13:57:41	Competência	22/4/2021	Código de Verificação	H1GKXXVWA
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	MONGAGUA - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	CW PRIMITZ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	30.645.182/0001-19	Inscrição Municipal	2800952	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA DONA AMÉLIA LEUCHTENBERG ,80 - PONTA DA PRAIA CEP: 11030-020				
Complemento:	0056 / TORRE	Telefone:	(13)3289-1541	e-mail:	depfiscal1@hecoecontabilidade.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal	2861988	Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	Conjunto 1703/1705	Telefone:	(13)4141-3837	e-mail:	finanmonga@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos

UPA Agenor de Campos¿ 12 Plantões

Período de 01/03/2021 a 31/03/2021 - Prefeitura Municipal de Mongaguá x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021

SERVIÇOS PRESTADOS EM MONGAGUÁ / SP

CENTRO DE CUSTO
170
CÓDIGO GERENCIAL
101

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 8630503 - atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS	105,30	COFINS	486,00	IR(R$)	243,00	INSS(R$)		CSLL(R$)	162,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	16.200,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	16.200,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	996,30	0-Nenhum	Base de Cálculo	16.200,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	486,00	2 - Não	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	14.717,70	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	486,00

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.

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

Número da NFS-e
13

Data e Hora da Emissão	22/04/2021 16:20:22	Competência	22/4/2021	Código de Verificação	XWTBHL6JV
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CUBATAO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	CLINICA MEDICA DE LUCA & SANTANA LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	39.344.107/0001-92	Inscrição Municipal	2933036	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	AVENIDA CONSELHEIRO NÉBIAS ,663 - BOQUEIRÃO CEP: 11045-003				
Complemento:	147 / TORRE	Telefone:	12982044765	e-mail:	fiscal@defensorsp.com

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal	2861988	Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	1703 / 1705 BLOCO B	Telefone:	(13)4141-3837	e-mail:	CT@LDMASSESSORIA.COM

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviços Médicos

UPA Agenor de Campos ¿ 2 Plantões

Pronto Socorro Vera Cruz ¿ 1 Plantões

Período de 01/03/2021 a 31/03/2021 - Prefeitura Municipal de Mongaguá x Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021

SERVIÇOS PRESTADOS EM MONGAGUÁ / SP

Valor Bruto: R$ 4.750,00

CENTRO DE CUSTO
170
CÓDIGO GERENCIAL
1101

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8610102 - atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

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$	4.750,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	4.750,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	4.750,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISS Retido	142,50	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	4.607,50	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	142,50

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.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

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

Número da NFS-e
683

Data e Hora da Emissão	01/04/2021 12:37:22	Competência	1/4/2021	Código de Verificação	R0T31JQTC
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	NOGUEIRA & BERGAMASCHI - ESTACIONAMENTOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	11.158.528/0006-14	Inscrição Municipal	2821038	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA AMADOR BUENO ,333 - CENTRO CEP: 11013-153				
Complemento:	0000	Telefone:	(13)3307-3964	e-mail:	edelcio@sanpark.net.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE				
CNPJ/CPF	14.512.229/0001-10	Inscrição Municipal	2861988	Município	SANTOS - SP
Endereço e CEP	RUA AMADOR BUENO ,333 - PAQUETÁ CEP: 11013-151				
Complemento:	CONJ 1703 E 1705	Telefone:	(13)3233-7379	e-mail:	contato@alphainstituto.com.br

Discriminação dos Serviços

02 VAGAS MENSALISTA MÊS VALOR R$ 150,00

DESTAQUE DE IMPOSTO CONFORME

LEI 12741/2012 - 9,10% = R$ 27,30

Código do Serviço / Atividade

11.01 / 522310002 - estacionamento de veículos - outros veículos, não especificados anteriormente

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$	300,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	300,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	300,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,70
(-) ISS Retido	8,10	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	291,90	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	8,10

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.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0345 | 003 | 00004331-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3149 / 00000306406-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE
CPF/CNPJ:	67.729.178/0004-91
Valor:	R$ 3.083,75
Valor da tarifa:	R$ 10,45
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	COMPRA DE MEDICAMENT
Histórico:	

Data de débito:	12/05/2021
Data / Hora da operação:	12/05/2021 15:31:57

Código da operação: 00175277
Chave de segurança: FF0ERTLSQNX6CE5K

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

RECEBEMOS DE COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº. 1434000 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO, 1000, NUCLEO RESIDENCIAL
DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA / SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº. 1434000
SÉRIE 1 FL 1/1

CHAVE DE ACESSO
35210567729178000491550010014340001911360509

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
VENDA DENTRO ESTADO	135210524355325 12/05/2021 20:42:43	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			14.512.229/0001-10	12/05/2021
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
R AMADOR BUENO 333		CENTRO	11013-151	12/05/2021
MUNICÍPIO	TELEFONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SANTOS	1333227379	SP		20:39:16

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
001	12/05/2021	3.083,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.083,75	555,08	0,00	0,00	3.083,75
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.083,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME- 13	0 - EMITENTE 1 - DESTINAT. [0]				15066184000160
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	VOLUME(S)		0,00000	11,801	11,801

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VL.ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
001620	BROMETO DE N-BUTILESC 20MG,DIPIR SOD 2,5 (BOEHRINGER) L: C62067 Q: 702,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2023	30044990	00	5102	AP	702,00	4,3928	3.083,75	3.083,75	555.08	0	18.00	0

