

Formosa, 18 de Agosto de 2021.

| Fornecedor                        | CPF/CNPJ           | Tipo de Despesa          | Referência | Valor    | Vencimento | Pagamento  | Descrição                                                                                   |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------|------------|----------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALMOR JOSE CAVE                  | 262.362.730-49     | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS       | JULHO      | 2.000,00 | 06/07/2021 | 06/07/2021 | Despesas com locação do imóvel - Escritório Imed em Formosa                                 |
| AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA | 43.062.389/0001-02 | OUTRAS DESPESAS DIVERSAS | 135343     | 3.111,86 | 30/06/2021 | 07/07/2021 | Despesas com locação de veículo administrativo no período de 19/03/2021 a 18/04/2021        |
| TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.        | 03.506.307/0001-57 | COMBUSTÍVEL              | 552891     | 1.533,00 | 31/07/2021 | 21/07/2021 | Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade                           |
| AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA | 43.062.389/0001-02 | OUTRAS DESPESAS DIVERSAS | 135522     | 858,00   | 15/07/2021 | 23/07/2021 | Despesas com locação de Hospedagem da0 senhora Kely Cory, gerente de enfermagem do Hospital |
| TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.        | 03.506.307/0001-57 | COMBUSTÍVEL              | 558262     | 1.533,00 | 28/07/2021 | 29/07/2021 | Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade                           |

Sendo o que me cumpria informar, e colocando-me, desde já, à disposição de V. Exa. para o que se fizer necessário, envio-lhe nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

---

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento  
André Silva Sader – Diretor- Presidente IMED



# Internet Banking Empresarial

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175    Conta: 130044449

Transferências > Transferir >  
Entre Contas Santander, DOC e TED

Transferência finalizada. Veja seu comprovante.

| Favorecido              | Instituição destino                 | Conta destino        | Data da transferência | Valor: R\$      |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>VALMOR JOSE CAYE</b> | <b>0341 - ITAU<br/>UNIBANCO S A</b> | <b>4406 / 418337</b> | <b>06/07/2021</b>     | <b>2.000,00</b> |

## Mais Informações

|                                                                      |                                                 |                         |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Tipo de Transação                                                    | Nome conta origem                               | Conta origem            |
| <b>Transferência para outra instituição TED - Outra titularidade</b> | <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b> | <b>2175 / 130044449</b> |
| CPF:                                                                 | Tipo de Conta                                   | ISPB                    |
| <b>262.362.730-49</b>                                                | <b>Conta corrente</b>                           | <b>60701190</b>         |
| Finalidade                                                           | Histórico                                       |                         |
| <b>Crédito em Conta Corrente</b>                                     | <b>ALUGUEL</b>                                  |                         |

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site: [www.santander.com.br](http://www.santander.com.br)>Santander>Conta Corrente>Tarifas e Pacotes Padronizados>Tabela Completa de Serviços.  
O crédito estará disponível na conta destino em alguns minutos.

**Autenticação Bancária:**

**Data / Hora da Transação:**

**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)

**CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL PARA FINS NÃO RESIDENCIAIS**  
**Nº 005/2021**

**FILIAL IMED – FORMOSA/GO**

**I - DAS PARTES CONTRATANTES**

**LOCADOR:** VALMOR JOSÉ CAYE, brasileiro, casado, empresário, inscrito no CPF sob nº 262.362.730-49, portador da cédula de Identidade RG 1.180.105 SSP-DF, residente e domiciliado na Rua 8, nº 97, Setor Nordeste, Formosa-GO, CEP:73.807-315, doravante denominado simplesmente **LOCADOR**; e

**LOCATÁRIO:** IMED- INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDO E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Formosa-GO, à Avenida Brasília, nº 1.126, 1º andar, salas 02, 05 e 06, Formosinha, CEP.: 73.813-010 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0006-09), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIO**.

**II - DO OBJETO DA LOCAÇÃO**

a) O presente contrato tem como objeto a locação do imóvel situado na Avenida Maestro João Luis do Espírito Santo, nº 480-A, salas 203 e 204, Jardim Califórnia, Formosa-GO, CEP.: 73.807-745, **destinado exclusivamente para fins não residenciais, especificamente para funcionamento da filial do IMED no Município de Formosa-GO**, uma vez que é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital de Campanha, implantado nas dependências do Hospital Regional de Formosa Dr. César Saad Fayad (Contrato de Gestão Emergencial nº 004/2021 - SES/GO).

**III - DO PRAZO DE LOCAÇÃO E RESCISÃO**

a) Este contrato de locação terá vigência do dia 31/05/2021 (data em que as partes acordaram para o início da locação) até o dia 31/05/2022, podendo ser prorrogado até o limite da vigência do Contrato de Gestão Emergencial firmado com o Estado de Goiás, por





meio da Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão Emergencial nº 004/2021 – SES / GO) ou de seus respectivos Termos Aditivos, desde que haja interesse mútuo e consensual e seja formalizado mediante Termo Aditivo devidamente assinado pelos representantes legais das partes.

b) A pretensão rescisória poderá ocorrer a qualquer momento, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem direito a qualquer tipo de indenização ou multa a nenhuma das partes.

c) O presente contrato de locação será rescindido, de forma automática, caso haja, por qualquer motivo, rescisão do Contrato de Gestão Emergencial mencionado na alínea "a" acima, não cabendo ao **LOCADOR** o pagamento de qualquer multa e/ou indenização, podendo também ser rescindido por acordo de vontade das partes, lavrando-se a respeito um "Termo de Rescisão", em 02 (duas) vias de instrumento, o qual deverá ser assinado pelas partes e por 02 (duas) testemunhas.

d) Ocorrerá a rescisão do presente contrato de locação, independentemente de qualquer comunicação prévia ou indenização por parte do **LOCATÁRIO**, quando:

- houver infração de qualquer cláusula deste contrato de locação, ficando, neste caso, o **LOCATÁRIO** sujeito a multa de já estabelecida em valor correspondente ao valor de 1(um) mês do aluguel vigente à época de sua cobrança;
- em hipótese de desapropriação do imóvel alugado; ou
- caso o **LOCATÁRIO** não pague pontualmente qualquer das prestações assumidas.

#### **IV - DO ALUGUEL, DESPESAS, TAXAS, TRIBUTOS E OUTRAS DISPOSIÇÕES**

(a) O **LOCATÁRIO** pagará ao **LOCADOR**, a título de aluguel do imóvel em referência, o valor mensal de **R\$ 2.000,00 (dois mil reais)**, até o dia **05 (cinco) de cada mês seguinte ao vencido (primeiro pagamento até 05/06/2021 e, assim, sucessivamente)**, mediante depósito/transferência na conta bancária do **LOCADOR**: Banco Itaú, C/C 41833-7, AG 4406, o qual será reajustado pelo IGP-M/FGV, em cada renovação do prazo inicial de locação (ou por outro índice que vier a substituir o IGP-M/FGV).

(b) Os aluguéis e encargos que não forem quitados dentro do prazo, serão corrigidos



pela variação acumulada do índice do IGP-M/FGV, até o efetivo pagamento e acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês. O atraso superior a 30 (trinta) dias implicará em multa correspondentes a 10% (dez por cento) do valor assim corrigido e acrescido dos juros de mora.

(c) O pagamento de parcelas posteriores não significa a quitação de eventuais parcelas anteriores.

(d) Não configurarão novação ou adição às cláusulas contidas no presente instrumento, os atos de mera tolerância referentes ao atraso no pagamento do aluguel ou quaisquer outros tributos e despesas.

(e) As despesas de consumo de água, luz, esgoto e IPTU, bem como todos os demais tributos municipais que recaiam sobre o imóvel locado, são de responsabilidade exclusiva do **LOCATÁRIO**, inclusive respeitante aos encargos moratórios pela inadimplência.

#### **V - DAS CONDIÇÕES DO IMÓVEL LOCADO**

(a) O **LOCATÁRIO** declara ter recebido o imóvel ora locado, com todas as benfeitorias e em perfeitas condições de uso, sobretudo limpo e conservado, não havendo quaisquer avarias constatadas.

(b) O **LOCATÁRIO** obriga-se a manter o imóvel objeto deste contrato de locação nas mesmas condições em que recebeu, correndo exclusivamente por sua conta todos os reparos advindos de danos posteriores à entrega das chaves, objetivando a conservação de suas dependências, instalações e utensílios nele existentes.

(c) Findo o prazo da locação por qualquer motivo, o **LOCATÁRIO** deverá restituir o imóvel locado inteiramente desocupado e no mesmo estado de conservação que o recebeu, bem como devolver as chaves e apresentar os comprovantes de pagamentos de consumo de água e luz e também de qualquer outro encargo de sua responsabilidade.

#### **VI - DAS BENFEITORIAS**

(a) Com exceção das benfeitorias necessárias, qualquer outra benfeitoria ou construção que seja destinada ao imóvel, deverá de imediato, ser submetida à autorização expressa do LOCADOR. As benfeitorias necessárias, ainda que não autorizadas, e as



úteis, desde que autorizadas pelo **LOCADOR**, quando realizadas pelo **LOCATÁRIO** não serão indenizáveis pelo **LOCADOR**.

## **VII - CONDIÇÕES GERAIS**

(a) A cessão, transferência, empréstimo, sublocação ou comodato atinente ao imóvel objeto deste contrato de locação, parciais ou totais, dependerão do prévio e expresso consentimento do **LOCADOR**, manifestado por escrito, sob pena de ação judicial de despejo do imóvel com retorno da posse da **LOCADORA**, na forma da Lei.

(b) Fica avençado que o **LOCADOR**, pessoalmente ou por seu procurador constituído para tal finalidade, poderá examinar e vistoriar o imóvel locado, quando entender conveniente, mediante comunicação prévia de, pelo menos, 5 (cinco) dias de antecedência.

(c) No caso de pretensão de venda do imóvel, também fica acertado que os interessados poderão ter acesso ao imóvel locado, desde que tal procedimento seja feito em dia e hora estipulado previamente pela **LOCADORA**, também mediante comunicação prévia de, pelo menos, 5 (cinco) dias de antecedência. Fica estabelecido, no entanto, que o **LOCADOR** não poderá entregar a posse do imóvel a eventual(is) adquirente(s) no curso da vigência da locação, sob pena de pagamento dos prejuízos ocasionados junto ao **LOCATÁRIO** em virtude da referida alienação.

(d) O **LOCATÁRIO** deverá utilizar o imóvel de sorte a não interferir ao sossego e silêncio destinado aos seus vizinhos, obrigando-se, mais, por consequência, a cumprir normas e/ou regulamentos estabelecidos neste sentido.

(e) Fica acordado que a comunicação entre as partes poderá ser feita por via postal com aviso de recebimento, e-mail ou qualquer outro meio de comunicação usual.

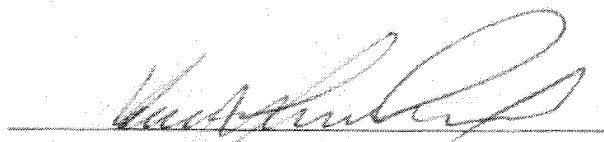
## **VIII - DO FORO**

(a) As partes se comprometem a empreender todos os esforços para solucionar os casos omissos, as dúvidas e os litígios decorrentes do presente contrato amigavelmente. Caso não seja possível a composição amigável, as partes elegem o foro da Comarca de Formosa-GO para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato de locação.

Alu

E assim, por se estarem justas e contratadas, sem nenhum vício de consentimento, as partes firmam o presente contrato de locação em duas vias de igual teor e forma, para os efeitos legais desejados, perante as testemunhas abaixo.

Formosa-GO, 31 de maio de 2021.