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 13/05/21
ASS

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saude

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA: 14512229000110-AVENIDA SAO PAULO 3288 Bairro/Distrito: VERA CRUZ Municipio: MONGAGUA CEP: 11730000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 004 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Contrato de Gestao n 002/2021 firmado entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Mongagua SP DATA ENTREGA: 13/05/2021 Pedido. 1922821 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1922821 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. INDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Razao Social: UNIMED DE TRES PONTAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO Endereco: AVENIDA SAO PAULO 3288 Bairro/Distrito: VERA CRUZ Municipio: MONGAGUA CEP: 11730000 UF: SP Pais: BRASIL Email: compras@alphainstituto.com.br(Codigo Interno Emitente: 24653 Nome Fantasia: INSTITUTO ALPHA)
-

RESERVADO AO FISCO

CENTRO DE CUSTO
170

CÓDIGO GERENCIAL
1202

ALPHA
INSTITUTO

Mongaguá, 11 de maio de 2021.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 222.2021 – Mongaguá

Ao

Alpha Instituto

A/C: Financeiro

Ref.: Compra de Insumos (Medicamentos)

De acordo com Contrato de Gestão 002/2021, estabelecido entre a Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, venho por meio deste, solicitar a compra de:

- 02 cxs c/30 bolsas Ringer com Lactato
- 02 cx c/40 bolsas. Cloreto de Sódio 9mg/ml inj. IV 250 ml
- 08 cxs c/50 amp. Cloridrato de Ondansetrona 2mg
- 06 cx c/100 und. Hyplex B
- 03 cx c/30 comp. Enalapril 5mg
- 03 cx c/80 frasco Solução Fisiológica 0,9% 100 ml
- 02 cx c/80 und. Teflan 20mg
- 01 cx c/50 und. Acesyl 100mg/ml
- 01 cx c/200 amp. Cloreto de Sódio 9mg/ml inj. IV 10 ml
- 03 frascos Dermaex Óleo 100 ml
- 02 cx c/16 frasco Solução Fisiológica 0,9% 1000 ml
- 01 cxs c/60 und. Tramadol 50mg

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ALPHA
INSTITUTO

- 02 cxs c/60 und. Tramadol 100mg
- 702 cxs Brometo de N-Butilesc 20mg Dipirona sod. 2,5
- 04 cx c/30 comp. Captopril 25mg
- 04 frs c/20frascos. Omeprazol 20mg
- 02 cx c/30 comprimidos Sinvastatina 20mg
- 03 cx c/100 amp. Bepeben (Benzilpenicilina) 1.200.000 UI
- 03 cx c/100 amp. Dipirona monoidr. 500mg/ml
- 11 und. c/1000 ml Iodopovidona PVPI Tópico 1000 ml

Atenciosamente,

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Financeiro Mongagua - Alpha Instituto

De: compras@alphainstituto.com.br
Enviado em: quarta-feira, 12 de maio de 2021 13:42
Para: finanmonga@alphainstituto.com.br
Assunto: Rioclarense x Mongagua

Oi Val,
Por gentileza efetuar o pagamento R$ 3.083,75 ref. compra de medicamentos para Mongaguá
Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda – CNPJ 67.729.178/0004-91
Banco do Brasil / Ag 3149-6 / Conta 306406-9
FAVOR ME ENVIAR O COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ET: CI + NF seguirão posteriormente.
Grato

ALPHA INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar
Valmir Maziero
Gerente Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Tel: (13) 3329-0447

CENTRO DE CUSTO
170
CÓDIGO GERENCIAL
1202

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Conta de débito:	0345 | 003 | 00004331-2

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03120.174002 00001.058171 5 86190000488950
Instituição Emissora - Nome do Banco:	

Data do Vencimento:	13/05/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	13/05/2021
Valor Nominal do Boleto:	0,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	0,00
Valor Pago (R$):	4.889,50
Identificação do Pagamento:	NF 49116 REF 04 2021

Data/hora da operação: 13/05/2021 12:44:29

Código da operação: 000241140

Chave de segurança: YCYWN2NNF9P9FMXL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Instruções:

JUROS: Taxa Mensal : 5,90 % APOS 13/05/2021
MULTA DE 5,00% A PARTIR DE 14/05/2021
TITULO NEGATIVADO APOS 10 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 03120.174002 00001.058171 5 86190000488950**

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **CPF/CNPJ: 14.512.229/0001.10**
CEP: 11013153; RUA AMADOR BUENO 333; SANTOS - SP

Nosso Número	Nr. do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	(=) Valor Pago
00031201740000001058	**78373**	**13/05/2021**	**4.889,50**	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

GENERAL DOCTOR S SUPRIMENTOS ODONTOLOGIC **CPF/CNPJ: 01.275.757/0001.50**
AV. AFONSO PENA 41 MACUCO SANTOS SP-11.020-001

Agência/Código do Beneficiário
3021-0/1715-9

Autenticação mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 03120.174002 00001.058171 5 86190000488950**

Local de Pagamento					Data de Vencimento
Pagar preferencialmente nos canais de autoatendimento do Banco do Brasil.					**13/05/2021**
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código do Beneficiário
GENERAL DOCTOR S SUPRIMENTOS ODONTOLOGIC - CPF/CNPJ: 01.275.757/0001.50					**3021-0/1715-9**
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie Doc	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/04/2021	**78373**	**DM**	**N**	**13/04/2021**	**00031201740000001058**
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	17	**R$**			**4.889,50**

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

JUROS: Taxa Mensal : 5,90 % APOS 13/05/2021
MULTA DE 5,00% A PARTIR DE 14/05/2021

TITULO NEGATIVADO APOS 10 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento
0,00

(+) Juros/Multa
0,00

(=) Valor Cobrado
4.889,50

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE **CPF/CNPJ: 14.512.229/0001.10**
CEP: 11013153; RUA AMADOR BUENO 333; SANTOS - SP

Beneficiário Final

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

General Doctor's
SUPRIMENTOS ODONTOLÓGICOS

General Doctors Suprimentos Odontologicos Ltda

Av. Afonso Pena, 41
Macuco
Santos SP
CEP: 11020-001
Fone: 3232-6226

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

No: 000049116
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 3521 0401 2757 5700 0150 5500 1000 0491 1612 4056 4133

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: 135210396414164
13/04/2021 11:54:48

35101275757000150000111300044

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 633359147111

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIA:

CNPJ: 01.275.757/0001-50

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10

DATA EMISSÃO: 13/04/2021

ENDEREÇO: R AMADOR BUENO - 333 - CJ 1703

BAIRRO/DISTRITO: CENTRO

CEP: 11013-153

DATA DA SAÍDA: 13/04/2021

MUNICÍPIO: SANTOS

FONE/FAX: 3322-7379

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

SUFRAMA:

HORA DA SAÍDA: 11:52:01

FATURA

Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor	Título	Vencimento	Valor
001	13/05/2021	4.889,50									

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.632,41	4.889,50

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	**4.889,50**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:

FRETE POR CONTA: 9-SEM OCORRÊNCIA

CÓDIGO ANTT:

PLACA VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (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
WELT	LUVA LISA LATEX BR - P	90184999	0102	5102	UN	5	88,9000	444,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	LUVA LISA LATEX BR - M	40151900	0102	5102	UN	25	88,9000	2.222,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
DKSHGTAENF	LUVA LISA LATEX BR - G	40151900	0500	5405	UN	23	88,9000	2.044,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
SWEIWT	LUVA LISA DESCARPACK - G	90184999	0102	5102	UN	2	88,9000	177,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

CENTRO DE CUSTO
170

CÓDIGO GERENCIAL
1201

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 13/04/2021
ASS

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2021 FIRMADO ENTRE O INSTITUTO ALPHA E A PREFEITURA DE MONGAGUÁ - SP. ENDEREÇO PARA ENTREGA: AV. SÃO PAULO, N. 2200 - VILA CRUZ - MONGAGUÁ - SP. CEP: 11730-000. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI. [illegible] Fone: [illegible]

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE General Doctors Suprimentos Odontologicos Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO

Valor: 4.889,50
Nº Fat: 49116

NF-e
N: 000049116
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

RECEBIDO POR: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

ALPHA
INSTITUTO

Santos, 13 de abril de 2021.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 164.2021 – Mongaguá

Ao

Alpha Instituto

A/C: Financeiro

Ref.: Compra de Insumos

De acordo com Contrato de Gestão 002/2021, estabelecido entre a Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, venho por meio deste, solicitar a compra de:

- 05 cxs Luva Lisa látex BR-P
- 25 cxs Luva Lisa látex BR-M
- 23 cxs Luva Lisa látex BR-G
- 02 cxs Luva Lisa Descatpack- G

Atenciosamente,

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Conta de débito:	0345 | 003 | 00004331-2

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841208 00022.439178 8 86190000172003
Instituição Emissora - Nome do Banco:	

Data do Vencimento:	13/05/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	13/05/2021
Valor Nominal do Boleto:	0,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	0,00
Valor Pago (R$):	1.720,03
Identificação do Pagamento:	NF 1174451 REF 04 2021

Data/hora da operação: 13/05/2021 12:44:29

Código da operação: 000241151

Chave de segurança: GARJQU79EPXNXX1Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

dupatri	001-9	Recibo do Pagador	
Vencimento 13/05/2021	Código Beneficiário 3359-6 / 2034-6	Espécie R$	Quantidade
(=) Valor do Documento 1.720,03	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros	
(=) Valor Cobrado	Nosso Número 33088412000022439	Nº Documento 21174451U	
Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)			

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL	001-9	Recibo de Entrega	
Vencimento 13/05/2021	Código Beneficiário 3359-6 / 2034-6	Espécie R$	Quantidade
(=) Valor do Documento 1.720,03	Nosso Número 33088412000022439	Nº Documento 21174451U	
Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)			
Assinatura do recebedor			Data entrega

BANCO DO BRASIL | **001-9** | 00190.00009 03308.841208 00022.439178 8 86190000172003

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA					VENCIMENTO 13/05/2021
BENEFICIÁRIO DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0003-26					AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO 3359-6 / 2034-6
DATA DOCUMENTO 13/04/2021	Nº DOCUMENTO 21174451U	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 13/04/2021	NOSSO NÚMERO 33088412000022439
USO DO BANCO	CARTEIRA 17	ESPÉCIE R$	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO 1.720,03
INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO) Cobrar Juros de R$ 0,57 ao dia após o vencimento. TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO. NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO. COBRANCA BANCO DO BRASIL					(-) DESCONTO/ABATIMENTO (-) OUTRAS DEDUÇÕES (+) MULTA/MORA (+) OUTROS ACRÉSCIMOS
Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894) RUA AMADOR BUENO, 333 - CENTRO CEP.: 11013-151 SANTOS-SP Pagador/Avalista			CNPJ.: 14.512.229/0001-10 CNPJ.:		(=) Valor Cobrado

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

CENTRO DE CUSTO
170
CÓDIGO GERENCIAL
1201

RECEBEMOS DE DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA (CATALAO) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)	NF-e Nº 1174451 SÉRIE 1