**Valmor José Caye**

(Locador)



**IMED-Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**

(Locatário)

Testemunhas:

1) Duque Bastos Wrold

Nome: Duque Bastos Wrold

RG: 6034433

CPF: 078.384.835-08

2) Alro G. Deurochilio

Nome: Alro Gomes Deurochilio

RG: 6039353

CPF: 040.916.521-23



# AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

CNPJ: 43.062.389/0001-02  
Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142  
CADASTUR: 00496-00-41-7  
Fone: (11) 3122-9999  
E-Mail: augustus@augustus.com.br  
Home Page: www.augustus.com.br

Inscr. Mun: 8.535.324-8  
Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL  
ABAV: 438 Iata: 57-6-8739-4  
Fax: (11) 3256-4399

FT00135343 - Página 1 de 2

|                                                                                                                                                                                     |                                                         |                 |                    |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|
| Nº Fatura Duplicata                                                                                                                                                                 | Valor Fatura/ Duplicata [R\$]                           | Data de Emissão | Data de Vencimento | Para uso da Inst. Financeira |
| FT00135343                                                                                                                                                                          | 3.111,86                                                | 16/06/2021      | 30/06/2021         |                              |
| Encargos p/dia de R\$ 4.67 após 30/06/2021 Multa de R\$ 62.24 após 01/07/2021                                                                                                       |                                                         |                 |                    |                              |
| Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO<br>A/C.: LUCIANA FERNANDES DE SOUZA                                                                               |                                                         |                 |                    |                              |
| Endereço: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34                                                                                                                                                  |                                                         |                 |                    |                              |
| Bairro:                                                                                                                                                                             | BELA VISTA                                              | Cidade:         | SAO PAULO          | SÃO PAULO 01332-000          |
| Fones(s):                                                                                                                                                                           | (11)31411128                                            | Fax:            | (11)               |                              |
| Cobrança: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34                                                                                                                                                  |                                                         |                 |                    |                              |
| Bairro:                                                                                                                                                                             | BELA VISTA                                              | Cidade:         | SAO PAULO          | SÃO PAULO 01332-000          |
| CNPJ:                                                                                                                                                                               | 19.324.171/0001-02                                      | Inscrição:      |                    |                              |
| Praca de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU                                                                                                                                            |                                                         |                 |                    |                              |
| Impresso em 16/06/2021 14:43:44                                                                                                                                                     |                                                         |                 |                    |                              |
| Valor por extenso                                                                                                                                                                   | Três Mil e Cento e Onze Reais e Oitenta e Seis centavos |                 |                    |                              |
| RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS. |                                                         |                 |                    |                              |
| Aceite: Data: / /                                                                                                                                                                   |                                                         |                 |                    |                              |

|                        |         |                   |        |              |                             |
|------------------------|---------|-------------------|--------|--------------|-----------------------------|
| 422-7 Banco Safra S.A. |         | Recibo do Pagador |        |              |                             |
| Nosso Número           | Espécie | Carteira          | Aceite | Espécie Doc. | Agência/Código Beneficiário |
| 00003347-2             | R\$     | 1                 | N      | DM           | 09700/00024769-9            |

Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A. **422-7** 42297.09706 00002.476992 00003.347226 1 86670000311186

|                                                                                                    |                   |                |            |            |                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------|------------|---------------------------------------------|--|
| Local do Pagamento                                                                                 |                   |                |            |            | Vencimento                                  |  |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO                                                |                   |                |            |            | 30/06/2021                                  |  |
| Beneficiário                                                                                       |                   |                |            |            | Agência/Código Beneficiário                 |  |
| AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA                                                                      |                   |                |            |            | 09700/00024769-9                            |  |
| Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02              |                   |                |            |            | Nosso Número                                |  |
|                                                                                                    |                   |                |            |            | 00003347-2                                  |  |
| Data do Documento                                                                                  | Num. do Documento | Espécie Docto. | Aceite     | Data do    | (-) Valor do documento                      |  |
| 16/06/2021                                                                                         | FT00135343        | DM             | N          | 16/06/2021 | 3.111,86                                    |  |
| Uso do Banco                                                                                       | Carteira          | Espécie        | Quantidade | Valor      | (-) Desconto/Abatimento                     |  |
|                                                                                                    | 1                 | R\$            |            |            | (-) Outras Deduções                         |  |
| Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) |                   |                |            |            | (+/-) Mora/Multa                            |  |
| Encargos p/dia de R\$ 4.67 após 30/06/2021                                                         |                   |                |            |            | (+/-) Outros Acréscimos                     |  |
| Após 01/07/2021 cobrar multa de R\$ 62.24                                                          |                   |                |            |            | (-) Valor Cobrado                           |  |
| Pagador                                                                                            |                   |                |            |            | 19.324.171/0001-02                          |  |
| IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO                                                    |                   |                |            |            | 00003347-2                                  |  |
| RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34                                                                           |                   |                |            |            | Código de Baixa                             |  |
| 01332000 BELA VISTA SAO PAULO SP                                                                   |                   |                |            |            |                                             |  |
| Sacador/Avalista                                                                                   |                   |                |            |            | Autenticação Mecânica- Ficha de compensação |  |



CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...



# AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

CNPJ: 43.062.389/0001-02  
Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142  
CADASTUR: 00496-00-41-7  
Fone: (11) 3122-9999  
E-Mail: augustus@augustus.com.br  
Home Page: www.augustus.com.br

Inscr. Mun: 8.535.324-8  
Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL  
ABAV: 438 lata: 57-6-8739-4  
Fax: (11) 3256-4399

FT00135343 - Página 2 de 2

## Notas de Débito

| Nº Viag     | Passageiro |              | Tipo      | Emissão | Bilhete/NC/OS | Num. OP   | Matricula   | Saida/Período | Rota/Produto |                   |       |
|-------------|------------|--------------|-----------|---------|---------------|-----------|-------------|---------------|--------------|-------------------|-------|
| Nota débito | Reserva    | Vlr.Original | Câmbio    | Valor   | Extras        | Taxas     | Tx.Emb.     | Tx.Serviço    | Out Rec.     | Desconto          | Total |
| Nº Pedido   | Fornecedor |              | C. Custos |         | Retirada      | Devolução | Nº Confirm. | Solicitante   |              | Tipo de Pagamento |       |
| Observação  |            |              |           |         |               |           |             |               |              |                   |       |

### Centro Custo: FORMOSA

|                          |                 |                |            |            |          |            |                            |                          |      |      |          |
|--------------------------|-----------------|----------------|------------|------------|----------|------------|----------------------------|--------------------------|------|------|----------|
|                          | FERNANDES/VANIA |                | 23/03/2021 | VC00362070 |          |            | 19/03/2021 até 18/04/2021  | Veículo: EC - Sub-Compac |      |      |          |
| ND00557799               | 00720190        | 1.422,00 [R\$] | 1,000000   | 1.422,00   | 0,00     | 0,00       | 0,00                       | 0,00                     | 0,00 | 0,00 | 1.422,00 |
| Ped. Reserva: 3692235    | UNIDAS BRASILIA |                | FORMOSA    | Brasilia   | Brasilia | 2114636693 | LUCIANA FERNANDES DE SOUZA |                          |      |      |          |
| Cód. Reserva: 2114636693 |                 |                |            |            |          |            |                            |                          |      |      |          |

Qtde. Diárias: 30 \* Valor Diária: 47,40 = Total Diárias: R\$1422,00  
Autorizador: Val Souza

|                       |  |          |      |  |      |  |      |      |      |  |          |
|-----------------------|--|----------|------|--|------|--|------|------|------|--|----------|
| Centro Custo: FORMOSA |  | 1.422,00 | 0,00 |  | 0,00 |  | 0,00 | 0,00 | 0,00 |  | 1.422,00 |
|-----------------------|--|----------|------|--|------|--|------|------|------|--|----------|

### Centro Custo: SEM CONTRATO

|                          |                   |              |              |            |          |            |                            |                       |      |      |        |
|--------------------------|-------------------|--------------|--------------|------------|----------|------------|----------------------------|-----------------------|------|------|--------|
|                          | SILVA/AURELIO     |              | 30/03/2021   | VC00361885 |          |            | 30/03/2021 até 31/03/2021  | Veículo: AWGN - Perua |      |      |        |
| ND00557236               | 00720191          | 188,36 [R\$] | 1,000000     | 188,36     | 0,00     | 0,00       | 0,00                       | 0,00                  | 0,00 | 0,00 | 188,36 |
| Ped. Reserva: 3692614    | LOCALIZA BRASILIA |              | SEM CONTRATO | Brasilia   | Brasilia | 2114646336 | LUCIANA FERNANDES DE SOUZA |                       |      |      |        |
| Cód. Reserva: 2114646336 |                   |              |              |            |          |            |                            |                       |      |      |        |

Qtde. Diárias: 1 \* Valor Diária: 188,36 = Total Diárias: R\$188,36  
Autorizador: Edgard Oliveira

|                       |                         |                |              |            |      |        |                            |                         |      |      |          |
|-----------------------|-------------------------|----------------|--------------|------------|------|--------|----------------------------|-------------------------|------|------|----------|
|                       | LIMA/KELY               |                | 14/06/2021   | VC00362166 |      |        | 15/06/2021 até 22/06/2021  | Hospedagem Diárias: 007 |      |      |          |
| ND00558199            | 00726083                | 1.365,00 [R\$] | 1,000000     | 1.365,00   | 0,00 | 136,50 | 0,00                       | 0,00                    | 0,00 | 0,00 | 1.501,50 |
| Ped. Reserva: 3700119 | SOFISTICATTO PARK HOTEL |                | SEM CONTRATO |            |      | 37590  | LUCIANA FERNANDES DE SOUZA |                         |      |      |          |
| Cód. Reserva: 37590   |                         |                |              |            |      |        |                            |                         |      |      |          |

SINGLE: Qtde. Apts: 1 \* Qtde. Diárias: 7 \* Valor Diária: 195,00 = Total Diárias: R\$1365,00  
Autorizador: Edgard Oliveira

|                            |  |          |      |        |      |  |      |      |      |  |          |
|----------------------------|--|----------|------|--------|------|--|------|------|------|--|----------|
| Centro Custo: SEM CONTRATO |  | 1.553,36 | 0,00 | 136,50 | 0,00 |  | 0,00 | 0,00 | 0,00 |  | 1.689,86 |
| Total Notas de Débito      |  | 2.975,36 | 0,00 | 136,50 | 0,00 |  | 0,00 | 0,00 | 0,00 |  | 3.111,86 |

Total da Fatura

3.111,86

Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram entregues/realizados nesta data.

30/06/21

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 - SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Vania Gomes Fernandes  
Diretora Geral - FHC  
CRA GO nº 7844

## RELATÓRIO DE VIAGEM

### IDENTIFICAÇÃO DO PERÍODO EM ATIVIDADES EXTERNAS

Destino: Formosa-GO

Data de Saída: 15/06/2021

Data de Chegada: 22/06/2021

Nome: Kely Cory de Lima

CPF: 736.438.581-91

Função: Gerente de Enfermagem

### DESCRIÇÃO SUCINTA DA VIAGEM

| Objetivo        | Assumir a Gerência de Enfermagem do Hospital Regional de Formosa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Período         | Atividades Desenvolvidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 15 a 22/06/2021 | <ul style="list-style-type: none"><li>- Reunião com a Diretoria-Geral;</li><li>- Apresentação pessoal em todos os setores do hospital;</li><li>- Reunião com Coordenador Médico do PS;</li><li>- Reunião com Coordenadora de Enfermagem, visão geral sobre a situação atual da equipe;</li><li>- Conferência de escala e levantamento das reposições pendentes;</li><li>- Reunião com CCIH com foco nos protocolos já implementados na instituição;</li><li>- Reunião com Diretora Médica Dr<sup>a</sup> Wania para alinhamento de fluxos no PS;</li><li>- Reunião com Coordenadora do NIR, levantamento das principais necessidades;</li><li>- Acompanhamento dos procedimentos de Fístulas encaminhado pela SES.</li></ul> |

Data: 05/07/2021

Kely Cory de Lima  
Gerente de Enfermagem  
CPF: 736.438.581-91



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA  
ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA**  
**CNPJ: 43.062.389/0001-02**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 06:53:22 do dia 09/04/2021 <hora e data de Brasília>.

Válida até 06/10/2021.

Código de controle da certidão: **A031.77C6.A3EA.92CC**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





## Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

### Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ / IE: 43.062.389/0001-02

Ressalvado o direito da Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo de apurar débitos de responsabilidade da pessoa jurídica acima identificada, é certificado que **não constam débitos** declarados ou apurados pendentes de inscrição na Dívida Ativa de responsabilidade do estabelecimento matriz/filial acima identificado.

Certidão nº 21040074048-40

Data e hora da emissão 09/04/2021 16:57:23

Validade 6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio [www.pfe.fazenda.sp.gov.br](http://www.pfe.fazenda.sp.gov.br)



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO  
FAZENDA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

**Certidão Conjunta de Débitos de Tributos Mobiliários**

**Certidão Número:** 0379228 - 2021

**CPF/CNPJ Raiz:** 43.062.389/

**Contribuinte:** AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA - EPP.

**Liberação:** 12/04/2021

**Validade:** 11/07/2021

**Tributos Abrangidos:**

Imposto Sobre Serviços - ISS

Taxa de Fiscalização de Localização Instalação e Funcionamento

Taxa de Fiscalização de Anúncio - TFA

Taxa de Fiscalização de Estabelecimento - TFE

Taxa de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - TRSS (incidência a partir de Jan/2011)

Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis - ITBI

**Unidades Tributárias:**

CCM 8.535.324-8- Início atv :27/02/1980 (AV SAO LUIS, 00050 - CEP: 01046-000 )

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo que vierem a ser apuradas ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação ao período contido neste documento, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal da Fazenda e a inscrições em Dívida Ativa Municipal, junto à Procuradoria Geral do Município é certificado que a Situação Fiscal do Contribuinte supra, referente aos créditos tributários inscritos e não inscritos na Dívida Ativa abrangidos por esta certidão, até a presente data é: **REGULAR.**

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/fazenda/>.  
Qualquer rasura invalidará este documento.