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA: 1

Nº 1174451
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0404 0278 9400 0326 5500 1001 1744 5110 0022 2187

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152213972782789 13/04/2021 21:36:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)	14.512.229/0001-10	13/04/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
RUA AMADOR BUENO, 333	CENTRO	11013-151	13/04/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
SANTOS	01532835090	SP		21:35

FATURA / DUPLICATA

001 13/05/2021 1.720,03

CENTRO DE CUSTO
120

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.433,31	172,00	0,00	0,00	1.720,03

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.720,03

CODIGO GERENCIAL
1201

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7	CAIXAS			40,00	40,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-82104, Qtde: 4, Dt Val: 31/01/2026 ,Data Fab: 01/01/2021)	30059090	020	6108	RL	4	11,8000	47,20	39,33	4,72		12,00	
20576	EQUIPO MACRO-GOTAS 0121P LS C/250-EMBRAMED (Lote: 2000029023, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/2023 ,Data Fab: 01/09/2020)	90189010	020	6108	CX	2	321,0000	642,00	534,98	64,20		12,00	
36556	FRALDA GERIAT.TAM.G C/8 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	5	9,2300	46,15	38,46	4,62		12,00	
20951	SERINGA DESC.03ML S/AG C/1000 LL-BDBICO CENTRAL COM ROSCA (Lote: 1048109, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2026 ,Data Fab: 01/03/2021)	90183119	020	6108	CX	1	261,8000	261,80	218,16	26,18		12,00	
3071	SERINGA DESC.05ML S/AG C/700 LL-BD BICO CENTRAL COM ROSCA (Lote: 1048023, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2026 ,Data Fab: 01/03/2021)	90183119	020	6108	CX	1	242,5500	242,55	202,12	24,25		12,00	
35768	FITA ONCALL PLUS C/50- MEDLEVENSOHN (Lote: 1290807, Qtde: 12, Dt Val: 22/09/2022 ,Data Fab: 23/09/2020)	38220090	720	6108	CX	12	30,4000	364,80	303,99	36,48		12,00	
23963	SOL.FISIOL.0,9% 250ML FSF C/48-FRESENIUS (Lote: 74QA0430, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2-022 ,Data Fab: 01/01/2021)	30049099	020	6108	CX	1	115,5300	115,53	96,27	11,55		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Contrato de Gestão nº 002/2021 firmado entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Mongaguá - SP"Endereço para entrega: Av. São Paulo nº 3288 - Vera Cruz - Mongaguá
ITENS 1 a 7 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITENS 1 a 3,6
ITEM 4 e 5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 7 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 3,6 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 4 e 5 Aliq. 13,3% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
ITEM 7 ALIQUOTA 13,3% CONF. INCISO XVII DO ART.54RICMS/SP
ITENS 1 a 7
ITENS 1 a 7
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da cartilha para UF de Destino: R$ 74,06

RESERVADO AO FISCO

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 16/09/21
ASS

Luciano Barthalo Neto

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

Santos, 13 de Abril de 2021.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 165.2021 – Mongaguá

Ao

Alpha Instituto

A/C: Financeiro

Ref.: Compra de Insumos (Material)

De acordo com Contrato de Gestão 002/2021, estabelecido entre a Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, venho por meio deste, solicitar a compra de:

- 20 cxs c/100 und. Agulha Descartável 40x12 SR
- 03 cx c/100 und.Cateter Intravenoso de Teflon 20g (Periférico IV)
- 01 cxs c/100 und. Scalp 23 Biomass
- 10 pcts c/50 und.Eletrodo Descartável Adulto Maxicor SF02
- 25 rolos Esparadrapo 10cm x 4,5m
- 02 cxs c/100 und. Lanceta de Segurança 28g 15mm
- 10 rolos de Fita Micropore 25mm x 10m
- 04 rolos de 500g Algodão Hidrófilo
- 02 cxs c/250 und. Equipo macro 0121P LS
- 05 pcts c/08 und. Fralda Descartavel TAM. G
- 01 cxs c/1000 und. Seringa descartável 3ml
- 01 cxs c/700 und. Seringa descartável 5ml
- 12 cxs c/50 und. Fita oncall plus

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ALPHA
INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem-estar

- 01 cx c/48 und. Solução Fisiológica 0,9% 250ml
- 01 dúzias Atadura Crepe 13F 10cm
- 08 dúzias Atadura Crepe 13F 15cm
- 40 pcts c/10 und. Avental m. longa 30g
- 10 pcts Campo Operatório 45 x 50cm
- 25 und. Coletor de Urina sistema fechado
- 01 cx c/400 und. Comp. Gaze 7,5 x 7,5 EST. 13F
- 25 cxs. c/50 und. Mascara Descartável tripla com elástico
- 02 cxs c/10 und. Papel Lençol 50x50
- 01 cx c/ 10 und. Sonda Foley 2V Nº18
- 03 cxs c/100 und. Agulha Descartável 30 X 07
- 20 cxs c/100 und. Agulha Descartável 30 x 08
- 300 und. Cateter Intravenoso c/ agulha 22g x 25mm (Periférico IV)
- 100 und. Cateter Intravenoso c/ agulha 24g x 19mm (Periférico IV)
- 40 und. Coletor Periférico 13 ltrs
- 03 cxs c/500 und. Curativo redondo cor da pele
- 01 cx c/24 und. Nylon mon 2-0 3/8 20mm
- 03 cxs c/400 und. Seringa Descartável 10 ml LS-BD
- 06 cxs c/50 und. Seringa Descartável 20ML LUER LOCK

Atenciosamente,

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saude

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Conta de débito:	0345 | 003 | 00004331-2

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841208 00022.452171 2 86190000058995
Instituição Emissora - Nome do Banco:	

Data do Vencimento:	13/05/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	13/05/2021
Valor Nominal do Boleto:	0,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	0,00
Valor Pago (R$):	589,95
Identificação do Pagamento:	NF 1174467 REF 04 2021

Data/hora da operação: 13/05/2021 12:44:29

Código da operação: 000241154

Chave de segurança: V67R3N730KC9GZTF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

du atri	001-9	Recibo do Pagador	
Vencimento 13/05/2021	Código Beneficiário 3359-6 / 2034-6	Espécie R$	Quantidade
(=) Valor do Documento 589,95	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros	
(=) Valor Cobrado	Nosso Número 33088412000022452	Nº Documento 21174467U	
Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)			

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL	001-9	Recibo de Entrega	
Vencimento 13/05/2021	Código Beneficiário 3359-6 / 2034-6	Espécie R$	Quantidade
(=) Valor do Documento 589,95	Nosso Número 33088412000022452	Nº Documento 21174467U	
Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)			
Assinatura do recebedor			Data entrega

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009 03308.841208 00022.452171 2 86190000058995	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA			VENCIMENTO 13/05/2021
BENEFICIÁRIO DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0003-26			AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO 3359-6 / 2034-6
DATA DOCUMENTO 13/04/2021	Nº DOCUMENTO 21174467U	ESPÉCIE DOC. DM / ACEITE N / DATA PROCESSAMENTO 13/04/2021	NOSSO NÚMERO 33088412000022452
USO DO BANCO / CARTEIRA 17 / ESPÉCIE R$	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO 589,95
INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO) Cobrar Juros de R$ 0,19 ao dia após o vencimento. TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO. NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO. COBRANCA BANCO DO BRASIL			(-) DESCONTO/ABATIMENTO (-) OUTRAS DEDUÇÕES (+) MULTA/MORA (+) OUTROS ACRÉSCIMOS
Pagador INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894) RUA AMADOR BUENO, 333 - CENTRO CEP.: 11013-151 SANTOS-SP Pagador/Avalista	CNPJ.: 14.512.229/0001-10 CNPJ.:		(=) Valor Cobrado

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021

Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CNPJ: 14.512.229/0001-10

RECEBEMOS DE DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA (CATALAO) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e
N° 1174467
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-610
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442 6061
ADM. SANTOS : (13) 3228 8700

dupatri HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

N° 1174467
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0404 0278 9400 0326 5500 1001 1744 6710 0073 9473

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152213972803108 13/04/2021 21:53:33

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA N CONTRIB
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 10.444.430-4
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 809.010.530.117
CNPJ: 04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: INST.ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE (7894)	CNPJ/CPF: 14.512.229/0001-10		DATA DA EMISSÃO: 13/04/2021
ENDEREÇO: RUA AMADOR BUENO, 333	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 11013-151	DATA ENTRADA/SAIDA: 13/04/2021
MUNICÍPIO: SANTOS	FONE/FAX: 01532835090	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DA SAÍDA: 21:52

FATURA / DUPLICATA
001 13/05/2021 589,95

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
491,61	58,99	0,00	0,00	589,95

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	589,95

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,70	0,70

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
39336	ALBUREX 20% 50ML - CSL BEHRING (Lote: P10-0232491, Qtde: 5, Dt Val: 16/06/2023 ,Data Fab: 12/06/2020)	30021236	720	6108	FR	5	117,9900	589,95	491,61	58,99		12,00	

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 16/04/21
ASS

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saude

CENTRO DE CUSTO
120

CÓDIGO GERENCIAL
1702

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Contrato de Gestão n° 002/2021 firmado entre o Instituto Alpha e a Prefeitura de Mongaguá - SP*Endereço para entrega: Av. São Paulo n° 3288 - Vera Cruz - Mongaguá
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 35,40
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 58,99, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 58,99
Pedido: 1258159
Representante: CLINICAS/HOMECARE SP 2 (DANILO)

RESERVADO AO FISCO

ALPHA
INSTITUTO

Mongaguá, 13 de abril de 2021.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 166.2021 – Mongaguá

Ao

Alpha Instituto

A/C: Financeiro

Ref.: Compra de Insumos (Medicamentos)

De acordo com Contrato de Gestão 002/2021, estabelecido entre a Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, venho por meio deste, solicitar a compra de:

- 03 cx c/50amp. Diclofenaco Sódico 75mg/ml
- 02 cx c/50amp. Haloperidol 5mg IM
- 01 cx Omeprazol 20mg
- 02 cx Solução Fisiológica 0,9% 100ml
- 08 cxs c/50 und. Tenoxican 20mg
- 04 cx c/50 amp. Acesyl 20mg
- 01 cxs Tramadol 100mg
- 05 frasco Alburex 20% 50ml
- 02 cxs c/ 120 amp. Dipirona 1gr/2ml
- 01 cx c/100 amp. Furosefarma Furosemida 20mg/2ml
- 02 cx c/100 amp. Cloridrato de prometazina 25mg/ml

Atenciosamente,

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Conta de débito:	0345 | 003 | 00004331-2

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.76015 05090.710764 23482.250000 4 86260000011712
Instituição Emissora - Nome do Banco:	