Certidão expedida com base na Portaria Conjunta SF/PGM nº 4, de 12 de abril de 2017, Instrução Normativa SF/SUREM nº 3, de 6 de abril de 2015, Decreto 50.691, de 29 de junho de 2009, Decreto 51.714, de 13 de agosto de 2010 e Portaria SF nº 268, de 11 de outubro de 2019.

Certidão emitida às 08:48:17 horas do dia 12/04/2021 (hora e data de Brasília).

**Código de Autenticidade:** EE37E594

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal da Fazenda <http://www.prefeitura.sp.gov.br/sf>



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 43.062.389/0001-02

Certidão nº: 12270756/2021

Expedição: 12/04/2021, às 08:46:04

Validade: 08/10/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **43.062.389/0001-02**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 43.062.389/0001-02

**Razão Social:** AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA

**Endereço:** AV SAO LUIS 050 24 AND CJTO 241-A / CENTRO / SAO PAULO / SP /  
01046-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 11/06/2021 a 10/07/2021

**Certificação Número:** 2021061110043087977910

Informação obtida em 11/06/2021 14:37:31

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



# Internet Banking Empresarial

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175    Conta: 130044449

Transferências > Transferir >  
Entre Contas Santander, DOC e TED

Transferência finalizada. Veja seu comprovante.

| Favorecido                                   | Instituição destino                | Conta destino        | Data da transferência | Valor: R\$      |
|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>AUGUSTUS PASSAGENS<br/>E TURISMO LTDA</b> | <b>0237 - BCO<br/>BRADESCO S A</b> | <b>3090 / 144991</b> | <b>07/07/2021</b>     | <b>3.111,86</b> |

## Mais Informações

|                                                                      |                                                 |                         |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Tipo de Transação                                                    | Nome conta origem                               | Conta origem            |
| <b>Transferência para outra instituição TED - Outra titularidade</b> | <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b> | <b>2175 / 130044449</b> |
| CNPJ:                                                                | Tipo de Conta                                   | ISPB                    |
| <b>43.062.389/0001-02</b>                                            | <b>Conta corrente</b>                           | <b>60746948</b>         |
| Finalidade                                                           | Histórico                                       |                         |
| <b>Crédito em Conta Corrente</b>                                     | <b>135343</b>                                   |                         |

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site: [www.santander.com.br](http://www.santander.com.br)>Santander>Conta Corrente>Tarifas e Pacotes Padronizados>Tabela Completa de Serviços.  
O crédito estará disponível na conta destino em alguns minutos.

Autenticação Bancária:

Data / Hora da Transação:

**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)

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130044449

Pagamentos > Pagamentos com código de barra >  
Boletos, Contas e Tributos



Pagamento realizado com sucesso.

| Beneficiário             | Data do pagamento | Valor nominal | Valor total a pagar |
|--------------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| TICKET SOLUCOES HDFGT SA | 21/07/2021        | R\$ 1.533,00  | R\$ 1.533,00        |

34191.76007.55289.182937.83150.390009.5.86980000153300

|                                                                        |                                                                                 |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Instituição Financeira Favorecida<br><b>341 - ITAU UNIBANCO S A</b>    | CPF/CNPJ Beneficiário Original<br><b>03.506.307/0001-57</b>                     | Razão Social Beneficiário Original<br><b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b> |
| Nome Fantasia Beneficiário Original<br><b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b> | CPF/CNPJ Pagador Original<br><b>19.324.171/0001-02</b>                          | Nome Pagador Original<br><b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST</b>        |
| CPF/CNPJ Pagador Efetivo<br><b>19.324.171/0001-02</b>                  | Razão Social Pagador Efetivo<br><b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b> | Data de Vencimento<br><b>31/07/2021</b>                               |
| Valor Nominal<br><b>1.533,00</b>                                       | Valor Pago<br><b>1.533,00</b>                                                   | Encargos<br><b>0,00</b>                                               |
| Desconto<br><b>0,00</b>                                                | Valor Total a Cobrar<br><b>1.533,00</b>                                         | Data / hora da transação:<br><b>21/07/2021 09:09:01</b>               |
| Autenticação<br><b>IBEEE9DA2C8C36948358201</b>                         |                                                                                 |                                                                       |

Transação exclusiva para pagamento de Boleto. O pagamento será processado somente se informados corretamente os dados do boleto. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os boletos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo divergências entre o valor indicado/agendado pelo pagador e o valor informado pelo favorecido, o BANCO rejeitará o pagamento, podendo, no entanto, efetuar o pagamento pelo valor autorizado pelo pagador desde que o referido valor esteja dentro da margem aprovada e registrada pelo beneficiário do boleto.

**Central de Atendimento Santander Empresarial**

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

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

0800 762 7777  
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)  
**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.  
0800 726 0322  
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

**Banco Itaú S.A. | 341-7****RECIBO DO PAGADOR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|--------------------|-------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                |                    |             | Vencimento<br>31/07/2021                    |                                    |
| Beneficiário<br>TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                |                    |             | Agência/Código Beneficiário<br>2938/31503-9 |                                    |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista<br>R MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 SANTA LUCIA CAMPO BOM RS 93700-000                                                                                                                                                                                          |                              |                |                    |             |                                             |                                    |
| Data do documento<br>21/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                        | No. Do documento<br>00552891 |                | Espécie doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>21/07/21              | Nosso Número<br>176/00552891-8     |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Carteira<br>176              | Espécie<br>R\$ | Quantidade         |             | Valor                                       | (=) Valor do Documento<br>1.533,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.<br>EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA<br><br>NÃO aceitar cheques nem apA³s o vencimento.<br><br>corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE |                              |                |                    |             |                                             | (-) Descontos/Abatimento           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             | (+) Mora/Multa                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             | (=) Valor Cobrado                  |
| Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102<br>Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP<br>Sacador/Avalista:                                                                                                                                          |                              |                |                    |             |                                             |                                    |

Autenticação mecânica

**Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76007 55289.182937 83150.390009 5 86980000153300**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|--------------------|-------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                |                    |             | Vencimento<br>31/07/2021                    |                                    |
| Beneficiário<br>TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                |                    |             | Agência/Código Beneficiário<br>2938/31503-9 |                                    |
| Data do documento<br>21/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                        | No. Do documento<br>00552891 |                | Espécie doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>21/07/21              | Nosso Número<br>176/00552891-8     |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Carteira<br>176              | Espécie<br>R\$ | Quantidade         |             | Valor                                       | (=) Valor do Documento<br>1.533,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.<br>EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA<br><br>NÃO aceitar cheques nem apA³s o vencimento.<br><br>corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE |                              |                |                    |             |                                             | (-) Descontos/Abatimento           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             | (+) Mora/Multa                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                |                    |             |                                             | (=) Valor Cobrado                  |
| Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102<br>Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP<br>Sacador/Avalista:                                                                                                                                          |                              |                |                    |             |                                             |                                    |

**Ficha de Compensação**

Autenticação Mecânica







**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: TICKET SOLUCOES HDFGT S/A**  
**CNPJ: 03.506.307/0001-57**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 19:57:33 do dia 11/05/2021 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 07/11/2021.

Código de controle da certidão: **F47E.ED98.CC7D.9517**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

CNPJ: 03.506.307/0001-57

Certidão nº: 15559160/2021

Expedição: 13/05/2021, às 15:08:53

Validade: 08/11/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que o CNPJ sob o nº **03.506.307/0001-57**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

Certidão expedida sem indicação do nome/razão social, tendo em vista que o CPF/CNPJ consultado não figura na última versão da base de dados da Receita Federal do Brasil - RFB enviada ao Tribunal Superior do Trabalho - TST. Para saber a situação desse CPF/CNPJ, consulte o sítio da RFB ([www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)).

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO BOM  
Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria Municipal de Finanças

Data: 06/05/2021 17h32min

Número  
4035

Validade  
04/08/2021

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS(GERAL)

Nome / Razão Social

TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A. CNPJ: 03506307000157

RUA MACHADO DE ASSIS Nº 50 , EDIF. 2 , SANTA LUCIA - 93700000

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidades do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas. É certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal de Finanças e inscrição em Dívida Ativa Municipal até a presente data. A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço [www.campobom.rs.gov.br](http://www.campobom.rs.gov.br)(Portal de Serviços). Certidão emitida com base no Código Tributário Municipal Lei nº 2.397/02 de 30/12/2002, artigo 61 e seguintes.

Código de Controle

CWJUB3YN4RQOYYJ1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.

<https://www.campobom.rs.gov.br/>

Campo Bom (RS), 06 de Maio de 2021

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 03.506.307/0001-57

**Razão Social:** TICKET SOLUCOES HDFGT SA

**Endereço:** RUA MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 / SANTA LUCIA / CAMPO BOM / RS / 93700-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 19/04/2021 a 16/08/2021

**Certificação Número:** 2021041901573494314413

Informação obtida em 13/05/2021 15:13:53

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA FAZENDA  
RECEITA ESTADUAL

Certidão de Situação Fiscal nº **0017237233**

Identificação do titular da certidão:

Nome: **TICKET SOLUCOES HDFGT S/A**  
Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2**  
**SANTA LUCIA, CAMPO BOM - RS**  
CNPJ: **03.506.307/0001-57**

Certificamos que, aos **21** dias do mês de **JULHO** do ano de **2021**, revendo os bancos de dados da Secretaria da Fazenda, o titular acima enquadra-se na seguinte situação:

**CERTIDAO NEGATIVA**

Descrição dos Débitos/Pendências:

Esta certidão NÃO É VÁLIDA para comprovar;

a) a quitação de tributos devidos mensalmente e declarados na Declaração Anual de Simples Nacional (DASN) e no Programa Gerador do Documento de Arrecadação do Simples Nacional (PGDAS-D) pelos contribuintes optantes pelo Simples Nacional;

b) em procedimento judicial e extrajudicial de inventário, de arrolamento, de separação, de divórcio e de dissolução de união estável, a quitação de ITCD, Taxa Judiciária e ITBI, nas hipóteses em que este imposto seja de competência estadual (Lei nº 7.608/81).

No caso de doação, a Certidão de Quitação do ITCD deve acompanhar a Certidão de Situação Fiscal.

Esta certidão constitui-se em meio de prova de existência ou não, em nome do interessado, de débitos ou pendências relacionados na Instrução Normativa nº 45/98, Título IV, Capítulo V, 1.1.

A presente certidão não elide o direito de a Fazenda do Estado do Rio Grande do Sul proceder a posteriores verificações e vir a cobrar, a qualquer tempo, crédito que seja assim apurado.

Esta certidão é válida até 18/9/2021.

Certidão expedida gratuitamente e com base na IN/DRP nº 45/98, Título IV, Capítulo V.

Autenticação: **0027137617**

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada em <https://www.sefaz.rs.gov.br>.