Data do Vencimento:	20/05/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	13/05/2021
Valor Nominal do Boleto:	0,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	0,00
Valor Pago (R$):	117,12
Identificação do Pagamento:	COMPRA DE SONDAS LEVINE

Data/hora da operação: 13/05/2021 12:44:31

Código da operação: 000241436

Chave de segurança: XVAYHZ0CZULFXN2F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 20/05/2021
Beneficiário CIRURGICALUCENA.COM.BR CNPJ 65.944.753/0001-09					Agência/Código Beneficiário 0762/34822-5
Endereço Beneficiário / Sacador Avalista AV.PARADA PINTO 02624 LAUZANE SAO PAULO SP 02611-001					
Data do documento 13/05/21	No. Do documento 01050907	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 13/05/21	Nosso Número 176/01050907-1
Uso do Banco	Carteira 176	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 117,12

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.
APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ ..... 0,23 AO DIA
EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA

Sr. CAIXA: nao receber apos o vencimento.
Este boleto refere-se a compra de produto(s) pela Internet.
O pedido sera entregue so apos o pagamento deste boleto

CLIENTE ITAU:PAGUE NO BANKFONE, BANKLINE OU CAIXAS ELETRONICOS

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA CNPJ/CPF - 14512229000110
Endereço: RUA AMADOR BUENO 333 CJ 1703 11013-153 CENTRO SANTOS SP
Sacador/Avalista:

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.76015 05090.710764 23482.250000 4 86260000011712**

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 20/05/2021
Beneficiário CIRURGICALUCENA.COM.BR CNPJ 65.944.753/0001-09					Agência/Código Beneficiário 0762/34822-5
Data do documento 13/05/21	No. Do documento 01050907	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 13/05/21	Nosso Número 176/01050907-1
Uso do Banco	Carteira 176	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 117,12

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.
APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ ..... 0,23 AO DIA
EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA

Sr. CAIXA: nao receber apos o vencimento.
Este boleto refere-se a compra de produto(s) pela Internet.
O pedido sera entregue so apos o pagamento deste boleto

CLIENTE ITAU:PAGUE NO BANKFONE, BANKLINE OU CAIXAS ELETRONICOS

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PA CNPJ/CPF - 14512229000110
Endereço: RUA AMADOR BUENO 333 CJ 1703 11013-153 CENTRO SANTOS SP
Sacador/Avalista:

RECEBEMOS DE Lucena Comercio de Equipamentos Médicos ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Data de recebimento | Identificação e assinatura do recebedor

NF-e
Nº 043467
Série 3

Lucena Comercio de Equipamentos Médicos ltda
Avenida Parada Pinto, 2692, Vila Nova Cachoeirinha
02.611-001 - São Paulo - SP
Fone (11) 2231-9554 www.cirurgicalucena.com.br - adm@cirurgicalucena.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída: 1
Nº 043467
SERIE: 3
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3521 0505 9447 5300 0109 5500 3000 0434 6718 3739 5733

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

Natureza da operação	Protocolo de autorização de uso
Venda de mercadorias para Não Contribuintes	135210532268231 14/05/2021 11:43:20

Inscrição Estadual	Insc.est. do subst.trib.	CNPJ
113420272114		65.944.753/0001-09

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10	ISENTO	14/05/2021
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Sao Paulo, 3288	VERA CRUZ	11.730-000	14/05/2021
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Mongaguá	(13) 3322-7379	SP	11:43:20

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	14/05/2021	117,12						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	90,90

Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
26,22	0,00	0,00	0,00	0,00	117,12

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
SEDEX - EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS	0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual
Rua Mergenthaler, nº 592, Bl I 1 and, Vila Leopoldo	São Paulo	SP	112388853119

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1				1,365	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
01074	Sonda Nasogastrica Longa Medsonda 12 * L.55618 V.07/24.	90183929	040	5.102	UN	30,00	1,18	35,40	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
05416	Sonda Nasogastrica Longa Medsonda 20 * L: 55947 V: 07/24 LOTE: 55947 val: 31/07/2024	90183219	060	5.405	UN	30,00	1,85	55,50	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
20377851	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações
Total aproximado de tributos: R$ 20,64 (17,62%) Federais R$ 6,59 (5,62%) Estaduais R$ 14,05 (12,00%) . Fonte IBPT.

Prezado Cliente
DEVIDO A PANDEMIA DO CORONAVIRUS NÃO ESTAMOS TROCANDO MERCADORIAS,

Msg cliente: Entregar no PS Central de Mongagua - Av São Paulo, 3288 V. Cruz - Mongaguá - SP.
Nº Pedido Loja: 50907
Local de entrega.CEP 11730-000 (CORREIO SEDEX)
Método Pagamento: Boleto bancário

Reservado ao fisco

14/05/2021 11:43:43

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

ATESTO O RECEBIMENTO DOS ITENS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL
DATA 17/05/21
ASS

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saude

CENTRO DE CUSTO
170
CÓDIGO GERENCIAL

ALPHA
INSTITUTO

Santos, 15 de maio de 2021.

COMUNICAÇÃO INTERNA

C.I. 232.2021 – Mongaguá

Ao

Alpha Instituto

A/C: Financeiro

Ref.: Compra de Insumos (Material)

De acordo com Contrato de Gestão 002/2021, estabelecido entre a Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá e o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, venho por meio deste, solicitar a compra de:

- 30 und. Sonda Nasogastrica Longa 12 mm
- 30 und. Sonda Nasogastrica Longa 20 mm

Atenciosamente,

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021
Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá-SP
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10

Luciano Barthalo Neto
Coordenador Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde

Financeiro Mongagua - Alpha Instituto

De: compras@alphainstituto.com.br
Enviado em: quinta-feira, 13 de maio de 2021 09:11
Para: finanmonga@alphainstituto.com.br
Assunto: Cir Lucena x Mongagua
Anexos: Boleto Cir Lucena x Mongagua Sondas.pdf

Oi Val, bom dia!
Por favor fazer pagamento boleto R$ 117,12 referente compra de sondas Levine para Mongaguá.
Grato

ALPHA INSTITUTO
Nossa inspiração é o seu bem estar

Valmir Maziero
Gerente Administrativo
Instituto Alpha de Medicina para Saúde
CNPJ: 14.512.229/0001-10
Tel: (13) 3329-0447

CENTRO DE CUSTO
170
CÓDIGO GERENCIAL
1201

CAIXA

2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS
Via Internet Banking Caixa

Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Conta de débito:	0345 / 003 / 00004331-2

Representação numérica do código de barras:

858700000111 830902392029 105131331377 821451222923

Identificador:	13313782145122292
Cód. convênio:	0239
Data de validade:	13/05/2021

Valor recolhido:	1.183,09

Identificação da operação:	GRRF AMANDA LIMA

Data / hora:	13/05/2021
Data de Débito:	13/05/2021

Código da operação:	00576760
Chave de segurança:	HLH3MMG6Y1E5RQMZ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 13/05/2021 10:34:52

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705	13-33227379	11.013-151

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	SANTOS	SP	515	1	1

11- Identificador

13313782145122292

12- Total a Recolher

1.183,09

13- Data de Validade = 13/05/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858700000111 830902392029 105131331377 821451222923

Autenticação mecânica

Via Empresa

CENTRO DE CUSTO
140

CÓDIGO GERENCIAL
1031

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 13/05/2021 10:34:52

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705	13-33227379	11.013-151

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	SANTOS	SP	515	1	1

11- Identificador

13313782145122292

12- Total a Recolher

1.183,09

13- Data de Validade = 13/05/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858700000111 830902392029 105131331377 821451222923

Autenticação mecânica

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 13313782145122292

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

Dados do Empregador

Razão Social: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10

Endereço

Logradouro: R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTOS

UF: SP

CEP: 11.013-151

FPAS: 515

Simples: 1

CNAE: 8660700

CNPJ/CEI Tomador de serviço:

Dados do Trabalhador

Nome: AMANDA LIMA DE ALMEIDA

PIS/PASEP: 23646463615

Admissão: 01/06/2020

Categoria: 01

Data Nascimento: 17/12/1999

Data Opcão: 01/06/2020

CTPS: 0044309/00416

Movimentação: 03/05/2021 - I1

Aviso Prévio: 2

Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	1.297,69	2.234,82	2.251,27
Depósito	0,00	103,81	178,78	900,50
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Trabalhador: 1.183,09

Valor Devido pela Empresa: 1.183,09

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

CAIXA

2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS
Via Internet Banking Caixa

Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
Conta de débito:	0345 / 003 / 00004331-2

Representação numérica do código de barras:

858800000024 574302392020 105141321447 538451222929

Identificador:	13214453845122292
Cód. convênio:	0239
Data de validade:	14/05/2021

Valor recolhido:	257,43

Identificação da operação:	GRRF ERICK CINTRA RIBEIRO

Data / hora:	13/05/2021
Data de Débito:	13/05/2021

Código da operação:	00576772
Chave de segurança:	YLE4X616TQ6NUCNS

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 12/05/2021 12:26:33

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705	13-33227379	11.013-151

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	SANTOS	SP	515	1	1

11- Identificador

13214453845122292

12- Total a Recolher

257,43

13- Data de Validade = 14/05/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858800000024 574302392020 105141321447 538451222929

Autenticação mecânica

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 12/05/2021 12:26:33

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE	14.512.229/0001-10

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705	13-33227379	11.013-151

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	SANTOS	SP	515	1	1

11- Identificador

13214453845122292

12- Total a Recolher

257,43

13- Data de Validade = 14/05/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858800000024 574302392020 105141321447 538451222929

Autenticação mecânica

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 13214453845122292

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

Dados do Empregador

Razão Social: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE

CNPJ/CEI: 14.512.229/0001-10

Endereço

Logradouro: R AMADOR BUENO 333 CONJ 1703 1705

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTOS

UF: SP

CEP: 11.013-151

FPAS: 515

Simples: 1

CNAE: 8660700

CNPJ/CEI Tomador de serviço:

Dados do Trabalhador

Nome: ERICK CINTRA RIBEIRO

PIS/PASEP: 12874285880

Admissão: 15/02/2021

Categoria: 01

Data Nascimento: 29/10/2001

Data Opcão: 15/02/2021

CTPS: 5105253/08843

Movimentação: 05/05/2021 - I1

Aviso Prévio: 1

Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	890,86	0,00	465,43
Depósito	0,00	71,26	0,00	186,17
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Trabalhador: 257,43

Valor Devido pela Empresa: 257,43

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

CENTRO DE CUSTO
170

CÓDIGO GERENCIAL
1021

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0345 | 003 | 00004331-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	4524 / 00000030506-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	AMANDA LIMA DE ALMEIDA
CPF/CNPJ:	480.363.558-76
Valor:	R$ 8.195,60
Valor da tarifa:	R$ 10,45
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PAGTO RESCISAO
Histórico:	