# Hospital Regional de Formosa



## CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HRF - CARTÃO 01

| VIATURA       | PREFIXO | PLACA   | COMBUST. | LTS    | R\$          | DATA     | POSTO             |
|---------------|---------|---------|----------|--------|--------------|----------|-------------------|
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 36     | R\$ 221,36   | 25/06/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F15 | Gasolina | 33,44  | R\$ 205,62   | 27/06/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | RFW1H61 | Gasolina | 14,11  | R\$ 86,76    | 29/06/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 27,24  | R\$ 156,35   | 29/06/21 | Posto Portal      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 20,02  | R\$ 123,10   | 30/06/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 25,93  | R\$ 159,44   | 01/07/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 21,99  | R\$ 126,25   | 01/07/21 | Posto Portal      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 25,82  | R\$ 158,77   | 05/07/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 37,56  | R\$ 225,02   | 06/07/21 | Serras Auto Posto |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 29,54  | R\$ 189,03   | 07/07/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F14 | Gasolina | 38,42  | R\$ 245,85   | 12/07/21 | Posto Paraná      |
| Virtus        | DF      | BEP9F15 | Gasolina | 16,72  | R\$ 103,00   | 13/07/21 | Posto Aeroporto   |
| TOTAL CONSUMO |         |         |          | 326,79 | R\$ 2.000,55 |          | Cartão IMED 01    |

TOTAL GERAL DE CONSUMO R\$ 2.000,55

|                |                     |          |
|----------------|---------------------|----------|
| CARTÃO IMED 01 | 6035 7404 1335 8802 | R\$ 0,06 |
| CARTÃO IMED 02 | 6035 7404 1335 8810 |          |

SALDOS

*Tharley Sousa Silva*  
Gerente ADM - HRF  
CRA GO nº 17965

# Hospital Regional de Formosa



## CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 01

| DATA       | MOTORISTA | PREFIXO | SETOR | KM SAÍDA | H.SAÍDA | SERVIÇO                    | DESTINO                     | KM CHEGADA | H.CHEGADA | TOTAL KM |
|------------|-----------|---------|-------|----------|---------|----------------------------|-----------------------------|------------|-----------|----------|
| 24/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 37.709   | 02:40   | Vânia / Medicamentos       | Aeroporto e Luziânia        | 38.040     | 08:20     | 331      |
| 24/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 38.040   | 22:18   | Buscar empréstimo          | Hospital São Camilo         | 38.046     | 22:36     | 6        |
| 25/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 38.046   | 13:00   | Buscar medicamentos        | Planaltina Goiás / Luziânia | 38.380     | 17:40     | 334      |
| 25/06/2021 | Robson    | GO      | ADM   | 38.380   | 20:40   | Buscar medicamentos        | Planaltina Goiás            | 38.469     | 22:10     | 89       |
| 27/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 38.469   | 21:10   | Buscar Vânia               | Aeroporto                   | 38.663     | 00:10     | 194      |
| 29/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 38.663   | 10:40   | Faturamento / Medicamento  | Goiania / Trindade          | 39.311     | 21:13     | 648      |
| 30/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 39.311   | 09:30   | Buscar empréstimo          | Planaltina Goiás / Luziânia | 39.620     | 17:00     | 309      |
| 30/06/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 39.620   | 21:20   | Descarte material (Servo)  | Formosinha                  | 39.625     | 21:39     | 5        |
| 01/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 39.625   | 11:50   | Buscar medicamentos        | Goiania / Trindade          | 40.241     | 22:10     | 616      |
| 03/07/2021 | Felipe    | GO      | ADM   | 40.241   | 10:30   | Buscar documentos farmácia | BR020 - Polícia rodoviária  | 40.263     | 12:23     | 22       |
| 06/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 40.263   | 11:00   | Buscar empréstimo          | Goiania / São Luís / Hutrim | 41.137     | 00:11     | 874      |
| 07/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 41.137   | 11:30   | Devolução medicamentos     | HRS / HFA / Luziânia        | 41.444     | 18:10     | 307      |
| 08/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 41.444   | 14:30   | Serviços variados          | Centro Formosa              | 41.485     | 17:00     | 41       |
| 09/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 41.485   | 16:00   | Serviços variados          | Centro Formosa              | 41.496     | 16:40     | 11       |
| 10/07/2021 | Robson    | GO      | ADM   | 41.496   | 21:13   | Buscar empréstimo          | Hospital São Camilo         | 41.503     | 21:48     | 7        |
| 11/07/2021 | Robson    | GO      | ADM   | 41.503   | 04:10   | Buscar empréstimo          | Luciano Chaves              | 41.509     | 04:28     | 6        |
| 11/07/2021 | Robson    | GO      | ADM   | 41.509   | 22:40   | Buscar empréstimo          | Planaltina Goiás            | 41.593     | 00:25     | 84       |
| 12/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 41.593   | 11:00   | Material cirúrgico         | Goiania / Hutrim / São Luiz | 42.441     | 23:45     | 848      |

Gerência Administrativa  
Tharley Sousa Silva

Tharley Sousa Silva  
Gerente ADM - HRF  
CRA GO nº 17965

#CF:BD6 E11483235,910 EF1483269,350 V33,440  
Codigo:[1] IE/RG: []  
Atendente: 28835-JEANN VINICIUS ALVES BORGES  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.03.10 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)





EXIBO DOCUMENTO FISCAL DE N° 11216796000130  
CONSUMIDOR: N° 11216796000130

rede

REDE  
HOSPITAL DE FORMOSA

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130

09:23:51

30/06/2021  
CARTAO: \*\*\*\*\*8802  
POS: 27411519 EST: 00000000417017  
AUT: 728833357 v1653.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
km 39312 Ltrs Valor  
Abast: 20.02 123.10  
Valor Total: 123.10  
COR0001

Gasolina Comum  
Saldo disponivel: 11.207.42  
cli: 040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V: 1653.1017.1121.1121.1121

REDE

PARANA

CNPJ: 11.216.796/0001-30

PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA

MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

Documento Auxiliar

da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | DESCRICAO            | TOTAL          |
|----------------------|----------------------|----------------|
| QTD. UN.             | VL. UNIT(R\$)        |                |
| 2                    | GASOLINA C ADITIVADA |                |
| 20,020 LT            | 6,149                | 123,10         |
| Itde. Total de Itens |                      | 20,020         |
| Valor Total R\$      |                      | 123,10         |
| FORMA PAGAMENTO      |                      | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |                      | 123,10         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0611 2167 9600 0130 6500 3000 2394 5617 1967 2174

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 239456 Série:3 30/06/2021 09:24:21

Protocolo de Autorização: 152214181103044  
Data de Autorização: 30/06/2021 09:24:21



Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram entregues/realizados nesta data.  
14/07/21  
Carimbo e assinatura  
Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 - SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/12)  
Total R\$ 53,68  
R\$: 16,50 Federal e 37,18 Estadual

#CF: B22 E10212882,490 EF0212902,510 V20,020  
Codigo: [1] IE/RG: []  
Atendente: 28029-UELITON DA MATA RAMOS  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.04.11 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)

EXIBO DOCUMENTO FISCAL DE N° 11216796000130  
CONSUMIDOR: N° 11216796000130

rede

REDE  
HOSPITAL DE FORMOSA

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130

12:04:22

01/07/2021  
CARTAO: \*\*\*\*\*8802  
POS: 26459761 EST: 00000000417017  
AUT: 729075219 v1653.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
km 39626 Ltrs Valor  
Abast: 25.93 159.44  
Valor Total: 159.44  
COR0001

Gasolina Comum  
Saldo disponivel: 11.047.98  
cli: 040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V: 1653.1017.1121.1121.1121

REDE

PARANA

CNPJ: 11.216.796/0001-30

PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA

MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

Documento Auxiliar

da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | DESCRICAO            | TOTAL          |
|----------------------|----------------------|----------------|
| QTD. UN.             | VL. UNIT(R\$)        |                |
| 2                    | GASOLINA C ADITIVADA |                |
| 25,930 LT            | 6,149                | 159,44         |
| Itde. Total de Itens |                      | 25,930         |
| Valor Total R\$      |                      | 159,44         |
| FORMA PAGAMENTO      |                      | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |                      | 159,44         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 6500 3000 2396 3313 4218 0250

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 239633 Série:3 01/07/2021 12:05:23

Protocolo de Autorização: 152214184975910  
Data de Autorização: 01/07/2021 12:05:23



Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/12)  
Total R\$ 69,51  
R\$: 21,36 Federal e 48,15 Estadual

#CF: B05 E11484884,400 EF1484910,340 V25,930  
Codigo: [1] IE/RG: []  
Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.04.11 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)

POSTO PORTAL  
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 GD 40 LT 9  
CNPJ 06051997000195

2a. VIA - CLIENTE  
ESTAB.: 880200900033053  
01/07/2021 18:05:42  
TERMINAL: 76017313  
DOC: 164849

AUT: 729164849

### TICKET LOG

COMPRA  
Gasolina Comum  
Km: 39956  
Abast. Litros Valor  
21,99 126,25  
Valor Total 126,25

COR0001  
HOSPITAL DE FORMOSA  
603574\*\*\*\*\*8802  
Saldo disponível: 921,73

D DIAMANTINA LTDA  
CNPJ: 06051997000195 - IE: 103879447  
PERIMETRAL NORTE 0  
CAPUAVA GOIANIA

DANFE NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

| Item                             | Descrição   | Quant. | Unitário | Total   |
|----------------------------------|-------------|--------|----------|---------|
| 320102001                        | GASOLINA C. | 21,995 | 5,740    | 126,250 |
| Total de Itens:                  |             |        |          | 1.000   |
| Total R\$: 126,250               |             |        |          | 126,250 |
| Valor Pago                       |             |        |          | 126,250 |
| Total Tributos (Lei 12.741/2012) |             |        |          | 37,880  |

Aprox. Tributos R\$: 0,00 Federal, 37,88 Estadual, 0,00 Munic.  
Fonte: IBPT  
e: 12 vEncIncl: 826851,475 vEncFin: 826873,470

Emissor: 19486 - RODRIGO RIBEIRO DA SILVA Itens: [1]  
Receptor: OPERADOR PADRAO PDV1

SÃO NOROAL

Emitida em Contingência  
Número: 736148 Série: 1 Emissão: 01/07/2021 18:06:48  
Via Consumidor  
Consulte pela chave de acesso em  
<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce>  
CHAVE DE ACESSO  
52210706051997000195650010007361469588072494

Consumidor não identificado  
Consulta via leitor de QR Code



Atesto que os produtos/serviços  
constantes neste documento foram  
Entregues/Realizados nesta data:

14/07/21

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020  
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.04.11 - www.adaptive.com.br

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
05/07/2021 09:55:14  
CARTÃO: 8802  
POS: 27411519 EST: 000000000417017  
AUT: 729164849 V1653.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
km 40272 Ltrs Valor  
Abast: 25,82 158,77  
Valor Total: 158,77  
COR0001

Gasolina Comum  
Saldo disponível: 762,96  
cli: 040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V: 1653.1017.1121.1121.1121



CNPJ: 11.216.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO  
Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | DESCRICAO                      | TOTAL          |
|----------------------|--------------------------------|----------------|
| 2                    | 25,820 LT GASOLINA C ADITIVADA | 158,77         |
| Itde, Total de Itens |                                | 25,820         |
| Valor Total R\$      |                                | 158,77         |
| FORMA PAGAMENTO      |                                | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |                                | 158,77         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 8500 3000 2400 3416 9241 7885

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 240034 Série: 3 05/07/2021 09:56:18

Protocolo de Autorização: 152214195742888  
Data de Autorização: 05/07/2021 09:56:18

**getnet**  
GOODCARD  
REDE GETNET TECNOLOGIA  
SEMPRE AUTO POSTO  
HERMOGENES COELHO 3042 N  
13475252000119

07/07/2021 10:34:54

CARTÃO: 00000000000000000000  
POS: 26459761 EST: 00000000000000000000  
AUT: 730060070 vlgsc: 1017.1121.1121.1121  
COMPRAS FUEL CONTROL  
Km 41148 Ltrs Valor  
Abast: 29.54 189.03  
Valor Total: 189.03  
COR0001

Gasolina Comum  
Saldo disponível: 348.91  
cli: 040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V: 1053.1017.1121.1121.1121

HOSPITAL DE FORMOSA  
2a. Via - Cliente  
V: 1053.1017.1121.1121.1121

**getnet**  
GOODCARD  
REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130

07/07/2021 12:15:35

CARTÃO: 00000000000000000000  
POS: 26459761 EST: 00000000000000000000  
AUT: 730060070 vlgsc: 1017.1121.1121.1121  
COMPRAS FUEL CONTROL  
Km 41148 Ltrs Valor  
Abast: 29.54 189.03  
Valor Total: 189.03  
COR0001

Gasolina Comum  
Saldo disponível: 348.91  
cli: 040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V: 1053.1017.1121.1121.1121

**Postos Dume**  
Dume Combustíveis São Luís Ltda  
CNPJ: 13.475.252/0001-19 IE: 105111040  
Av Hermogenes Coelho, 3042  
Centro - CEP: 76100-000  
São Luís de Montes Belas - GO Fone: (64) 3761-1700

**PARANA**  
CNPJ: 11.218.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

**Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica**

**DANFE (NFC-E)**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

**DETALHAMENTO DA VENDA \*\*\*CV: 204797\*\*\***

| CÓDIGO ITEM          | DESCRIÇÃO ITEM(S)        | QTD. UN. | VL. UNIT. | VL. TOTAL  |
|----------------------|--------------------------|----------|-----------|------------|
| 00000000000000000002 | GASOLINA COMUM           | 29.540   | 6.399     | 189.03     |
| 0600200              | 27101259 37.566 LT 5,990 |          |           | 174.132,69 |
| QTD. TOTAL DE ITENS  |                          | 1        |           |            |
| SUBTOTAL             |                          |          |           | 225.02     |
| VALOR TOTAL          |                          |          |           | 225.02     |
| FORMA DE PAGAMENTO   | Valor Pago               |          |           | 225.02     |
| CARTÃO - GOODCARD    |                          |          |           | 225.02     |

| CODIGO               | DESCRIÇÃO     | TOTAL          |
|----------------------|---------------|----------------|
| QTD. UN.             | VL. UNIT(R\$) |                |
| 29.540 LT            | 6.399         | 189.03         |
| Itde. Total de Itens |               | 29.540         |
| Valor Total R\$      |               | 189.03         |
| FORMA PAGAMENTO      |               | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |               | 189.03         |

Valor aproximado de impostos - Fonte: IBPT  
Fed. 30,27 - Est. 67,51 - Mun. 0,00

Número: 72584 Série: 2  
Emissão: 06/07/2021 18:36:50 - VIA CONSUMIDOR  
Consulte pela Chave de Acesso em:  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
CHAVE DE ACESSO  
52210713475252000119650020000725841001839081

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 8500 3000 2403 4517 8803 4637

**CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO**

FRENTISTA(S):  
000012-REGINALDO GOMES MACHADO

**CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO**

NFC-e NR: 240345 Série: 3 07/07/2021 12:15:55

**DADOS ADICIONAIS:**  
IMPOSTO RETIDO NOS TERMOS DO ANEXO VIII

Protocolo de Autorização: 152214202232494  
Data de Autorização: 07/07/2021 12:15:55

**MENSAGEM PROMOCIONAL:**  
Agradecemos a preferência. Volte sempre

**Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram entregues/Realizados nesta data.**

14/07/21

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020  
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa



Consulta via leitor de QR Code



tributos incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 82,42  
R\$: 25,33 Federal e 57,09 Estadual

Protocolo de Autorização: 152214200608552 - 06/07/2021 18:36:52

ACF: 822 E10214377, 200 EF0214406, 750 V29, 540  
Codigo: [1] IE/RG: []  
Atendente: 2815-EZEQUIEL CORTES BUENO  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.04.11 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)



getnet  
GOODCARD  
REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
12/07/2021 10:41:04  
CARTAO: \*\*\*\*\*8802  
POS: 26459761 EST: 00000000417017  
AUT: 730761241 v1653.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
Km 41600 Ltrs Valor  
Abast: 38,42 245,85  
Valor Total: 245,85  
COR0001  
Gasolina Comum  
Saldo disponivel: 103,06  
cli:040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA  
Sa. Via - Cliente  
V:1653.1017.11

POSTO AEROPORTO  
AEROPORTO INTERNACIONAL DE BRASILIA  
CNPJ 08202116000115  
2a. VIA - CLIENTE  
ESTAB.: 880200900038443  
13/07/2021 19:06:21  
TERMINAL: 76021509  
AUT: 731041254

DOC: 041254

# TICKET LOG

COMPRA  
Gasolina Comum  
Km: 42556  
Litros 16,72  
Valor 103,00  
Abast. 16,72 103,00  
Valor Total 103,00  
COR0001  
HOSPITAL DE FORMOSA  
603574\*\*\*\*\*8802  
Saldo disponivel: 0,06

PARANA  
CNPJ: 11.216.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

## Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | QTD.   | UN. | DESCRIÇÃO            | VL UNIT(R\$) | TOTAL          |
|----------------------|--------|-----|----------------------|--------------|----------------|
|                      | 38,420 | LT  | GASOLINA C ADITIVADA | 6,399        | 245,85         |
| Itde. Total de Itens |        |     |                      |              | 38,420         |
| Valor Total R\$      |        |     |                      |              | 245,85         |
| FORMA PAGAMENTO      |        |     |                      |              | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |        |     |                      |              | 245,85         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 6500 3000 2408 2816 7285 8424

### CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 240828 Série:3 12/07/2021 10:42:35

Protocolo de Autorização: 152214215995792  
Data de Autorização: 12/07/2021 10:42:34



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 107,19  
R\$: 32,94 Federal e 74,25 Estadual

BCF: B22 E10215450.430 EF0215488.880 V38.420  
Codigo: [1] IE/RG: [1]  
Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA  
DANFE REIMPRESSÃO  
PETROS - 2.21.04.11 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)

AUTO POSTO AEROPORTO LTDA  
CNPJ: 08202116000115 - IE: 748114400139  
AEROPORTO INTERN. DE BRASILIA PRESIDENTE JR. SN  
LAGO SUL BRASILIA

DANFE NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

| Código              | Descrição                                  | Quant.  | Unitário | Total      |
|---------------------|--------------------------------------------|---------|----------|------------|
| 2                   | Código Item ANP Cest<br>GASOLINA ADITIVADA | 16,724  | 6,159    | 103,000    |
| 320102002           |                                            | 0600200 |          |            |
| Qtd Total de Itens: |                                            |         |          | 1,000      |
| Valor Total R\$:    |                                            |         |          | 103,000    |
| Valor a Pagar R\$:  |                                            |         |          | 103,000    |
| Forma de Pagamento  |                                            |         |          | Valor Pago |
| Cartão de Crédito   |                                            |         |          | 103,000    |

Valor Total Tributos (Lei 12.741/2012)  
ND5 :556AD5FDBAGCF5959A896B7D60C8FD65

Val. Aprox. Tributos R\$: 13,85 Federal, 29,87 Estadual, 0,00 Munic.  
pal. Fonte: IBPT  
nBico:7 vEncini:1179366,826 vEncFin:1179383,550

Vendedor: 8875 - CHARLES DA SILVA GARCES Itens: [1]  
Operador: CHARLES  
EMISSÃO NORMAL

Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram entregues/Realizados nesta data  
14/07/2021  
Carimbo e assinatura  
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 - SESIMED - Hospital de Campanha de Formosa





# Internet Banking Empresarial

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175    Conta: 130044449

Transferências > Transferir >  
Entre Contas Santander, DOC e TED

Transferência finalizada. Veja seu comprovante.

|                                              |                                    |                      |                       |               |
|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| Favorecido                                   | Instituição destino                | Conta destino        | Data da transferência | Valor: R\$    |
| <b>AUGUSTUS PASSAGENS<br/>E TURISMO LTDA</b> | <b>0237 - BCO<br/>BRADESCO S A</b> | <b>3090 / 144991</b> | <b>23/07/2021</b>     | <b>858,00</b> |

## Mais Informações

|                                                                      |                                                 |                         |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Tipo de Transação                                                    | Nome conta origem                               | Conta origem            |
| <b>Transferência para outra instituição TED - Outra titularidade</b> | <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b> | <b>2175 / 130044449</b> |
| CNPJ:                                                                | Tipo de Conta                                   | ISPB                    |
| <b>43.062.389/0001-02</b>                                            | <b>Conta corrente</b>                           | <b>60746948</b>         |
| Tarifa do serviço                                                    | Finalidade                                      | Histórico               |
| <b>R\$ 11,00</b>                                                     | <b>Crédito em Conta Corrente</b>                | <b>FT 135522</b>        |

O crédito estará disponível na conta destino em alguns minutos.

**Autenticação Bancária:**  
AA76367A6395FC5A5B67734

**Data / Hora da Transação:**  
23/07/2021 - 11:49:53

**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)



# AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

CNPJ: 43.062.389/0001-02  
Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142  
CADASTUR: 00496-00-41-7  
Fone: (11) 3122-9999  
E-Mail: augustus@augustus.com.br  
Home Page: www.augustus.com.br

Inscr. Mun: 8.535.324-8  
Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL  
ABAV: 438 Iata: 57-6-8739-4  
Fax: (11) 3256-4399

FT00135522 - Página 1 de 2

|                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                      |                                         |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Nº Fatura Duplicata<br><b>FT00135522</b>                                                                                                                                            | Valor Fatura/ Duplicata [ R\$]<br><b>858,00</b> | Data de Emissão<br><b>01/07/2021</b> | Data de Vencimento<br><b>15/07/2021</b> | Para uso da Inst. Financeira |
| Encargos p/dia de R\$ 1,29 após 15/07/2021 Multa de R\$ 17,16 após 16/07/2021                                                                                                       |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO<br>A/C.: LUCIANA FERNANDES DE SOUZA - C.Custo: SEM CONTRATO                                                       |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Endereço: RUA ITAPEVA. 202 - CJ 34                                                                                                                                                  |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Bairro: BELA VISTA                                                                                                                                                                  |                                                 | Cidade: SAO PAULO                    | SÃO PAULO                               | 01332-000                    |
| Fones(s): (11)31411128                                                                                                                                                              |                                                 | Fax: (11)                            |                                         |                              |
| Cobrança: RUA ITAPEVA. 202 - CJ 34                                                                                                                                                  |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Bairro: BELA VISTA                                                                                                                                                                  |                                                 | Cidade: SAO PAULO                    | SÃO PAULO                               | 01332-000                    |
| CNPJ: 19.324.171/0001-02                                                                                                                                                            |                                                 | Inscrição:                           |                                         |                              |
| Praca de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU                                                                                                                                            |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Impresso em 01/07/2021 16:05:12                                                                                                                                                     |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Valor por extenso                                                                                                                                                                   | Oitocentos e Cinquenta e Oito Reais             |                                      |                                         |                              |
| RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS. |                                                 |                                      |                                         |                              |
| Aceite: Data: / /                                                                                                                                                                   |                                                 |                                      |                                         |                              |

|                               |             |                          |             |                    |                                                 |
|-------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------|-------------------------------------------------|
| <b>422-7 Banco Safra S.A.</b> |             | <b>Recibo do Pagador</b> |             |                    |                                                 |
| Nosso Número<br>00003464-9    | Espécie R\$ | Carteira<br>1            | Aceite<br>N | Espécie Doc.<br>DM | Agência/Código Beneficiário<br>09700/00024769-9 |
| Autenticação Mecânica         |             |                          |             |                    |                                                 |



|                                                                                                                                        |                                 |                      |                                                               |                                                 |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Banco Safra S.A.</b>                                                                                                                |                                 | <b>422-7</b>         | <b>42297.09706 00002.476992 00003.464922 1 86820000085800</b> |                                                 |                                  |
| Local do Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO                                                              |                                 |                      |                                                               | Vencimento<br>15/07/2021                        |                                  |
| Beneficiário<br>AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA<br>Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02 |                                 |                      |                                                               | Agência/Código Beneficiário<br>09700/00024769-9 |                                  |
| Data do Documento<br>01/07/2021                                                                                                        | Num. do Documento<br>FT00135522 | Espécie Docto.<br>DM | Aceite<br>N                                                   | Data do<br>01/07/2021                           | Nosso Número<br>00003464-9       |
| Uso do Banco                                                                                                                           | Carteira<br>1                   | Espécie R\$          | Quantidade                                                    | x Valor                                         | (=) Valor do documento<br>858,00 |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)                                     |                                 |                      |                                                               |                                                 | (-) Desconto/Abatimento          |
| Encargos p/dia de R\$ 1,29 após 15/07/2021                                                                                             |                                 |                      |                                                               |                                                 | (-) Outras Deduções              |
| Após 16/07/2021 cobrar multa de R\$ 17,16                                                                                              |                                 |                      |                                                               |                                                 | (+) Mora/Multa                   |
|                                                                                                                                        |                                 |                      |                                                               |                                                 | (+) Outros Acréscimos            |
|                                                                                                                                        |                                 |                      |                                                               |                                                 | (=) Valor Cobrado                |
| Pagador<br>IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO<br>RUA ITAPEVA. 202 - CJ 34<br>01332000 BELA VISTA                          |                                 |                      |                                                               | 19.324.171/0001-02<br>00003464-9                |                                  |
| Sacador/Avalista                                                                                                                       |                                 |                      |                                                               | Código de Baixa                                 |                                  |
| Autenticação Mecânica- <b>Ficha de compensação</b>                                                                                     |                                 |                      |                                                               |                                                 |                                  |



CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...





# AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

CNPJ: 43.062.389/0001-02

Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142

CADASTUR: 00496-00-41-7

Fone: (11) 3122-9999

E-Mail: augustus@augustus.com.br

Home Page: www.augustus.com.br

Inscr. Mun: 8.535.324-8

Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL

ABAV: 438

Iata: 57-6-8739-4

Fax: (11) 3256-4399

FT00135522 - Página 2 de 2

## Notas de Débito

| Nº Viag     | Passageiro |              | Tipo      | Emissão | Bilhete/NC/OS | Num. OP | Matricula | Saida/Periodo | Rota/Produto      |       |
|-------------|------------|--------------|-----------|---------|---------------|---------|-----------|---------------|-------------------|-------|
| Nota débito | Reserva    | Vir.Original | Câmbio    | Valor   | Extras        | Taxas   | Tx.Emb.   | Tx.Serviço    | Out Rec.          | Total |
| Nº Pedido   | Fornecedor |              | C. Custos |         |               |         |           | Nº Confirm.   | Solicitante       |       |
| Observação  |            |              |           |         |               |         |           |               | Tipo de Pagamento |       |

### Centro Custo: SEM CONTRATO

|              |           |                         |              |            |      |       |                 |                            |                         |      |        |
|--------------|-----------|-------------------------|--------------|------------|------|-------|-----------------|----------------------------|-------------------------|------|--------|
|              | LIMA/KELY |                         | 26/06/2021   | VC00362560 |      |       |                 | 28/06/2021 até 02/07/2021  | Hospedagem Diárias: 004 |      |        |
| ND00559918   | 00727342  | 780,00 [R\$]            | 1,000000     | 780,00     | 0,00 | 78,00 | 0,00            | 0,00                       | 0,00                    | 0,00 | 858,00 |
| Ped.Reserve: | 3701572   | SOFISTICATTO PARK HOTEL | SEM CONTRATO |            |      |       | BRUNA-RSV 37732 | LUCIANA FERNANDES DE SOUZA |                         |      |        |
| Cód.Reserva: |           |                         |              |            |      |       |                 |                            |                         |      |        |
| BRUNA-RSV    |           |                         |              |            |      |       |                 |                            |                         |      |        |
| 37732        |           |                         |              |            |      |       |                 |                            |                         |      |        |

SINGLE: Qtde. Aptos: 1 \* Qtde. Diárias: 4 \* Valor Diária: 195,00 = Total Diárias: R\$780,00  
Autorizador: Monica Reis

|                            |        |      |       |      |      |      |      |      |      |        |
|----------------------------|--------|------|-------|------|------|------|------|------|------|--------|
| Centro Custo: SEM CONTRATO | 780,00 | 0,00 | 78,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 858,00 |
| Total Notas de Débito      | 780,00 | 0,00 | 78,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 858,00 |

Total da Fatura 858,00

Atesto que os serviços constantes neste documento foram entregues/realizados nesta data.

02/07/21

assinatura

Contrato nº 026/2020 - Campanha de Formosa

Vânia Gomes Fernandes  
Diretora Geral - HRF  
GRA GO nº 7844



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO  
FAZENDA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

**Certidão Conjunta de Débitos de Tributos Mobiliários**

**Certidão Número:** 0749244 - 2021

**CPF/CNPJ Raiz:** 43.062.389/

**Contribuinte:** AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA - EPP.

**Liberação:** 21/07/2021

**Validade:** 19/10/2021

**Tributos Abrangidos:**

Imposto Sobre Serviços - ISS

Taxa de Fiscalização de Localização Instalação e Funcionamento

Taxa de Fiscalização de Anúncio - TFA

Taxa de Fiscalização de Estabelecimento - TFE

Taxa de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - TRSS (incidência a partir de Jan/2011)

Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis - ITBI

**Unidades Tributárias:**

CCM 8.535.324-8- Início atv :27/02/1980 (AV SAO LUIS, 00050 - CEP: 01046-000 )

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo que vierem a ser apuradas ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação ao período contido neste documento, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal da Fazenda e a inscrições em Dívida Ativa Municipal, junto à Procuradoria Geral do Município é certificado que a Situação Fiscal do Contribuinte supra, referente aos créditos tributários inscritos e não inscritos na Dívida Ativa abrangidos por esta certidão, até a presente data é: **REGULAR.**

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/fazenda/>.  
Qualquer rasura invalidará este documento.

Certidão expedida com base na Portaria Conjunta SF/PGM nº 4, de 12 de abril de 2017, Instrução Normativa SF/SUREM nº 3, de 6 de abril de 2015, Decreto 50.691, de 29 de junho de 2009, Decreto 51.714, de 13 de agosto de 2010 e Portaria SF nº 268, de 11 de outubro de 2019.

Certidão emitida às 10:26:54 horas do dia 22/07/2021 (hora e data de Brasília).

**Código de Autenticidade:** A8CAED4F

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal da Fazenda <http://www.prefeitura.sp.gov.br/sf>



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA  
ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA**  
**CNPJ: 43.062.389/0001-02**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 06:53:22 do dia 09/04/2021 <hora e data de Brasília>.

Válida até 06/10/2021.

Código de controle da certidão: **A031.77C6.A3EA.92CC**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



## Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

### Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ / IE: 43.062.389/0001-02

Ressalvado o direito da Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo de apurar débitos de responsabilidade da pessoa jurídica acima identificada, é certificado que **não constam débitos** declarados ou apurados pendentes de inscrição na Dívida Ativa de responsabilidade do estabelecimento matriz/filial acima identificado.

Certidão nº 21040074048-40

Data e hora da emissão 09/04/2021 16:57:23

Validade 6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio **[www.pfe.fazenda.sp.gov.br](http://www.pfe.fazenda.sp.gov.br)**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 43.062.389/0001-02

Certidão nº: 12270756/2021

Expedição: 12/04/2021, às 08:46:04

Validade: 08/10/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **43.062.389/0001-02**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 43.062.389/0001-02

**Razão Social:** AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA

**Endereço:** AV SAO LUIS 050 24 AND CJTO 241-A / CENTRO / SAO PAULO / SP /  
01046-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 22/07/2021 a 20/08/2021

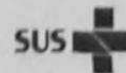
**Certificação Número:** 2021072200555059543934

Informação obtida em 22/07/2021 10:29:03

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

# Hospital Regional de Formosa

Dr. César Saad Fayad



SES  
Secretaria de Estado de Saúde



| RELATÓRIO DE VIAGEM                             |                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PERÍODO EM ATIVIDADES EXTERNAS |                             |
| Destino: Goiânia – GO                           |                             |
| Data de Saída: 28/06/2021                       | Data de Chegada: 02/07/2021 |

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| Nome: Kely Cory de Lima |                               |
| CPF: 736.438.581-91     | Função: Gerente de Enfermagem |

| DESCRIÇÃO SUCINTA DA VIAGEM |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                    | Assumir a Gerência de Enfermagem do Hospital de Regional de Formosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Período                     | Atividades Desenvolvidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 28/06/2021 a<br>02/07/2021  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Reunião com Enfermeiros;</li><li>- Reunião com Responsável da farmácia, alinhamento de fluxos;</li><li>- Acompanhamento da implantação dos painéis de chamada e senha no PS, juntamente com consultora do MV;</li><li>- Reunião com Cleide (responsável pela equipe médica);</li><li>- Elaboração de escala mensal;</li><li>- Elaboração de relatório mensal com os indicadores;</li><li>- Acompanhamento dos pacientes para fístula;</li><li>- Realizado solicitações junto a diretoria;</li><li>- Participação do Treinamento em Gasometria para Enfermeiros;</li><li>- Reunião com SESMT, Gerência Administrativa, GUIMA e Coordenação de Enfermagem para elaboração Normas e Rotinas para visitantes e acompanhantes</li></ul> |

Data: 05/07/2021

Kely Cory de Lima  
Gerente de Enfermagem  
CPF: 736.438.581-91

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                             | MUNICÍPIO DE CAMPO BOM                             |                                                     | Número / Série NFS-e<br>39722758 / T00 |                                   |  |               |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA                    |                                                     | Número / Série RPS<br>-                |                                   |                                                                                    |               |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e |                                                     | Data de Emissão<br>30/07/2021 09:21    |                                   |                                                                                    |               |       |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| CNPJ/CPF: 03.506.307/0001-57                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    | Inscrição Estadual: 0190105488                      |                                        | Inscrição Municipal: 11.801       |                                                                                    |               |       |
| Nome/Razão Social: TICKET SOLUCOES HDFGT S.A.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Nome Fantasia: TICKET LOG                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Município: CAMPO BOM / RS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | Telefone: (51) 3590 7900                            |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | Site:                                               |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| LOCAL DE TRIBUTAÇÃO<br>Campo Bom / RS                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    | RESPONSABILIDADE PELO ISSQN<br>Prestador de Serviço |                                        | REGIME TRIBUTÁRIO<br>Regime Geral |                                                                                    |               |       |
| TOMADOR DE SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| CNPJ/CPF: 19.324.171/0001-02                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    | Inscrição Estadual: -                               |                                        | Inscrição Municipal:              |                                                                                    |               |       |
| Nome/Razão Social: IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Endereço: R ITAPEVA, 202, CONJ 34, BELA VISTA, CEP 01332-000                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Município: SAO PAULO / SP                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | País: BRASIL                                        |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | Telefone:                                           |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| FATURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Duplicata<br>39722758                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Vencimento<br>09/08/2021                           | Valor<br>1.533,00                                   |                                        | Duplicata                         | Vencimento                                                                         |               |       |
| ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Qtd / Unid                                         | Valor Bruto                                         | Desconto                               | Retenção                          | Valor Líquido                                                                      |               |       |
| REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0,00                                               | 1.500,00                                            | 0,00                                   | 0,00                              | 1.500,00                                                                           |               |       |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | L.C. 116                                           | Alíquota (%)                                        | Valor Unitário                         | Qtd / Unid                        | Desconto Inc.                                                                      | Valor Serviço | ISSQN |
| 20019 - TAXA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10.05                                              | 2,00                                                | 3,0000                                 | 1,00 / UN                         | 0,00                                                                               | 3,00          | 0,06  |
| 20019 - TAXA SOBRE SERVICO ABASTECIMENTO/SERVICOS                                                                                                                                                                                                                                                                          | 10.05                                              | 2,00                                                | 30,0000                                | 1,00 / UN                         | 0,00                                                                               | 30,00         | 0,60  |
| VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 1.533,00                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Valor de Serviço<br>33,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Itens Não Tributáveis<br>1.500,00                  |                                                     | Desconto Condicional<br>0,00           |                                   | Deduções<br>0,00                                                                   |               |       |
| Redução na Base de Cálculo<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor Aproximado de Tributos<br>3,72               |                                                     | Base de Cálculo<br>33,00               |                                   | ISSQN<br>0,66                                                                      |               |       |
| RETENÇÕES FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| INSS (R\$)<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | IR (R\$)<br>0,00                                   | CSLL (R\$)<br>0,00                                  | PIS/PASEP (R\$)<br>0,00                | COFINS (R\$)<br>0,00              |                                                                                    |               |       |
| VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 1.533,00                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| RPS/SERIE: 864503/B2                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE. IN 153/87, VALOR R\$0,50                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| TITULO NRO. 33883396                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 28/07/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| GESTOR: ANDRE FRANCISCO AMUD                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| CODIGO CLIENTE: 176643                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 20019 - AGENCIAM E INTERMEDIAC DE BENS MOVEIS                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| Local de Tributação: Campo Bom / RS                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| AUTENTICIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |
| A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:<br><a href="https://nfse.campobom.rs.gov.br/site">https://nfse.campobom.rs.gov.br/site</a><br>Código de Verificação: B2H.1IG.OC1<br>Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-039722758/460221480 |                                                    |                                                     |                                        |                                   |                                                                                    |               |       |



IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130044449

Pagamentos > Pagamentos com código de barra >  
Boletos, Contas e Tributos



Pagamento realizado com sucesso.

| Beneficiário                    | Data do pagamento | Valor nominal       | Valor total a pagar |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| <b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b> | <b>29/07/2021</b> | <b>R\$ 1.533,00</b> | <b>R\$ 1.533,00</b> |

34191.76007.55826.262937.83150.390009.6.87050000153300

|                                                                        |                                                                                 |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Instituição Financeira Favorecida<br><b>341 - ITAU UNIBANCO S A</b>    | CPF/CNPJ Beneficiário Original<br><b>03.506.307/0001-57</b>                     | Razão Social Beneficiário Original<br><b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b> |
| Nome Fantasia Beneficiário Original<br><b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b> | CPF/CNPJ Pagador Original<br><b>19.324.171/0001-02</b>                          | Nome Pagador Original<br><b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST</b>        |
| CPF/CNPJ Pagador Efetivo<br><b>19.324.171/0001-02</b>                  | Razão Social Pagador Efetivo<br><b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b> | Data de Vencimento<br><b>07/08/2021</b>                               |
| Valor Nominal<br><b>1.533,00</b>                                       | Valor Pago<br><b>1.533,00</b>                                                   | Encargos<br><b>0,00</b>                                               |
| Desconto<br><b>0,00</b>                                                | Valor Total a Cobrar<br><b>1.533,00</b>                                         | Data / hora da transação:<br><b>29/07/2021 14:14:01</b>               |
| Autenticação<br><b>IBE3FE60FADB4AB4E5A944A</b>                         |                                                                                 |                                                                       |

Transação exclusiva para pagamento de Boleto. O pagamento será processado somente se informados corretamente os dados do boleto. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os boletos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo divergências entre o valor indicado/agendado pelo pagador e o valor informado pelo favorecido, o BANCO rejeitará o pagamento, podendo, no entanto, efetuar o pagamento pelo valor autorizado pelo pagador desde que o referido valor esteja dentro da margem aprovada e registrada pelo beneficiário do boleto.

**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)



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: TICKET SOLUCOES HDFGT S/A**  
**CNPJ: 03.506.307/0001-57**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 19:57:33 do dia 11/05/2021 <hora e data de Brasília>.

Válida até 07/11/2021.

Código de controle da certidão: **F47E.ED98.CC7D.9517**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

CNPJ: 03.506.307/0001-57

Certidão nº: 15559160/2021

Expedição: 13/05/2021, às 15:08:53

Validade: 08/11/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que o CNPJ sob o nº **03.506.307/0001-57**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

Certidão expedida sem indicação do nome/razão social, tendo em vista que o CPF/CNPJ consultado não figura na última versão da base de dados da Receita Federal do Brasil - RFB enviada ao Tribunal Superior do Trabalho - TST. Para saber a situação desse CPF/CNPJ, consulte o sítio da RFB ([www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)).

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO BOM  
Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria Municipal de Finanças

Data: 06/05/2021 17h32min

Número  
4035

Validade  
04/08/2021

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS(GERAL)

Nome / Razão Social

TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A. CNPJ: 03506307000157

RUA MACHADO DE ASSIS Nº 50 , EDIF. 2 , SANTA LUCIA - 93700000

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidades do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas. É certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal de Finanças e inscrição em Dívida Ativa Municipal até a presente data. A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço [www.campobom.rs.gov.br](http://www.campobom.rs.gov.br)(Portal de Serviços). Certidão emitida com base no Código Tributário Municipal Lei nº 2.397/02 de 30/12/2002, artigo 61 e seguintes.

Código de Controle

CWJUB3YN4RQOYYJ1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.

<https://www.campobom.rs.gov.br/>

Campo Bom (RS), 06 de Maio de 2021

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 03.506.307/0001-57

**Razão Social:** TICKET SOLUCOES HDFGT SA

**Endereço:** RUA MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 / SANTA LUCIA / CAMPO BOM / RS / 93700-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 19/04/2021 a 16/08/2021

**Certificação Número:** 2021041901573494314413

Informação obtida em 13/05/2021 15:13:53

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA FAZENDA  
RECEITA ESTADUAL

Certidão de Situação Fiscal nº **0017237233**

Identificação do titular da certidão:

Nome: **TICKET SOLUCOES HDFGT S/A**  
Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2**  
**SANTA LUCIA, CAMPO BOM - RS**  
CNPJ: **03.506.307/0001-57**

Certificamos que, aos **21** dias do mês de **JULHO** do ano de **2021**, revendo os bancos de dados da Secretaria da Fazenda, o titular acima enquadra-se na seguinte situação:

**CERTIDAO NEGATIVA**

Descrição dos Débitos/Pendências:

Esta certidão NÃO É VÁLIDA para comprovar;

a) a quitação de tributos devidos mensalmente e declarados na Declaração Anual de Simples Nacional (DASN) e no Programa Gerador do Documento de Arrecadação do Simples Nacional (PGDAS-D) pelos contribuintes optantes pelo Simples Nacional;

b) em procedimento judicial e extrajudicial de inventário, de arrolamento, de separação, de divórcio e de dissolução de união estável, a quitação de ITCD, Taxa Judiciária e ITBI, nas hipóteses em que este imposto seja de competência estadual (Lei nº 7.608/81).

No caso de doação, a Certidão de Quitação do ITCD deve acompanhar a Certidão de Situação Fiscal.

Esta certidão constitui-se em meio de prova de existência ou não, em nome do interessado, de débitos ou pendências relacionados na Instrução Normativa nº 45/98, Título IV, Capítulo V, 1.1.

A presente certidão não elide o direito de a Fazenda do Estado do Rio Grande do Sul proceder a posteriores verificações e vir a cobrar, a qualquer tempo, crédito que seja assim apurado.

Esta certidão é válida até 18/9/2021.

Certidão expedida gratuitamente e com base na IN/DRP nº 45/98, Título IV, Capítulo V.

Autenticação: **0027137617**

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada em <https://www.sefaz.rs.gov.br>.



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

## RECIBO DO PAGADOR

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------|---------------------------------------------|--|
| Local de Pagamento<br>EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |             |                                | Vencimento<br>07/08/2021                    |  |
| Beneficiário<br>TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |             |                                | Agência/Código Beneficiário<br>2938/31503-9 |  |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista<br>R MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 SANTA LUCIA CAMPO BOM RS 93700-000                                                                                                                                                                                          |                              |                    |             |                                |                                             |  |
| Data do documento<br>28/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                        | No. Do documento<br>00558262 | Espécie doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>28/07/21 | Nosso Número<br>176/00558262-6              |  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Carteira<br>176              | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                          | (=) Valor do Documento<br>1.533,00          |  |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.<br>EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA<br><br>NÃO aceitar cheques nem apA³s o vencimento.<br><br>corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE |                              |                    |             |                                | (-) Descontos/Abatimento                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                |                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                | (+) Mora/Multa                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                | (=) Valor Cobrado                           |  |
| Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102<br>Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP<br>Sacador/Avalista:                                                                                                                                          |                              |                    |             |                                |                                             |  |

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76007 55826.262937 83150.390009 6 87050000153300

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------|---------------------------------------------|--|
| Local de Pagamento<br>EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |             |                                | Vencimento<br>07/08/2021                    |  |
| Beneficiário<br>TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |             |                                | Agência/Código Beneficiário<br>2938/31503-9 |  |
| Data do documento<br>28/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                        | No. Do documento<br>00558262 | Espécie doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>28/07/21 | Nosso Número<br>176/00558262-6              |  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Carteira<br>176              | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                          | (=) Valor do Documento<br>1.533,00          |  |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.<br>EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA<br><br>NÃO aceitar cheques nem apA³s o vencimento.<br><br>corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE |                              |                    |             |                                | (-) Descontos/Abatimento                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                |                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                | (+) Mora/Multa                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                    |             |                                | (=) Valor Cobrado                           |  |
| Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102<br>Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP<br>Sacador/Avalista:                                                                                                                                          |                              |                    |             |                                |                                             |  |

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





|                        |              |
|------------------------|--------------|
| TOTAL GERAL DE CONSUMO | R\$ 1.500,17 |
|------------------------|--------------|

Therese Sonja Silva  
Gerente ADNI-HRF  
CRA GO n° 17965



# Hospital Regional de Formosa



## CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 02

| DATA       | MOTORISTA | PREFIJO | SETOR | KM SAÍDA | H.SAÍDA | SERVIÇO              | DESTINO                                 | KM CHEGADA | H.CHEGADA | TOTAL KM |
|------------|-----------|---------|-------|----------|---------|----------------------|-----------------------------------------|------------|-----------|----------|
| 13/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 42.441   | 08:20   | Pegar outro carro    | Aeroporto locadora                      | 42.647     | 20:28     | 206      |
| 15/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 42.647   | 13:00   | Materiais cirúrgicos | Luziânia / Huftrim                      | 43.375     | 00:25     | 728      |
| 16/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 43.375   | 11:00   | Serviços diversos    | Formosa                                 | 43.421     | 12:40     | 46       |
| 20/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 43.421   | 10:50   | Faturamento          | Goiânia                                 | 44.038     | 20:50     | 617      |
| 21/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 44.038   | 16:20   | Serviços diversos    | Centro Formosa                          | 44.071     | 17:45     | 33       |
| 22/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 44.071   | 13:30   | Buscar medicamentos  | Goiânia                                 | 44.665     | 20:50     | 594      |
| 23/07/2021 | Aurélio   | GO      | ADM   | 44.665   | 14:03   | Buscar medicamentos  | Planaltina Goiás, Sobradinho e Luziânia | 44.983     | 20:00     | 318      |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |
|            |           |         |       |          |         |                      |                                         |            |           | 0        |

Gerência Administrativa  
Tharley Sousa Silva

Tharley Sousa Silva  
Gerente ADM - HRF  
CPA GO nº 17965

getnet

GOODCARD

REC. DE FISC. DE FOMOSA  
SERV. AUTO POSTO  
HERMOGENES COELHO 3042 N  
13475252000119

12/07/2021  
CARTÃO: 0000012  
POS: 05473333  
ABAST. 35,00 210,05  
Km: 420,58 Litros: 38,21  
Valor Total: 210,05  
COR0002

Saldo disponível: 1.091,62  
CLI: 640026493

HOSPITAL DE FOMOSA  
2a. Via - Cliente  
FOMOSA - GO 1120 1120

## Postos Dume

Dume Combustíveis São Luis Ltda  
CNPJ: 13.475.252/0001-19 IE: 105111046  
Av Hermogenes Coelho, 3042  
Centro - CEP: 76100-000

São Luis de Montes Belos - GO Fone: (64) 3761-1700

## DANFE (NFC-E)

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

DETALHAMENTO DA VENDA \*\*\*CV: 205411\*\*\*  
CÓDIGO ITEM DESCRIÇÃO ITEM(S)

CEI NCM QTD. UN. VL. UNIT. VL. TOTAL  
E. INICIAL E. FINAL

00000000000002 GASOLINA COMUM  
0600200 27101259 35,067 LT 5,990 210,05  
175,283,62 175,318,69

QTD. TOTAL DE ITENS 1

SUBTOTAL 210,05

VALOR TOTAL 210,05

FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago  
CARTÃO 210,05

\*\*\*RELAÇÃO CARTÕES\*\*\*

#ID:3# GOODCARD

NSU: AUT:730859739 RS:210,05

Valor aproximado de impostos - Fonte: IBPT  
Fed. 28,25 - Est. 63,02 - Mun. 0,00

Número: 73185 Série: 2

Emissão: 12/07/2021 18:38:23 - VIA CONSUMIDOR

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfe/danfeNFC>

CHAVE DE ACESSO

52210713475252000119650020000731851001845227

## CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

FRENTISTA(S):

000012-REGINALDO GOMES MACHADO

DADOS ADICIONAIS:

IMPOSTO RETIDO NOS TERMIOS DO ANEXO VIII DO RC TE

## MENSAGEM PROMOCIONAL:

Agradecemos a preferência. Volte sempre

Consulta via leitor de QR Code



Atesto que os produtos/serviços  
constantes neste documento foram  
Entregues/Realizados nesta data.  
27/07/21

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -  
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Protocolo de Autorização: 152214217690516 - 12/07/2021 18:

Tech Posto  
Software de Gestão de Postos de Combustível  
[www.tst.inf.br](http://www.tst.inf.br) (64) 3623-4281

POSTO AEROPORTO  
AEROPORTO INTERNACIONAL DE BRASÍLIA

CNPJ 08202116000115

2a. VIA - CLIENTE

ESTAB.: 880200900038443

13/07/2021 18:36:35

TERMINAL: 76021509

AUT: 731036979

DOC: 036979

## TICKET LOG

COMPRA

Etanol

Km: 1056

Litros

Abast. 38,21 198,65

Valor Total 198,65

COR0002

HOSPITAL DE FORMOSA

603574\*\*\*\*\*8810

Saldo disponível: 1.091,62

AUTO POSTO AEROPORTO LTDA

CNPJ: 08202116000115 - IE: 748114400139

AEROPORTO INTERN. DE BRASÍLIA PRESIDENTE JK, SN

LAGO SUL BRASÍLIA

DANFE NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

| Código                     | Descrição | Quant. | Unitário | Total      |
|----------------------------|-----------|--------|----------|------------|
| 3                          | ETANOL    | 38,210 | 5,199    | 198,650    |
| 310101001                  |           |        |          | 1,000      |
| Qtd Total de Itens:        |           |        |          | 198,650    |
| Valor Total R\$: 198,650   |           |        |          |            |
| Valor a Pagar R\$: 198,650 |           |        |          |            |
| Forma de Pagamento         |           |        |          | Valor Pago |
| Cartão de Crédito          |           |        |          | 198,650    |

Valor Total Tributos (Lei 12.741/2012) 76,380  
NDS: 556AD5FDBAGCF5959A836B7080C8FDE5

Val. Aprox. Tributos R\$: 26,72 Federal, 49,88 Estadual, 0,00 Munic.  
pal. Fonte: IBPT  
nBico: 3 vEncini: 480809,400 vEncFin: 480847,610

Vendedor: 8875 - CHARLES DA SILVA GARCES Itens: [1]  
Operador: CHARLES  
EMISSÃO NORMAL

Enitada em Contingência  
Número: 290443 Série: 2 Emissão: 13/07/2021 18:37:11  
Via Consumidor  
Consulte pela chave de acesso em  
[www.fazenda.df.gov.br/nfce/consulta](http://www.fazenda.df.gov.br/nfce/consulta)  
CHAVE DE ACESSO  
53210708202116000115650020002904439469690940

Consumidor não identificado  
Consulta via leitor de QR Code



28. Via  
V:1653.1017.1121.1121.1121  
corte  
**getnet**  
**GOODCARD**  
REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
15/07/2021 12:03:29  
CARTAO: \*\*\*\*\*8810  
POS: 27411519 EST: 00000000417017  
AUT: 731338000 v1653.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
Km 42680 Ltrs Valor  
Abast: 33,65 215,33  
Valor Total: 215,33  
COR0002  
Gasolina Comum  
Saldo disponivel 876,29  
cli: 040026493  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V:1653.1017.1121.1121.1121

**P**  
REDE  
CNPJ: 11.216.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO  
**Documento Auxiliar**  
**da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica**

| CODIGO               | DESCRICAO                  | TOTAL          |
|----------------------|----------------------------|----------------|
| QTD. UN.             | VL. UNIT(R\$)              |                |
| 33,650 LT            | GASOLINA C ADITIVADA 6,399 | 215,33         |
| Itde. Total de Itens |                            | 33,650         |
| Valor Total R\$      |                            | 215,33         |
| FORMA PAGAMENTO      |                            | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |                            | 215,33         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9800 0130 8500 3000 2412 8413 4991 9393  
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
NFC-e NR: 241264 Série:3 15/07/2021 12:04:29  
Protocolo de Autorização: 152214225092922  
Data de Autorização: 15/07/2021 12:04:29



Atesto que os produtos/serviços  
constantes neste documento foram  
Entregues/Realizados nesta data.  
27/07/21  
Carimbo e assinatura  
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -  
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 93,88  
R\$: 28,85 Federal e 65,03 Estadual  
NFC: 822 E10216558,870 EF0216592,520 V33,650  
Codigo: [1] IE/RG: []  
Atendente: 7988-ANDERSON TAVARES BARBOSA  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.06.07 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)

POSTO PORTAL  
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 40 LT 9  
CNPJ 06051997000195  
2a. VIA - CLIENTE  
ESTAB.: 880200900033053  
15/07/2021 20:42:58  
TERMINAL: 76017313  
DOC: 430748  
AUT: 731430748  
**TICKET LOG**  
COMPRA  
Gasolina Comum  
Km: 43083  
Litros 32,00  
Valor 186,93  
Abast. 32,00 186,93  
Valor Total 186,93  
COR0002  
HOSPITAL DE FORMOSA  
603574\*\*\*\*\*8810  
Saldo disponivel 689,36

O DIAMANTINA LTDA  
CNPJ: 06051997000195 - IE: 103879447  
PERIMETRAL NORTE 0  
R. CAPUAVA GOIANIA  
DANFE NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS  
Codigo Item ANP Cest Quant Unitário Total  
320102001 GASOLINA C. COMUM 32,009 5,840 186,930  
Total de Itens: 1,000  
Total R\$: 186,930  
Valor a Pagar R\$: 186,930  
Valor Pago 186,930  
Total Tributos (Lei 12.741/2012)  
AE31E44508F3048782BF15208F3524A1 56,080  
Aprox. Tributos R\$: 0,00 Federal, 56,08 Estadual, 0,00 Municip  
Fonte: IBPT  
vEncIni: 252689,291 vEncFin: 252721,300  
Emissor: 16197 - PAULO VINICIUS GOMES DOS SANTOS Itens: [1]  
Emissor: OPERADOR PADRAO PDV1  
SAO NORMAL  
Emitida em Contingência  
Numero: 744543 Série: 1 Emissão: 15/07/2021 20:44:16  
Via do Estabelecimento  
Consulte pela chave de acesso em  
<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce>  
CHAVE DE ACESSO  
52210706051997000195650010007445439434520912

Consumidor não identificado  
Consulta via leitor de QR Code



UMA DOCUMENTO DE CONSUMIDOR

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130

20/07/2021 09:43:21  
CARTÃO: \*\*\*\*\*8810  
POS: 27411519 EST: 00000000417017  
AUT: 732072426 VIG53.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
Km 43453 Ltrs Valor  
Abast: 32,00 204,77  
Valor Total: 204,77  
COR0002

Gasolina Comum  
Saldo disponível: 484,59  
cli: 040026493

HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V: 1652 1017.1121.1121.1121



REDE

PARANA

CNPJ: 11.216.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | DESCRIÇÃO            | TOTAL          |
|----------------------|----------------------|----------------|
| QTD, UN.             | VL UNIT(R\$)         |                |
| 2                    | GASOLINA C ADITIVADA |                |
| 32,000 LT            | 6,399                | 204,77         |
| Itde, Total de Itens |                      | 32,000         |
| Valor Total R\$      |                      | 204,77         |
| FORMA PAGAMENTO      |                      | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |                      | 204,77         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 6500 3000 2417 9217 9719 2189

Consumidor CNPJ: 19324171000609  
INIED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO  
AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA  
Formosa - GO

NFC-e NR: 241792 Série:3 20/07/2021 09:45:47

Protocolo de Autorização: 152214238161227  
Data de Autorização: 20/07/2021 09:45:35



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 89,28  
R\$: 27,44 Federal e 61,84 Estadual

BCF: B28 E11349508,530 EF1349540,530 V32,000  
Codigo:[28148] IE/RG: []  
Atendente: 16123-CELSO REGES VALENTE JUNIOR  
DANFE REIMPRESSÃO  
PETROS - 2.21.06.07 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)

POSSO O DOCUMENTO FISCAL DE CONSUMIDOR

AUTO POSTO SPX I  
AVENIDA TERCEIRA RADIAL LOTE 121  
CNPJ: 11875238000187

2a. VIA - CLIENTE  
ESTAB: 880260900033496  
20/07/2021 15:16:53  
TERMINAL: 76017755  
DOC: 135835  
AUT: 732135835

TICKET LOG

COMPRA  
Gasolina Comum  
Km 43744  
Litros 22,94  
Valor 145,87  
Abast. 22,94  
Valor Total 145,87

COR0002  
HOSPITAL DE FORMOSA  
603574\*\*\*\*\*8810  
Saldo disponível: 338,72

FLORIDIAN COMERCIO E PARTICIPAÇÕES  
LTDA  
FLORIDIAN COMERCIO E PARTICIPAÇÕES  
LTDA - CNPJ: 11.875.238/0001-87  
AV TERCEIRA RADIAL N 121 QD 117 LT  
17/18, O, PEDRO LUDOVICO, GOIANIA,  
GO, IE.104808306 - Fone: (06)  
236-120-739  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE  
CONSUMIDOR ELETRÔNICA

| CODIGO             | DESCRIÇÃO        | VL TOTAL       |
|--------------------|------------------|----------------|
| QTD                | UN VL UNIT       |                |
| 1                  | GASOLINA C-COMUM |                |
| 22,9391            | LT 6,359         | 145,87         |
| QTD TOTAL DE ITENS |                  | 1              |
| VALOR TOTAL R\$    |                  | 145,87         |
| FORMA PAGAMENTO    |                  | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito  |                  | 145,87         |
| Troco R\$          |                  | 0,00           |

Consulte pela Chave de Acesso em:  
<http://www.sefaz.go.gov.br/nfce/consulta>  
5221 0711 8752 3800 0137 6500 1000 4919 8074 6952



CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
NFC-e nº 000188048 Série: 1 20/07/2021 15:19:27  
Protocolo de Autorização: 152214238161229  
Data de Autorização: 20/07/2021 15:18:18

Funcionário: 035 ANDERSON BRAZ  
Tributos Aproximado 63,38 (43,45%) sendo:  
Federal R\$ 19,62 (13,45%)  
Estadual R\$ 43,76 (30,00%)  
Municipal R\$ 0,00 (0,00%) Fonte: IBSF Versão:  
Federal 12.741/12; R\$ 63,38

Atesto que os produtos/serviços  
constantes neste documento foram  
Entregues/Realizados nesta data.

27/07/21

Carimbo e assinatura  
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -  
SES/INIED - Hospital de Campanha de Formosa



getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
22/07/2021 12:13:19  
CARTAO: 27411519  
POS: 27411519 EST: 000000000417017  
AUT: 732490462 v1G53.1017.1121.1121.1121  
COMPR FUEL CONTROL  
km 44102 Ltrs Valor  
Abast: 29.00 185.57  
Valor Total: 185.57  
COR0002

Gasolina Comum  
Saldo disponível: 153,15  
cli:040026493

HOSPITAL DE FORMOSA  
Sa. Via - Cliente  
V:1G53.1017.1121.1121.1121



CNPJ: 11.216.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

### Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | QTD. UN.  | DESCRICAO            | VL. UNIT(R\$) | TOTAL          |
|----------------------|-----------|----------------------|---------------|----------------|
| 2                    | 29.000 LT | GASOLINA C ADITIVADA | 6.399         | 185.57         |
| Itde. Total de Itens |           |                      |               | 29.000         |
| Valor Total R\$      |           |                      |               | 185.57         |
| FORMA PAGAMENTO      |           |                      |               | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |           |                      |               | 185.57         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 6500 3000 2420 5315 0830 1330

Consumidor CNPJ: 19324171000609  
INIED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO  
AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA  
Formosa - GO

NFC-e NR: 242053 Série:3 22/07/2021 12:14:47

Protocolo de Autorização: 152214244563765  
Data de Autorização: 22/07/2021 12:14:46



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 80,91  
R\$: 24,67 Federal e 56,04 Estadual

#CF: B06 E11493830, 250 EF1493859, 250 V29,000  
Codigo: [28148] IE/RG: []  
Atendente: 28029-UELTON DA MATA RAMOS  
DANFE REIMPRESSAO  
PETROS - 2.21.06.07 - www.adaptive.com.br

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
23/07/2021 10:57:06  
CARTAO: 27411519  
POS: 27411519 EST: 000000000417017  
AUT: 732666206 v1G53.1017.1121.1121.1121  
COMPR FUEL CONTROL  
km 44667 Ltrs Valor  
Abast: 24.28 153.00  
Valor Total: 153.00  
COR0002

Gasolina Comum  
Saldo disponível: 0,15  
cli:040026493

HOSPITAL DE FORMOSA  
Sa. Via - Cliente  
V:1G53.1017.1121.1121.1121



CNPJ: 11.216.796/0001-30  
PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA  
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA  
Formosa - GO

### Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| CODIGO               | QTD. UN.  | DESCRICAO        | VL. UNIT(R\$) | TOTAL          |
|----------------------|-----------|------------------|---------------|----------------|
| 1                    | 24.280 LT | GASOLINA COMUM-C | 6.299         | 152.94         |
| Acrescimo: 0.06      |           |                  |               |                |
| Itde. Total de Itens |           |                  |               | 24.280         |
| Valor Total R\$      |           |                  |               | 152.94         |
| Acrescimo R\$        |           |                  |               | 0.06           |
| Valor a Pagar R\$    |           |                  |               | 153.00         |
| FORMA PAGAMENTO      |           |                  |               | VALOR PAGO R\$ |
| Cartão de Crédito    |           |                  |               | 153.00         |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 0711 2167 9600 0130 6500 3000 2421 5514 5604 6563

Consumidor CNPJ: 19324171000609  
INIED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO  
AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA  
Formosa - GO

NFC-e NR: 242053 Série:3 23/07/2021 10:58:15

Protocolo de Autorização: 152214247240497  
Data de Autorização: 23/07/2021 10:58:14



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 68,71  
R\$: 20,50 Federal e 48,21 Estadual

#CF: B27 E11720345, 500 EF1720369, 790 V24,280  
Codigo: [28148] IE/RG: []

Atesto que os produtos/serviços  
constantes neste documento foram  
Entregues/Realizados nesta data.  
27/07/21  
Carimbo e assinatura  
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -  
SES/INIED - Hospital de Campanha de Formosa