Data de débito:	13/05/2021
Data / Hora da operação:	13/05/2021 12:42:10

Código da operação: 00141157
Chave de segurança: Z87AYCNKPQJXW3Z8

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Mongaguá 13.05.21

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social / Nome			
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04 Bairro	
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705			CENTRO	
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
Santos	SP	11013151	8660700	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
23646463615	AMANDA LIMA DE ALMEIDA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
AVENIDA ARPOADOR, 635			BAL JUSSARA	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Mongaguá	SP	11730-000	044309/00416 - SP	48036355876
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
17/12/1999	GERUZA LIMA DE ALMEIDA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
2.201,94	01/06/2020	03/05/2021	03/05/2021	SJ2

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00 %	0,00 %	01

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.02590-7	58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE MONGAGUA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 3 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	137,10	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	22,00	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno 041:14 Horas a 40%	14,58
56.1 Horas Extras 007:45 horas a 100%	118,06	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	236,12
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 4/12 avos	740,67	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 11/12 avos	1.878,85
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	683,22
69 Aviso Prévio Indenizado 30 dias	2.049,65	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado) - 1 avo(s)	185,17	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado) - 1 avo(s)	170,80
95.1 DSR Ad. Noturno 40%	29,16	96 Indenização Art. 9º, Lei n.º 7.238/84	2.049,65		
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**8.315,03**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Adiantamento Salarial	0,00	102 Adiantamento 13º Salário	0,00
103 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00	105 Empréstimo em Consignação	0,00
106 Vale-Transporte	8,23	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	108 Vale Alimentação	0,00
111 Contribuição Sindical Laboral	0,00	112.1 Previdência Social	41,77	112.2 Prev Social - 13º Salário	69,43
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**119,43**
				VALOR LÍQUIDO	**8.195,60**

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 23646463615	11 Nome AMANDA LIMA DE ALMEIDA			
17 CTPS (nº,série,UF) 044309/00416 - SP	18 CPF 48036355876	19 Data de Nascimento 17/12/1999	20 Nome da Mãe GERUZA LIMA DE ALMEIDA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR				
24 Data de Admissão 01/06/2020	25 Data do Aviso Prévio 03/05/2021	26 Data de Afastamento 03/05/2021	27 Cód. Afast. SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalhador 01				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. nº 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/_____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 8.195,60, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/_____ de _____ de _____.

_____
150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

_____
151 Assinatura do Trabalhador

_____
152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

CENTRO DE CUSTO
170

CÓDIGO GERENCIAL
1006

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0345 | 003 | 00004331-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA
CPF/CNPJ:	14.512.229/0001-10

Banco:	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1546 / 00001024594-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ERICK CINTRA RIBEIRO
CPF/CNPJ:	510.525.388-43
Valor:	R$ 1.777,35
Valor da tarifa:	R$ 10,45
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PAGTO RESCISAO
Histórico:	

Data de débito:	13/05/2021
Data / Hora da operação:	13/05/2021 12:42:43

Código da operação:	00141238
Chave de segurança:	14LN5FYTA2MZ8ZK9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social / Nome			
14.512.229/0001-10	INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
R AMADOR BUENO, 333 CONJ 1703 / 1705				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
Santos	SP	11013151	8660700	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
12874285880	ERICK CINTRA RIBEIRO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
AVENIDA MILENA PERUTICH, 1171 CASA 2				JD MELVI
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº,série,UF)	18 CPF
Praia Grande	SP	11712-030	05105253/08843 -	51052538843
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
29/10/2001	MONICA APARECIDA CINTRA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento

RCT ANTECIPADA, PELO EMPREGADOR, DO CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód.Afastamento
1.941,00	15/02/2021	05/04/2021	05/05/2021	RA2

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00 %	0,00 %	01

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.02590-7	58.195.058/0001-18 - SINTRASAUDE MONGAGUA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 5 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	286,83	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	36,67	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno Horas a %	0,00
56.1 Horas Extras 003:17 horas a 100%	70,81	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	5,66
60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	61 Multa Art. 479/CLT	323,50	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	490,89	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00	65 Férias Proporc 3/12 avos	485,25
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	67.1 Férias Vencidas (Reflexo/Dobra)	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	161,75
69 Aviso Prévio Indenizado	0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00
		99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00	**TOTAL BRUTO**	**1.861,36**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Adiantamento Salarial	0,00	102 Adiantamento 13º Salário	0,00
103 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	0,00	105 Empréstimo em Consignação	0,00
106 Vale-Transporte	17,21	107 Reembolso do Vale-Transporte	0,00	108 Vale Alimentação	0,00
111 Contribuição Sindical Laboral	0,00	112.1 Previdência Social	29,99	112.2 Prev Social - 13º Salário	36,81
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**84,01**
				VALOR LÍQUIDO	**1.777,35**

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 14.512.229/0001-10	02 Razão Social/Nome INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 12874285880	11 Nome ERICK CINTRA RIBEIRO		
17 CTPS (nº,série,UF) 05105253/08843 -	18 CPF 51052538843	19 Data de Nascimento 29/10/2001	20 Nome da Mãe MONICA APARECIDA CINTRA

CONTRATO

22 Causa do Afastamento

RCT ANTECIPADA, PELO EMPREGADOR, DO CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS
15/02/2021	05/04/2021	05/05/2021	RA2	0,00 %

30 Categoria do Trabalhador

01

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. nº 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/_____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 1.777,35, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/_____ de _____ de _____.

_____

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

CPF:

_____

151 Assinatura do Trabalhador

_____

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

CENTRO DE CUSTO
170

CÓDIGO GERENCIAL
1006

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois