

Formosa, 21 de Dezembro de 2021.

Fornecedor	CPF/CNPJ	Tipo de Despesa	Referência	Valor	Vencimento	Pagamento	Descrição
VALMOR JOSE CAVE	262.362.730-49	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	NOVEMBRO	R\$ 2.000,00	05/11/2021	04/11/2021	Despesas com locação do imóvel - Escritório Imed em Formosa
TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.	03.506.307/0001-57	COMBUSTÍVEL	614848	R\$ 2.043,00	09/11/2021	09/11/2021	Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade
TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.	03.506.307/0001-57	COMBUSTÍVEL	620793	R\$ 3.573,00	18/11/2021	18/11/2021	Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE GO - CRM	01.010.446/0001-60	TAXAS E IMPOSTOS	18112021	R\$ 377,66	30/11/2021	18/11/2021	Despesa com anuidade do conselho regional de medicina
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	137082	R\$ 639,30	15/11/2021	09/11/2021	Despesa com hospedagem
ENEL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA	01.543.032/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA	NOVEMBRO	R\$ 136,80	19/11/2021	18/11/2021	Despesas com consumo de energia elétrica do escritório do IMED em Formosa
ENEL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA	01.543.032/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA	NOVEMBRO	R\$ 183,56	22/11/2021	18/11/2021	Despesas com consumo de energia elétrica do escritório do IMED em Formosa

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

**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.

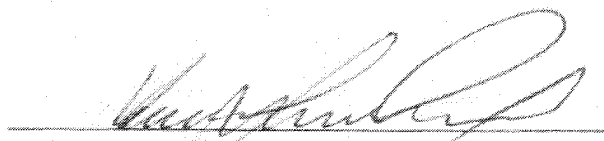
## **VIII - DO FORO**

(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. Deuolovich

Nome: Alro Gomes Deuolovich

RG: 6039353

CPF: 040.916.521-23



# Internet Banking Empresarial

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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 UNIBANCO S A</b>	<b>4406 / 418337</b>	<b>04/11/2021</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 / 130088889</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>OUT</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)

**CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HRF - Cartão 02**

VIATURA	PREFIXO	PLACA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Onix	DF	QXR4B00	Gasolina	36,17	R\$ 253,15	14/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B01		34,3	R\$ 240,07	15/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B02		31,68	R\$ 224,90	20/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B03		19,31	R\$ 132,66	21/10/21	Posto Flamboyant
Onix	DF	QXR4B04		21,16	R\$ 150,21	21/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B05		13,26	R\$ 94,13	22/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B06		32,56	R\$ 214,54	22/10/21	Posto Portal
Onix	DF	QXR4B07		33,44	R\$ 240,73	25/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B08		25,65	R\$ 191,32	27/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B09		21,19	R\$ 156,78	29/10/21	Posto Paraná
Onix	DF	QXR4B10		21,7	R\$ 156,00	29/10/21	Posto Portal
TOTAL CONSUMO				290,42	R\$ 2.054,49	18/10/21	

VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	290,42	R\$ 2.054,49	01/11/21	Posto Portal

TOTAL GERAL DE CONSUMO	R\$ 2.054,49
------------------------	--------------

SALDOS	
CARTÃO IMED 02	6035 7404 1335 8802 R\$ 0,71

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

01/11/2021

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

Carimbo e assinatura

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



**CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 02**

DATA	MOTORISTA	PREFIXO	SETOR	KM SAIDA	H.SAIDA	SERVIÇO	DESTINO	KM CHEGADA	H.CHEGADA	TOTAL KM
18/10/2021	Túlio	GO	ADM	44.044	14:15	Buscar empréstimo	Master	44.051	14:48	7
18/10/2021	Túlio	GO	ADM	44.051	14:54	Buscar empréstimo	Master	44.058	15:20	7
19/10/2021	Tharley	GO	ADM	44.058	09:00	Buscar Material	Brasília	44.244	11:20	186
19/10/2021	Túlio	GO	ADM	44.244	16:54	Buscar Material	Master	44.251	17:39	7
20/10/2021	Aurélio	GO	ADM	44.251	14:30	Serviços diversos	Formosa	44.282	16:50	31
21/10/2021	Aurélio	GO	ADM	44.282	04:00	Buscar Material Cirúrgico	Goiânia	44.866	12:20	584
21/10/2021	Aurélio	GO	ADM	44.866	13:40	Buscar materiais, trocar monitor	Brasília	45.043	18:10	177
22/10/2021	Aurélio	GO	ADM	45.043	10:20	Buscar materiais	Luziânia, Goiânia, Hutrin	45.760	22:07	717
24/10/2021	Robson	GO	ADM	45.760	09:27	Buscar empréstimo	UPA - FSA	45.784	10:05	24
24/10/2021	Robson	GO	ADM	45.784	12:31	Buscar empréstimo	Planaltina - Go	45.868	13:54	84
25/10/2021	Aurélio	GO	ADM	45.868	15:45	Buscar material, trocar carro	Brasília, Luziânia	42.177	21:25	0
26/10/2021	Aurélio	GO	ADM	42.177	13:00	Trocar monitores	Brasília	42.356	18:40	179
27/10/2021	Aurélio	GO	ADM	42.356	09:15	Comprar fios sutura	Brasília	42.528	11:20	172
28/10/2021	Aurélio	GO	ADM	42.528	15:00	Serviços diversos	Formosa	42.558	17:20	30
29/10/2021	Aurélio	GO	ADM	42.558	10:45	Devolução materiais	Luziânia, Hutrin	43.228	21:40	670
<b>TOTAL KM RODADOS</b>										<b>2.053</b>

Gerência Administrativa  
Tharley Sousa Silva

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

#CF:805 E12535505,770 EF2535540,070 V34,300  
Codigo:[1] IE/RG: []  
Atendente: 96212-PAULO JESSER ALVES DE SOUSA  
DANFE REIMPRESSÃO  
PETROS - 2 21 09 11 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)



getnet®

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
112167960013020/10/2021 15:49:03  
CARTAO: \*\*\*\*\*5010  
POS: 26453761 EST: 00000000417017  
AUT: 747524882 V1053.1018.1122.1122.1122  
COMPRA FUEL CONTROL  
Km 44201 Ltms Valor  
Abast: 31.68 224.90  
Valor Total: 224.90  
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Serviço Nesocia

do. Valor da Transação

R\$ 209.06

Saldo disponível: 1.298.27

cli: 040026493

HOSPITAL DE FORMOSA

Sa. Via - Cliente

V: 1053.1018.1122.1122.1122



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	
31,680 LT	7,099	224,90
Itde. Total de Itens		31,680
Valor Total R\$		224,90
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		224,90

Consulte pela Chave de Acesso em

http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe  
5221 1011 2167 9600 0130 6500 3000 2522 0415 9419 2996

Consumidor CNPJ: 19324171000609

MED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO  
AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA  
Formosa - GO

NFC-e NR: 252204 Série: 3 20/10/2021 15:49:58

Protocolo de Autorização: 152214501803606

Data de Autorização: 20/10/2021 15:49:58



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 98,06

R\$: 30,14 Federal e 67,92 Estadual

#CF: B22 E10234184, 300 EF0234215, 980 V31, 680

Codigo: [28148] IE/RG: []

Atendente: 28029-UELITON DA MATA RAMOS

DANFE REIMPRESSAO

PETROS - 2.21.09.14 - www.adaptive.com.br

getnet®

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANA

V: 1053.1018.1122.1122.1122

21/10/2021 08:50:09  
CARTAO: \*\*\*\*\*5010  
POS: 24983504 EST: 00000000432063  
AUT: 747649952 V1043.1017.1121.1121.1121  
COMPRA FUEL CONTROL  
Km 44201 Ltms Valor  
Abast: 19.4 172.96  
Valor Total: 172.96  
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Serviço Nesocia

do. Valor da Transação

R\$ 209.06

Saldo disponível: 1.298.27

cli: 040026493

HOSPITAL DE FORMOSA

Sa. Via - Cliente

V: 1043.1017.1121.1121.1121

AUTO POSTO JANEL CECILIO LTDA  
NPJ: 08420071000155 - IE: 104467541  
CH: 2661241  
RUA 65, 33  
ARDIN GOIAS GOIANIADANFE NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
que permite aproveitamento de crédito de ICMS

Codigo	Descricao	Quant. Unitario	Total
Codigo Item ANP	Cast		
GASOLINA C COMUM	19.311	6,870	132,660
20101001	0600200		1,000
Itde. Total de Itens:			132,660
Valor Total R\$:			132,660
Valor a Pagar R\$:			Valor Pago
Forma de Pagamento			132,660
Cartão de Crédito			
Valor Total Tributos (Lei 12.741/2012)			56,510

ID5 : D96AC9073945675615C9A32F4B550087  
Val. Aprox. Tributos R\$: 16,10 Federal, 40,33 Estadual, 0,00 Mun  
cipal. Fonte: IBPTvEncIni: 5625459.759 vEncFin: 5625479.070  
Operador: MARCELO PIRES PDV2

EMISSION NORMAL

Numero: 867027 Serie: 1 Emissao: 21/10/2021 08:51:00

Consulta pela chave de acesso em

http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce  
CHAVE DE ACESSO

2211008420071000155650010008670271953194182

Consumidor não identificado  
Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorização: 152214503457417 21/10/2021 08:51:24

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

01/11/21

Carimbo e assinatura

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



Ca. 1.0 - 1.000g  
V:1653.1017.1121.1121.1121

getnet

GOODCARD

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
14:16:46  
CARTAO: 00000000000000000000000000000000  
POS: 27411519  
AUT: 74765644  
COMPRA FUEL CONTROL  
km 44866 Ltrs  
Abast: 21.16  
Valor Total: 150.21  
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Serviço - Mesocia  
do. Valor da Transação  
R\$ 139.63

Saldo disponível: 1.025.98

cli:040026493

HOSPITAL DE FORMOSA

Sa. Via - Cliente

V:1653.1017.1121.1121.1121

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
22/10/2021 09:16:15  
CARTAO: 00000000000000000000000000000000  
POS: 27411519  
AUT: 74765644  
COMPRA FUEL CONTROL  
km 45046 Ltrs  
Abast: 13.26  
Valor Total: 94.13  
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Serviço - Mesocia

do. Valor da Transação

R\$ 87.90

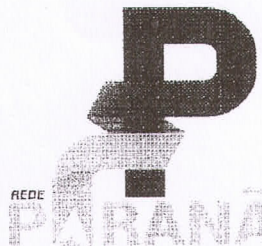
Saldo disponível: 938.48

cli:040026493

HOSPITAL DE FORMOSA

Sa. Via - Cliente

V:1653.1018.1122.1122.1122



CNPJ: 11.216.796/0001-30

PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA

MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA

Fornosa - GO

Documento Auxiliar

da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
2	GASOLINA C ADITIVADA	
13,260 LT	7,099	94,13
Itde. Total de Itens		13,260
Valor Total R\$		94,13
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		94,13

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 1011 2167 9600 0130 6500 3000 2523 0813 1070 0287

Consumidor CNPJ: 19324171000609

MED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA

Fornosa - GO

NFC-e NR: 252308 Série:3 22/10/2021 09:17:44

Protocolo de Autorização: 152214506500942

Data de Autorização: 22/10/2021 09:17:42



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 41,04

R\$: 12,61 Federal e 28,43 Estadual

#CF:806 E11526117,440 EF1526130,700 V13,260

Código:[28148] IE/RG: []

Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA

DANFE REIMPRESSÃO

PETROS - 2 21 09 14 - www.adaptive.com.br

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

01/11/21

Carimbo e assinatura

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

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

2a. VIA - CLIENTE  
ESTAB.: 880200900033053  
22/10/2021 18:02:44  
TERMINAL: 76017313  
DOC: 997504

AUT: 747997504

## TICKET LOG

COMPRA  
Gasolina Comum  
Km: 45472

Litros Valor  
32,56 214,54  
Abast. 214,54  
Valor Total 214,54

COR0002  
HOSPITAL DE FORMOSA  
603574\*\*\*\*\*8810  
Saldo disponível: 723,94

DIAMANTINA LTDA  
06051997000195 - IE: 103879447  
PERIMETRAL NORTE 0  
CAPURVA GOIÂNIA

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

Código Item	Descrição	Quant.	Unitário	Total
00000001	GASOLINA C. COMUM	32,554	6,590	214,530
00000001	06000200			1,000
Total de Itens:				214,530
Total R\$:				214,530
de Pagamento				Valor Pago
de Crédito				214,530

Total Tributos (Lei 12.741/2012)  
21684733E70FE12052B12080E0A04C5 64,360

Aprox. Tributos R\$: 0,00 Federal, 64,36 Estadual, 0,00 Municip  
Fonte: IBPT  
12 vEncini:307775,516 vEncFin:307806,670

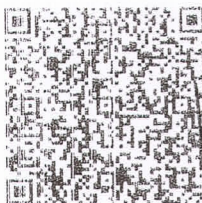
Idor: 18486 - RODRIGO RIBEIRO DA SILVA Itens: [1]  
Idor: OPERADOR PRORIO PDV1

SO NORMAL

Entidade em Contingência  
Número: 306791 Série: 1 Emissão: 22/10/2021 18:04:01  
Via Consumidor

Consulte pela chave de acesso em  
<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce>  
CHAVE DE ACESSO  
52211006051997000195650010008067819689258973

Consumidor não identificado  
Consulta via leitor de QR Code



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

Carimbo e assinatura

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

getnet  
GOODCARD  
REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130 15:32:32  
25/10/2021  
CERTAO: \*\*\*\*\*0015  
POS: 26459761 EST: 000000000417017  
AUT: 74635926 vIGS: 1018.1122.1122.1122  
COMPR FUEL CONTROL  
km 45879 Ltrs Valor  
Abast: 32,44 240,73  
Valor Total: 240,73  
COR0002  
Gasolina Comum  
Valor de Serviço Negocia  
do. Valor da Transac  
R\$ 220,67  
Saldo disponível: 503,27  
cli:040026493  
HOSPITAL DE FORMOSA  
3a. Via - Cliente  
V:1653.1018.1122.1122.1122

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	DESCRICO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
33,440 LT	GASOLINA C ADITIVADA 7,199	240,73
Idde. Total de Itens		33,440
Valor Total R\$		240,73
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		240,73

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 1011 2167 9600 0130 6500 3000 2526 0915 5235 4481

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 252609 Série:3 25/10/2021 15:33:36

Protocolo de Autorização: 152214515682770  
Data de Autorização: 25/10/2021 15:33:35



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)  
Total R\$ 104,96  
R\$: 32,26 Federal e 72,70 Estadual

BCF:828 EI1381367, 150 EF1381400, 600 V33,440  
Codigo:[1] IE/RG: [1]  
Atendente: 27098-WELLISSON JORGE DOS SANTOS  
DANFE REIMPRESSÃO



#CF:806 E11529443,150 EF1529464,350 V21,190  
Codigo:[28148] IE/RG: []  
Atendente: 13911-ROBERTO R DO NASCIMENTO  
DANFE REIMPRESSÃO  
PETROS - 2.21.10.04 - [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  
29/10/2021 17:34:42  
TERMINAL: 76017313  
DOC: 189572 AUT: 749189572

### TICKET LOG

COMPRA  
Gasolina Comum  
Km: 42945

	Litros	Valor
Abast.	21,70	156,00
Valor Total		156,00

COR0002  
HOSPITAL DE FORMOSA  
603574\*\*\*\*\*8810  
Saldo disponível: 0,71

POSTO DIAMANTINA LTDA  
CNPJ: 06051997000195 - IE: 103879447  
AV. PERIMETRAL NORTE, 0  
SETOR CAPUAVA GOIANIA

DANFE NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica  
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

Codigo	Descricao	Quant.	Unitario	Total
	Codigo Item ANP		Cest	
4	GASOLINA C. COMU	21,697	7,190	156,000
	320102001		0600200	
Qtd Total de Itens:				1,000
Valor Total R\$:				156,000
Valor a Pagar R\$:				156,000
Forma de Pagamento				Valor Pago
Cartao de Credito				156,000
Valor Total Tributos (Lei 12.741/2012)				46,800
ND5 :1760BAF22DD0A7E3AEE2132CD4EA00FD				

Val. Aprox. Tributos R\$: 0,00 Federal, 46,80 Estadual, 0,00 Muni  
cipal. Fonte: IBPT

nBico:12 vEncIni:913443,123 vEncFin:913464,820  
Vendedor: 19624 - WANDERSON JUSTINO DE SOUZA Itens: [1]  
Operador: OPERADOR PADRAO PDV2  
NFCe02  
EMISSION NORMAL

Emitida em Contingencia  
Numero: 811350 Serie: 1 Emissao: 29/10/2021 17:35:48  
Via do Estabelecimento  
Consulte pela chave de acesso em  
<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce>  
CHAVE DE ACESSO  
52211006051997000195650010008113509513862254

Consumidor nao identificado  
Consulta via leitor de QR Code



Atesto que os produtos/serviços  
constantes neste documento foram  
Entregues/Realizados nesta data.  
01/11/21  
Carimbo e assinatura  
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -  
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa





Banco Itaú S.A. | 341-7 |

## RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 15/11/2021	
Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57					Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9	
Endereço Beneficiário / Sacador Avalista R MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 SANTA LUCIA CAMPO BOM RS 93700-000						
Data do documento 05/11/21	No. Do documento 00614848	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 05/11/21	Nosso Número 176/00614848-4	
Uso do Banco	Carteira 176	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.043,00	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTA BLOQUETO E NA REDE BANCARIA  NÃO aceitar cheques nem apA's o vencimento.  corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Mora/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102 Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP Sacador/Avalista:						

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76 007 61484.842937 83150.390009 4 88050000204300

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 15/11/2021	
Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57					Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9	
Data do documento 05/11/21	No. Do documento 00614848	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 05/11/21	Nosso Número 176/00614848-4	
Uso do Banco	Carteira 176	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.043,00	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTA BLOQUETO E NA REDE BANCARIA  NÃO aceitar cheques nem apA's o vencimento.  corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Mora/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102 Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP Sacador/Avalista:						

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

08/11/2021

Harley Sousa Silva  
Gerente ADM-HEF

Contrato de Gestão Emergencial N.º 036/2020 - SP  
01332-000 Bela Vista de Formosa

Ficha de Compensação  
Autenticação Mecânica

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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	09/11/2021	R\$ 2.043,00	R\$ 2.043,00

34191.76007.61484.842937.83150.390009.4.88050000204300

Instituição Financeira Favorecida <b>341 - ITAU UNIBANCO S A</b>	CPF/CNPJ Beneficiário Original <b>03.506.307/0001-57</b>	Razão Social Beneficiário Original <b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b>
Nome Fantasia Beneficiário Original <b>TICKET SOLUCOES HDFGT SA</b>	CPF/CNPJ Pagador Original <b>19.324.171/0001-02</b>	Nome Pagador Original <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST</b>
CPF/CNPJ Pagador Efetivo <b>19.324.171/0006-09</b>	Razão Social Pagador Efetivo <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b>	Data de Vencimento <b>15/11/2021</b>
Valor Nominal <b>2.043,00</b>	Valor Pago <b>2.043,00</b>	Encargos <b>0,00</b>
Desconto <b>0,00</b>	Valor Total a Cobrar <b>2.043,00</b>	Data / hora da transação: <b>09/11/2021 12:45:53</b>
Autenticação <b>IBE26E86CA33D7549C5A18A</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)



 <b>MUNICÍPIO DE CAMPO BOM</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e</b>	Número / Série NFS-e 40564022 / T00																			
	Número / Série RPS -																			
	Data de Emissão 10/11/2021 07:57																			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>																				
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 Campo Bom / RS	RESPONSABILIDADE PELO ISSQN Prestador de Serviço	REGIME TRIBUTÁRIO Regime Geral																		
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>																				
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:																				
<b>FATURAS</b>																				
Duplicata 40564022	Vencimento 16/11/2021	Valor 2.043,00																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO</th> </tr> <tr> <th>Descrição</th> <th>Qtd / Unid</th> <th>Valor Bruto</th> <th>Desconto</th> <th>Retenção</th> <th>Valor líquido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL</td> <td>0,00</td> <td>2.000,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>2.000,00</td> </tr> </tbody> </table>			ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO						Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido	REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	2.000,00	0,00	0,00	2.000,00
ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO																				
Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido															
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	2.000,00	0,00	0,00	2.000,00															
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>																				
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	40,0000	1,00 / UN	0,00	40,00	0,80													
<b>VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 2.043,00</b>																				
<b>DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO</b>																				
Valor de Serviço 43,00	Itens Não Tributáveis 2.000,00		Desconto Condicional 0,00		Deduções 0,00															
Redução na Base de Cálculo 0,00	Valor Aproximado de Tributos 2,60		Base de Cálculo 43,00		ISSQN 0,86															
<b>RETENÇÕES FEDERAIS</b>																				
INSS (R\$) 0,00	IR (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00																
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 2.043,00</b>																				
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>																				
RPS/SERIE: 1700973/F RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE. IN 153/87, VALOR R\$0,65 TITULO NRO. 36527465 Regime Especial: 233248/2008 REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 08/11/2021 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																				
<b>AUTENTICIDADE</b>																				
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço: <a href="https://nfse.campobom.rs.gov.br/site">https://nfse.campobom.rs.gov.br/site</a> Código de Verificação: G46.4BC.2VX Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-040564022/043348201																				

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

12/11/2021

Carimbo e assinatura

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



**CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HRF - Cartão 01**

VIATURA	PREFIXO	PLACA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	34,17	R\$ 254,87	01/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	20,57	R\$ 156,31	04/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	23,786	R\$ 171,02	04/11/2021	POSTO PORTAL
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	27,69	R\$ 210,42	05/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	51,54	R\$ 386,50	08/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	24,29	R\$ 184,58	09/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	18,6	R\$ 134,66	09/11/2021	POSTO GERAR
Virtus	DF	RFM6E62	Etanol	23,01	R\$ 174,85	10/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	13,33	R\$ 100,00	10/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	32,46	R\$ 246,66	11/11/2021	PARANÃ
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	30,415	R\$ 215,64	12/11/2021	PARANÃ
TOTAL CONSUMO				299,86	R\$ 2.235,51		

VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	299,86	R\$ 2.235,51	18/11/21	Posto Paranã

TOTAL GERAL DE CONSUMO	R\$ 2.235,51
------------------------	--------------

SALDOS		
CARTÃO IMED 01	6035 7404 1335 8802	R\$ 23,36

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



**CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 01**

DATA	MOTORISTA	PREFIXO	SETOR	KM SAIDA	H.SAIDA	SERVIÇO	DESTINO	KM CHEGADA	H.CHEGADA	TOTAL KM
01/11/2021	Aurélio	DF	ADM	43.228	10:30	Buscar empréstimo	Brasília	43.408	07:12	180
02/11/2021	Kiony	GO	ADM	43.418	08:46	Buscar empréstimo	IBCC/Formosa	43.423	09:07	5
02/11/2021	Kiony	GO	ADM	43.423	13:06	Buscar empréstimo	IBCC/Formosa	43.429	13:31	6
03/11/2021	Aurélio	GO	ADM	43.429	15:00	Serviços Diversos	Formosa	43.457	16:20	28
04/11/2021	Aurélio	GO	ADM	43.457	10:45	Buscar empréstimo/ Materias	Goiania/ HETRIN/ Luziânia	44.134	22:35	677
05/11/2021	Aurélio	DF	ADM	44.134	06:30	Buscar empréstimo/ Materias	Brasília	44.323	11:25	295
07/11/2021	Vilmair	GO	ADM	44.323	17:10	Garagem Enel	Formosa	44.331	17:32	8
08/11/2021	Aurélio	GO	ADM	44.331	11:40	Levar Funcionários para Reunião	Luziânia	44.630	19:55	299
09/11/2021	Aurélio	GO	ADM	44.630	10:30	Buscar Material Cirúrgico	Goiânia	45.195	18:45	565
11/11/2021	Aurélio	GO	ADM	45.195	13:00	Levar Funcionários	Luziânia	45.559	20:25	364
11/11/2021	Aurélio	GO	ADM	45.559	22:12	Comprar Material CME	Formosa	45.568	22:39	9
12/11/2021	Aurélio	GO	ADM	45.568	15:30	Treinamento Kely	Trindade	46.226	22:10	658
16/11/2021	Aurélio	GO	ADM	46.226	14:00	Buscar Material Cirúrgico	Brasília	46.418	16:30	192
17/11/2021	Aurélio	GO	ADM	46.418	03:45	Levar Laura Para Curso	Goiânia	47.002	13:00	584
TOTAL KM RODADOS										3.870

Gerência Administrativa  
Tharley Sousa Silva

Tharley Sousa Silva  
Gerente ADM-HEF  
CRA GO nº 17965

corte

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
1121679600130 10:24:37  
04/11/2021  
CARTAO: 00000000000000000000  
POS: 26453761 EST: 00000000000000000000  
AUT: 750092016 v:1653.1018.1122.1122.1122  
COMPR FUEL CONTROL  
Km 43463 Ltrs Valor  
Abast: 20.57 156.31  
Valor Total: 156.31  
COR0001

Gasolina Comum

HAE

Valor de Serviço Negocia  
do. Valor da Transação  
R\$ 152,20  
Saldo disponível: 1.595,85  
cli:040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente  
V:1653.1018.1122.1122.1122

.AGUNA

da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
20,570 LT	GASOLINA C ADITIVADA 7,599	156,31

Qtde. Total de Itens 20,570  
Valor Total R\$ 156,31  
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$  
Cartão de Crédito 156,31

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevib/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 1111 2167 9600 0130 6500 3000 2531 8911 6554 1727

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 253498 Série:3 04/11/2021 10:26:40

Protocolo de Autorização: 152214543768724

Data de Autorização: 04/11/2021 10:26:40



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 68,16

R\$: 20,95 Federal e 47,21 Estadual

#CF:828 E11386604.070 EF1386624.640 V20.570

Codigo:[1] IE/RG: []

Atendente: 14879-FABIO ALESSANDRO DE JESUS

DANFE REIMPRESSÃO

PETROS - 2.21.10.04 - www.adaptive.com.br

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

18 / 11 / 21

Kioni

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -  
SES/MED - Hospital de Campanha de Formosa

corte

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
1121679600130 10:27:00  
01/11/2021  
CARTAO: 00000000000000000000  
POS: 26453761 EST: 00000000000000000000  
AUT: 749499730 v:1653.1018.1122.1122.1122  
COMPR FUEL CONTROL  
Km 43234 Ltrs Valor  
Abast: 34,17 254,87  
Valor Total: 254,87  
COR0001

Gasolina Comum

LTD

QUE LAGUNA

Valor de Serviço Negocia  
do. Valor da Transação  
R\$ 252,82  
Saldo disponível: 1.747,25  
cli:040026492  
HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente  
V:1653.1018.1122.1122.1122

.ATICA

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
34,170 LT	GASOLINA C ADITIVADA 7,459	254,87

Qtde. Total de Itens 34,170  
Valor Total R\$ 254,87  
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$  
Cartão de Crédito 254,87

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevib/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 1111 2167 9600 0130 6500 3000 2531 8911 6554 1727

Consumidor CNPJ: 19324171000609

MED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA

Formosa - GO

NFC-e NR: 253189 Série:3 01/11/2021 10:38:32

Protocolo de Autorização: 15221453300796

Data de Autorização: 01/11/2021 10:38:31



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 111,12

R\$: 34,15 Federal e 76,97 Estadual

#CF:824 E10189810.470 EF0189844.640 V34.170

Codigo:[20148] IE/RG: []

Atendente: 13089-ROGERIO COSTA

DANFE REIMPRESSÃO

PETROS - 2.21.10.04 - www.adaptive.com.br



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

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -  
SUS/MED - Hospital de Campanha de Formosa



23. Via - Calceada, 1122.1122.1122

getnet

GOODCARD

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

10/11/2021 10:45:46  
CARTÃO: 00000000000000000000  
POS: 26453781 EST: 00000000000000000000  
AUT: 751032238 v1653.1018.1122.1122.1122  
COMPRAS FUEL CONTROL  
km 45202 Litro Valor  
Abast: 23.01 174.85  
Valor Total: 174.85  
COR0001

Gasolina Comum

Valor de Serviço Negociado  
do Valor da Transação  
R\$ 170.25

Saldo disponível: 577.80

cli:040026492

HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente  
v1653.1018.1122.1122.1122

LTD  
RQUE LAGUNA

Unica

QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
23,010 LI	7,599	174,85
Total de Itens 23,010		
Valor Total R\$		174,85
JORN PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Método de Crédito		174,85

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfe.ssfaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfca/danfeNFCE>  
5221 1111 2157 9600 0130 6500 3060 2539 6218 3041 0777

Consumidor CNPJ: 19324171000609

NED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO  
AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSA  
Formosa - GO

NFC-e NR: 253362 Série:3 10/11/2021 10:47:09

Protocolo de Autorização: 152214561392768

Data de Autorização: 10/11/2021 10:47:07



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 76,23

R\$: 23,43 Federal e 52,80 Estadual

NFC: 822 E10240205, 830 EF0240228, 850 V23, 010

Código: [20148] IE/RG: []

Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA  
DANFE REIMPRESSAO

PETROS - 2.21.10.04 - [www.adaptive.com.br](http://www.adaptive.com.br)

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO NOVO HUNDO  
RUA HANGUELA 3885 QD 218 LI 1  
0127330000136

09/11/2021 14:20:46  
CARTÃO: 00000000000000000000  
POS: 26453781 EST: 00000000000000000000  
AUT: 751032238 v1653.1018.1122.1122.1122  
COMPRAS FUEL CONTROL  
km 44920 Litro Valor  
Abast: 18,60 134,66  
Valor Total: 134,66  
COR0001

Gasolina Comum

Saldo disponível: 746,05

cli:040026492

HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente  
v1653.1018.1122.1122.1122

Valor Total Tributos (Lei 12.741/2012)

NDS: C16B4733E79FE12932B12060E0E04C5

Val. aprox. Tributos R\$: 18,11 Federal, 40,40 Estadual, 0,00 Municipal  
Fonte: IBPT

NDS: 2 vEncIn: 9661839, 310 vEncFin: 9661857, 910

Vendedor: 3375 - CLAUDINEI PEREIRA LEHES Itens: [1]  
Operador: OPERADOR PADRAO PDV01

EMISSAO NORMAL

Emitida em Contingência

Numero: 703264 Série: 1 Emissao: 09/11/2021 14:29:53

Via Consumidor

Consulte pela chave de acesso em

<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce>

CHAVE DE ACESSO

52211101275390000130650010007032649365451168

Consumidor não identificado  
Consulta via leitor de QR Code



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

18 / 11 / 21

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -  
MIMED - Hospital de Campanha de Formosa

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
11/11/2021 20:18:00  
CARTAO: \*\*\*\*\*5802  
POS: 26459761 EST: 000000000417017  
AUT: 751326566 v1653.1018.1122.1122.1122  
COMPR FUEL CONTROL  
km 45558 Ltrs Valor  
Abast: 32.46 246.66  
Valor Total: 246.66  
COR0001

Gasolina Comum

Valor de Serviço Mesocia  
do Valor da Transação

R\$ 240,17

Saldo disponível: 233,00

cli:040026492

HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente

V:1653.1018.1122.1122.1122

S. LTDA

ARQUE LAGUNA

rônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
32,460 LT	7,589	246,66
Qtde. Total de Itens		32,460
Valor Total R\$		246,66
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		246,66

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 1111 2187 9600 0130 6500 2541 3516 5817 6208

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 254135 Série:3 11/11/2021 20:18:45

Protocolo de Autorização: 15221456569868

Data de Autorização: 11/11/2021 20:19:45



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 107,54

R\$: 33,05 Federal e 74,49 Estadual

NFC: B22 E10240755,980 EF0240780,440 V32,460

Codigo: [1] IE/RG: []

Atendente: 96212-PAULO JESSER ALVES DE SOUSA

DANFE REIMPRESSAO

PETROS - 2.21.10.04 - www.adaptive.com.br

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

18 / 11 / 21

Kioniy

Carimbo e assinatura

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

getnet

GOODCARD

REDE GETNET  
POSTO PARANA  
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234  
11216796000130  
10/11/2021 14:57:05  
CARTAO: \*\*\*\*\*5802  
POS: 26459761 EST: 000000000417017  
AUT: 751326566 v1653.1018.1122.1122.1122  
COMPR FUEL CONTROL  
km 24468 Ltrs Valor  
Abast: 13,33 99,96  
Valor Total: 99,96  
COR0001

Gasolina Comum

Valor de Serviço Mesocia  
do Valor da Transação

R\$ 98,63

Saldo disponível: 473,17

cli:040026492

HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente

V:1653.1018.1122.1122.1122

S. LTDA

ARQUE LAGUNA

rônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
13,330 LT	7,499	99,96
Qtde. Total de Itens		13,330
Valor Total R\$		99,96
Acréscimo R\$		0,04
Valor a Pagar R\$		100,00
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		100,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevweb/sites/nfce/danfeNFCe>  
5221 1111 2187 9600 0130 6500 2000 3296 0812 0990 0486

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 329608 Série:2 10/11/2021 14:58:31

Protocolo de Autorização: 152214562200585

Data de Autorização: 10/11/2021 14:58:31



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 43,60

R\$: 13,40 Federal e 30,20 Estadual

NFC: B05 E12554415,890 EF2554429,230 V13,330

Codigo: [1] IE/RG: []

PLACA: PBL0516 DDDH: 24,468,0

Atendente: 27098-VELLISON JORGE DOS SANTOS

DANFE REIMPRESSAO

PETROS - 2.21.10.04 - www.adaptive.com.br



POSTO PORTAL  
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 40 LT 9  
CNPJ 06051997000195  
2a. VIA - CLIENTE

ESTAB.: 88020000033052

12/11/2021 16:33:40

TERMINAL: 76017313

DOC: 501308

AUT: 751501308

06  
: ICMS

### TICKET LOG

CONPRA

Gasolina Commu

Km: 45939

	Litros	Valor
Abast.	30,42	215,64
Valor Total		215,64

Unitário Total

7,090 215,640

1,000

215,640

15,640

Valor Pago

215,640

COR0001

HOSPITAL DE FORMOSA

603574\*\*\*\*\*8802

Saldo disponível 23,36

64,690

duas 0,00 Municip

1004 - OPERADOR PRÉ-RETO FOMI

3: [1]

SE NORMAL

Entrada em Contingência

Número: 820451 Série: 1 Entrada: 12/11/2021 16:34:21

Via de Estabelecimento

Consulte pela chave de acesso em

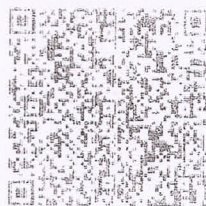
<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/213314/consulta-nfce>

CHAVE DE ACESSO

52211106051957-00195850-00039204559028744952

Consumidor não identificado

Consulta via leitor de QR Code



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

18 / 11 / 21

*Assinatura*

Carimbo e assinatura

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



Banco Itaú S.A. | 341-7

## RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO						Vencimento 28/11/2021
Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57						Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9
Endereço Beneficiário / Sacador Avalista R MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 SANTA LUCIA CAMPO BOM RS 93700-000						
Data do documento 18/11/21	No. Do documento 00620793	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 18/11/21	Nosso Número 176/00620793-4	
Uso do Banco	Carteira 176	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.573,00	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA  NAo aceitar cheques nem apA's o vencimento.					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Mora/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE						
Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102						
Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP						
Sacador/Avalista:						

Autenticação mecânica

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

18/11/21

Vânia Gomes Fernandes  
Diretora Geral - HEF  
CRA GO nº 7844

Carimbo e assinatura

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



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76007 62079.342937 83150.390009 4 88180000357300

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO						Vencimento 28/11/2021
Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57						Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9
Data do documento 18/11/21	No. Do documento 00620793	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 18/11/21	Nosso Número 176/00620793-4	
Uso do Banco	Carteira 176	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.573,00	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA  NAo aceitar cheques nem apA's o vencimento.					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Mora/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE						
Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102						
Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP						
Sacador/Avalista:						

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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	18/11/2021	R\$ 3.573,00	R\$ 3.573,00

34191.76007.62079.342937.83150.390009.4.88180000357300

Instituição Financeira Favorecida	CPF/CNPJ Beneficiário Original	Razão Social Beneficiário Original
341 - ITAU UNIBANCO S A	03.506.307/0001-57	TICKET SOLUCOES HDFGT SA
Nome Fantasia Beneficiário Original	CPF/CNPJ Pagador Original	Nome Pagador Original
TICKET SOLUCOES HDFGT SA	19.324.171/0001-02	IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST
CPF/CNPJ Pagador Efetivo	Razão Social Pagador Efetivo	Data de Vencimento
19.324.171/0006-09	IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES	28/11/2021
Valor Nominal	Valor Pago	Encargos
3.573,00	3.573,00	0,00
Desconto	Valor Total a Cobrar	Data / hora da transação:
0,00	3.573,00	18/11/2021 17:26:25
Autenticação		
IBEA9264CAE7026460F9B35		



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)

	<b>MUNICÍPIO DE CAMPO BOM</b>		Número / Série NFS-e <b>40644435 / T00</b>				
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b>		Número / Série RPS -				
	<b>NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e</b>		Data de Emissão 19/11/2021 11:33				
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>							
CNPJ/CPF: <b>03.506.307/0001-57</b>		Inscrição Estadual: <b>0190105488</b>		Inscrição Municipal: <b>11.801</b>			
Nome/Razão Social: <b>TICKET SOLUCOES HDFGT S.A.</b>							
Nome Fantasia: <b>TICKET LOG</b>							
Endereço: <b>RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000</b>							
Município: <b>CAMPO BOM / RS</b>		Telefone: <b>(51) 3590 7900</b>					
E-mail:							
LOCAL DE TRIBUTAÇÃO <b>Campo Bom / RS</b>		RESPONSABILIDADE PELO ISSQN <b>Prestador de Serviço</b>		REGIME TRIBUTÁRIO <b>Regime Geral</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>							
CNPJ/CPF: <b>19.324.171/0001-02</b>		Inscrição Estadual: -		Inscrição Municipal:			
Nome/Razão Social: <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO</b>							
Endereço: <b>R ITAPEVA, 202, CONJ 34, BELA VISTA, CEP 01332-000</b>							
Município: <b>SAO PAULO / SP</b>		País: <b>BRASIL</b>					
E-mail:							
<b>FATURAS</b>							
Duplicata <b>40644435</b>	Vencimento <b>29/11/2021</b>	Valor <b>3.573,00</b>		Duplicata	Vencimento		
<b>ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO</b>							
Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido		
<b>REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL</b>	<b>0,00</b>	<b>3.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.500,00</b>		
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>							
Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
<b>20019 - TAXA BANCARIA</b>	<b>10.05</b>	<b>2,00</b>	<b>3,0000</b>	<b>1,00 / UN</b>	<b>0,00</b>	<b>3,00</b>	<b>0,06</b>
<b>20019 - TAXA SOBRE SERVICO ABASTECIMENTO/SERVICOS</b>	<b>10.05</b>	<b>2,00</b>	<b>70,0000</b>	<b>1,00 / UN</b>	<b>0,00</b>	<b>70,00</b>	<b>1,40</b>
<b>VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 3.573,00</b>							
<b>DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO</b>							
Valor de Serviço <b>73,00</b>	Itens Não Tributáveis <b>3.500,00</b>		Desconto Condicional <b>0,00</b>		Deduções <b>0,00</b>		
Redução na Base de Cálculo <b>0,00</b>	Valor Aproximado de Tributos <b>4,30</b>		Base de Cálculo <b>73,00</b>		ISSQN <b>1,46</b>		
<b>RETENÇÕES FEDERAIS</b>							
INSS (R\$) <b>0,00</b>	IR (R\$) <b>0,00</b>	CSLL (R\$) <b>0,00</b>	PIS/PASEP (R\$) <b>0,00</b>	COFINS (R\$) <b>0,00</b>			
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 3.573,00</b>							
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>							
RPS/SERIE: 1777030/F							
RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE. IN 153/87, VALOR R\$1,10							
TITULO NRO. 36753163							
Regime Especial: 233248/2008							
REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 17/11/2021							
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							
<b>AUTENTICIDADE</b>							
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço: <a href="https://nfse.campobom.rs.gov.br/site">https://nfse.campobom.rs.gov.br/site</a> Código de Verificação: 5EX.F5N.LXX Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-040644435/572213121							

Local de Pagamento					PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO		Vencimento		30/11/2021		
Beneficiário CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-GO					CPF/CNPJ		Agência/Código Beneficiário				
RUA T 28 N° 245 QUADRA 24 LOTE 19 E SETOR BUENO 74210040 Goiânia - GO					01010446000160		0086-8 / 117851-2				
Data Documento		N° do Documento		Espécie Doc		Aceite		Data do Processamento		Nosso Número	
09/11/2021		872730000069025		DM		N		09/11/2021		28872730000069025	
Uso do banco		Carteira		Espécie Moeda		Quantidade Moeda		Valor		(-) Valor do Documento	
		17		R\$						337,66	
Instruções: (Texto de responsabilidade do Beneficiário)										(-) Desconto	
ANUIDADE 2021, CERTIFICADO PJ										(-) Outras Deduções/ Abatimentos	
										(+/-) Mora/Multa/Juros	
										(+/-) Outros Acréscimos	
										(-) Valor Cobrado	
Não receber após o vencimento											
Pagador: INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDO E DESENVOLVIMENTO - CNPJ 19324171000609											
Sacador/Avalista				CPF/CNPJ				Código de Baixa			

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento					PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO		Vencimento		30/11/2021		
Beneficiário CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-GO					CPF/CNPJ		Agência/Código Beneficiário				
RUA T 28 N° 245 QUADRA 24 LOTE 19 E SETOR BUENO 74210040 Goiânia - GO					01010446000160		0086-8 / 117851-2				
Data Documento		N° do Documento		Espécie Doc		Aceite		Data do Processamento		Nosso Número	
09/11/2021		872730000069025		DM		N		09/11/2021		28872730000069025	
Uso do banco		Carteira		Espécie Moeda		Quantidade Moeda		Valor		(-) Valor do Documento	
		17		R\$						337,66	
Instruções: (Texto de responsabilidade do Beneficiário)										(-) Desconto	
ANUIDADE 2021, CERTIFICADO PJ										(-) Outras Deduções/ Abatimentos	
										(+/-) Mora/Multa/Juros	
										(+/-) Outros Acréscimos	
										(-) Valor Cobrado	
Não receber após o vencimento											
Pagador: INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDO E DESENVOLVIMENTO - CNPJ 19324171000609											
Sacador/Avalista				CPF/CNPJ				Código de Baixa			

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



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

11 / 11 / 2021

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -  
SAMED - Hospital de Campanha de Formosa

Sousa Silva  
Gerente ADM-HEF  
CRA GO n° 17965

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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>CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIAS</b>	<b>18/11/2021</b>	<b>R\$ 337,66</b>	<b>R\$ 337,66</b>

00190.00009.02887.273007.00069.025179.1.88200000033766

Instituição Financeira Favorecida <b>001 - BCO DO BRASIL S A</b>	CPF/CNPJ Beneficiário Original <b>01.010.446/0001-60</b>	Razão Social Beneficiário Original <b>CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIAS</b>
Nome Fantasia Beneficiário Original <b>CONS REGION MEDICINA DO ESTADO DE GOIAS</b>	CPF/CNPJ Pagador Original <b>19.324.171/0006-09</b>	Nome Pagador Original <b>INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDO E DESENVOLV</b>
CPF/CNPJ Pagador Efetivo <b>19.324.171/0006-09</b>	Razão Social Pagador Efetivo <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b>	Data de Vencimento <b>30/11/2021</b>
Valor Nominal <b>337,66</b>	Valor Pago <b>0,00</b>	Encargos <b>0,00</b>
Desconto <b>0,00</b>	Valor Total a Cobrar <b>0,00</b>	Data / hora da transação: <b>18/11/2021 08:55:55</b>
Autenticação <b>IBEF4B6D747CD8A4643B2D5</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)





# 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

FT00137082 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata <b>FT00137082</b>	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] <b>639,30</b>	Data de Emissão <b>01/11/2021</b>	Data de Vencimento <b>15/11/2021</b>	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 0.96 após 15/11/2021 Multa de R\$ 12.79 após 16/11/2021				
Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO 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 03/11/2021 09:17:59				
Valor por extenso	Seiscentos e Trinta e Nove Reais e Trinta 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: / /				

<b>422-7 Banco Safra S.A.</b>		<b>Recibo do Pagador</b>			
Nosso Número 00004352-4	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9

Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A.		<b>422-7</b>	<b>42297.097 16 00002.476992 00004.352423 1 88050000063930</b>		
Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO				Vencimento 15/11/2021	
Beneficiário AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02				Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9	
Data do Documento 01/11/2021	Num. do Documento FT00137082	Espécie Docto. DM	Aceite N	Data do 03/11/2021	Nosso Número 00004352-4
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do documento 639.30
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encargos p/dia de R\$ 0.96 após 15/11/2021					(-) Outras Deduções
Após 16/11/2021 cobrar multa de R\$ 12.79					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000 BELA VISTA SAO PAULO SP				19.324.171/0001-02 00004352-4 Código de Baixa	
Sacador/Avalista				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

FT00137082 - 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	Vlr.Original	Câmbio	Valor	Extras	Taxas	Tx.Emb.	Tx.Serviço	Out.Rec.	Desconto	Total
Nº Pedido	Fornecedor		C. Custos					Nº Confirm.	Solicitante	Tipo de Pagamento	
Observação											

### Centro Custo: SEM CONTRATO

	TAVARES/FERNANDO		26/10/2021		VC00367469			26/10/2021 até 29/10/2021		Hospedagem Diárias: 003	
ND00574698	00741993	608,85 [R\$]	1,000000	608,85	0,00	30,45	0,00	0,00	0,00	0,00	639,30
Ped.Reserve: 3719357	IBIS GOIANIA		SEM CONTRATO					3719357	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA		
Cód.Reserva: 3719357											

SINGLE: Qtde. Aptos: 1 \* Qtde. Diárias: 3 \* Valor Diária: 202,95 = Total Diárias: R\$608,85  
Autorizador: Marcos Sousa

Centro Custo: SEM CONTRATO	608,85	0,00	30,45	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	639,30
Total Notas de Débito	608,85	0,00	30,45	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	639,30

Total da Fatura 639,30

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

04 / 11 / 2021

Vânia Gomes Fernandes  
Diretora Geral - HEF  
CRA GO nº 7844

Carimbo e assinatura

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

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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>AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA</b>	<b>09/11/2021</b>	<b>R\$ 639,30</b>	<b>R\$ 639,30</b>

42297.09706.00002.476992.00004.352423.1.88050000063930

Instituição Financeira Favorecida <b>422 - BCO SAFRA S A</b>	CPF/CNPJ Beneficiário Original <b>43.062.389/0001-02</b>	Razão Social Beneficiário Original <b>AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA</b>
Nome Fantasia Beneficiário Original <b>AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA</b>	CPF/CNPJ Pagador Original <b>19.324.171/0001-02</b>	Nome Pagador Original <b>IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS</b>
CPF/CNPJ Pagador Efetivo <b>19.324.171/0006-09</b>	Razão Social Pagador Efetivo <b>IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES</b>	Data de Vencimento <b>15/11/2021</b>
Valor Nominal <b>639,30</b>	Valor Pago <b>0,00</b>	Encargos <b>0,00</b>
Desconto <b>0,00</b>	Valor Total a Cobrar <b>0,00</b>	Data / hora da transação: <b>09/11/2021 16:26:52</b>
Autenticação <b>IBE09A2CBF1D41C47E596CA</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)





Celg Distribuição S.A. - CELG D  
CNPJ: 01.543.032/0001-04 IE: 100.549.420  
R. 2.ª. Ed. A-37, N. 505 Jd. Goiás CEP 74805-100 Goiânia Goiás  
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELETRICA

### Dados do Cliente/Unidade Consumidora

Nº DA INSTALAÇÃO 10027160198 Nº DO CLIENTE 1026217  
VALMOR JOSE CAYE CPF/CNPJ: 26236273049  
AVENIDA MTQ JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 203, JARDIM CALIFORNIA CEP:  
73307745 FORMOSA GO

### Classificação da Unidade Consumidora

Grupo B Subgrupo B1  
Classe RESIDENCIAL  
Subclasse  
RESIDENCIAL NORMAL  
Tipo de Fornecimento MONO  
Modalidade tarifária CONVENCIONAL

### Dados da Conta

VENCIMENTO 19/11/2021 TOTAL A PAGAR (R\$) 136,80  
CONTA REFERENTE A 11/2021

Use este código para cadastro em Débito Automático:  
0310617659

### Dados de Medição

Nº do medidor 119836033  
Leitura anterior 467 07/10/2021  
Leitura atual 537 05/11/2021  
Próxima leitura 08/12/2021  
Fator multiplicador 1,0000  
Consumo do mês (kWh) 120,00  
Número de dias 29 DIAS

### Histórico de Faturamento

Mês/Ano	kWh	Dias
11/20 MIN	0	31
12/20 MIN	0	32
01/21	0	30
02/21	0	28
03/21	0	32
04/21 MIN	0	30
05/21 MIN	0	29
06/21 MIN	0	33
07/21 MIN	0	30
08/21 LID	101	28
09/21 LID	132	32
10/21 LID	231	31
11/21 LID	120	29

Legenda: LID - Autoleitura; MIN - Mínimo faturável  
MED - Média de consumo; MIN - Mínimo faturável

### Reservado ao Fisco

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Alíquota	ICMS
05/11/21	36281595	4	129,79	29,00%	37,63
Pis: 92,14   0,7495%   0,68, Cofins: 92,14   3,4524%   3,17					
0548.9680.42EF.A2C9.173B.IICA.ACC5.9146					

P Bandeira(s) Tarifária(s) aplicada(s) no mês ESCASSEZ HIDRICA  
Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Descrição de Faturamento	QTD	VALOR UNIT.	TOTAL
ADICIONAL BANDEIRA TARIFARIA 2	120,00	0,208760	25,05
COMPENSAÇÃO DE FIC TRIMESTRAL		0,000000	-2,01
CONTRIB. CUSTEIO DA ILUMIN.PUBLI		0,000000	9,02
CONSUMO KWH + ICMS/PIS/COFINS	120,00	0,872840	104,74

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

Carimbo e assinatura

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

Pag. 1 / 1

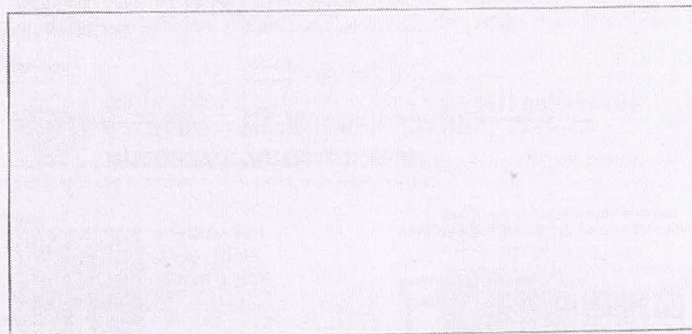
### Mensagens

PROGRAMA DE RESCATE Nº 2/2021 UNIDADE CONSUMIDORA NÃO ENQUADRA NOS CRITÉRIOS DE  
INSCRIÇÃO PARA A TARIFA DA ENEL GOIÁS FOI REAJUSTADA, EM MÉDIA DE 16,45%, POR MEIO DA RESOLUÇÃO  
Nº 2.963/2021, A QUAL POSSUI VIGÊNCIA DE 22/10/2021 A 21/10/2022.  
REFERÊNCIA PARA APUROÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 9/2021. ELIG = R\$ 39.691,08  
INFORMAÇÕES SOBRE A APUROÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE E LIMITES APLICÁVEIS PODERÃO SER  
OBTIDAS EM [WWW.ENEL.COM.BR](http://WWW.ENEL.COM.BR)

### Notificação/Reaviso de Contas Vencidas

A ENEL GARANTE A PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA





Orientações

enei

N. do cliente	Data da Emissão	Conta referente a
1026217	05/11/21	11/2021
N. da Instalação	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10027160198	19/11/2021	136,80

Nome do Cliente: VALMOR JOSE CAYE

Mensagem:

Autenticação Mecânica:

836800000017

368000090986

143499112108

003106176591



8368000000017 368000090986 143499112108 003106176591

Responsável pela Iluminação Pública em sua rua/região

PREF. DE FORMOSA

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

17/11/21

Vânia Gomes Fernandes  
Diretora Geral - HEF  
CRA GO nº 7844

Carimbo e assinatura

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

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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



Pagamento realizado com sucesso.

Empresa	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
<b>CELG GOIAS</b>	<b>18/11/2021</b>	<b>R\$ 136,80</b>	<b>R\$ 136,80</b>

836800000017.368000090986.143499112108.003106176591

Empresa	Valor	Código de Barras
<b>CELG GOIAS</b>	<b>R\$ 136,80</b>	<b>83680000001-7 36800009098-6 14349911210-8 00310617659-1</b>

Data / hora da transação:	Autenticação
<b>18/11/2021 17:21:57</b>	<b>IBED8BF057455B9469795A2</b>

**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)





Celg Distribuição S.A.  
Rua 2 Dd. A-37, 505 | Jardim Goiás | CEP 74.805-190 | Goiânia/Goias  
CNPJ 01.543.032/0001-04 | IE 100.549.420  
www.enel.com.br  
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

**Dados do Cliente/Unidade Consumidora**

Nº DA INSTALAÇÃO 10027160287 Nº DO CLIENTE 1026217

**VALMOR JOSE CAYE**

CPF/CNPJ: 262.362.730-49  
AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 204.  
JARDIM CALIFORNIA  
CEP: 73807745 FORMOSA GO BRASIL

**Classificação da Unidade Consumidora**

Grupo B Subgrupo B1 Classe RESIDENCIAL

Subclasse  
RESIDENCIAL NORMAL

Tipo de fornecimento MONOFÁSICO Modalidade Tarifária CONVENCIONAL

**Dados da Conta**

VENCIMENTO 22/11/2021 TOTAL A PAGAR (R\$) R\$\*\*\*\*\*183,56

CONTA REFERENTE A NOV/2021

**Dados de Medição**

Nº do medidor 11983620-3

Leitura anterior 00416 07/10/2021

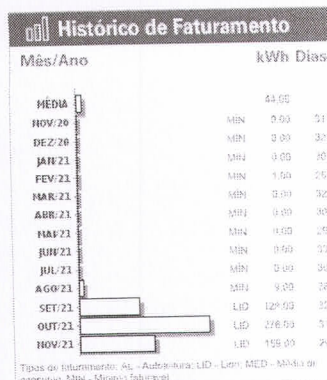
Leitura atual 00575 05/11/2021

Próxima leitura 08/12/2021

Fator multiplicador 1,000000

Consumo do mês (kWh) 159

Número de dias 29 DIAS



**Reservado ao Fisco**

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Alíquota	ICMS
09/11/2021	36999919	4	171,96	29%	49,86

85B9.95E9.F593.FCE0.581D.A897.315F.A167

**Descrição de Faturamento** P Bandeira(s) Tarifária(s) aplicada(s) no mês VERMELHA - MAIS INFORMAÇÕES EM WWW.ANEEL.GOV.BR

	QUANTIDADE	TARIFA	VALOR		QUANTIDADE	TARIFA	VALOR
ADICIONAL BANDEIRA TARIFARIA 2 - kWh	159,00	0,208760	R\$*****33,19	COMPENSAÇÃO DE FIC TRIMESTRAL			R\$*****1,43
CONSUMO KWH + ICMS/PIS/COFINS - kWh	159,00	0,872820	R\$*****138,77	CONTRIB. ILUMINAÇÃO PÚBLICA - MUNICIPAL			R\$*****13,03
				TOTAL A PAGAR R\$*****183,56			

TRIBUTOS			
IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
PIS/PASEP	0,7495%	122,09	0,91
ICMS	29%	171,96	49,86
COFINS	3,4524%	122,09	4,21

**Mensagens**

PROGRAMA BÔNUS (RES. CREG Nº 2/2021) UNIDADE CONSUMIDORA NÃO ENQUADRA NOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DESTE PROGRAMA. INFORMAMOS QUE A TARIFA DA ENEL GOIÁS FOI REAJUSTADA, EM MÉDIA DE 16,45%, POR MEIO DA RESOLUÇÃO HOMOLOGATÓRIA ANEEL Nº 2.963/2021, A QUAL POSSUI VIGÊNCIA DE 22/10/2021 À 21/10/2022. PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 9/2021. EU\$D = R\$ 36,48832. PARCELA: USO SISTEMA = R\$ 62,08. FORNECIMENTO = R\$ 95,54. USO TRANSMISSÃO = 7,3300. ENC. SETORIAL = 7,0100. A PARTIR DESTE MÊS VOCÊ RECEBERÁ UM NOVO MODELO DE CONTA DE ENERGIA COM A MARCA DA ENEL. FIQUE TRANQUILO, VOCÊ CONTINUA PODENDO REALIZAR O PAGAMENTO NO LOCAL DE SUA PREFERÊNCIA. SAIBA MAIS EM WWW.ENEL.COM

INFORMAÇÕES SOBRE A APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE E LIMITES APLICÁVEIS PODEM SER OBTIDAS EM WWW.ENEL.COM.BR

**Notificação/Reaviso de Contas Vencidas**

A ENEL AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

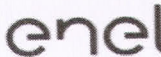
Cadastre sua conta em débito automático. Utilize este código: 03105581437

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

17/11/21

**Carimbo e assinatura** CRA GO nº 7844

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



Nº da Conta	Data da Emissão	Conta Referente a
1026217	09/11/2021	NOV/2021
Nº da Instalação	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10027160287	22/11/2021	R\$*****183,56
Nome do Cliente VALMOR JOSE CAYE		
Mensagem		
Autenticação Mecânica		

836600000019 835600091002 273464112104 003105581437



UNIDADE CONSUMIDORA

10027160287

VENCIMENTO

22/11/2021

enel

## Para uso do entregador

- ☐ MUDOU-SE ☐ FALLECIDO ☐ NÃO PROCURADO ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO  
☐ RECUSADO ☐ AUSENTE ☐ DESCONHECIDO ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E Nº DO ENTREGADOR

## Conheça nossos canais de atendimento

Atendimento Comercial  
24 horas 0800 062 0196

Para comunicar falta de energia, tirar dúvidas, solicitar serviços ou fazer uma reclamação. A ligação é gratuita.

Atendimento para Deficientes Auditivos  
24 horas 0800 28 21 867

Exclusivo para deficientes auditivos para informar eventos que necessitam de atendimento emergencial ou tirar dúvidas, fazer reclamações e solicitar serviços.

Ouvidoria 0800 062 1500  
(atendimento em dias úteis das 8h às 18h)

Para acionar a Ouvidoria é necessário que você tenha procurado antes nossos Canais de Atendimento e nos informe o número do protocolo.

Agência Virtual  
www.enel.com.br

Para ter acesso a vários serviços como 2ª via de conta, religação de energia, informar falta de energia e muito mais.

Aplicativo Enel Goiás

Além da agência virtual, você também pode solicitar serviços pelo nosso aplicativo. Baixe agora (pelo Google Play ou App Store) e tenha, a todo momento, os serviços da Enel ao seu alcance.

Atendente Virtual Elena  
(21) 99601-9608

Adicione aos seus contatos a atendente virtual Elena e envie uma mensagem via WhatsApp para consultar débitos, solicitar 2ª via de conta e comunicar falta de energia.

AGR | 0800 727 0187  
Agência Goiana de Regulação

ANEEL | 187  
Agência Nacional de Energia Elétrica  
(Ligação gratuita de telefones fixos e celulares)

Sigas as nossas redes sociais

f @enelclientesbr i @enelbrasil

Antes de nos consultar sobre o valor de sua conta, anote a data e a posição dos ponteiros ou os números que aparecem no visor do medidor de energia.

Receba sua conta por e-mail e contribua com o meio ambiente. Acesse o QR Code e faça já a sua adesão.



## Informações ao cliente

- As condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados, tributos e outras informações podem ser consultadas no site e nos demais canais de atendimento.
- A falta de pagamento desta conta implicará a suspensão do fornecimento de energia a partir do 16º dia da notificação de débito. No caso de Tarifa Social de Baixa Renda, a suspensão do fornecimento deverá ocorrer com intervalo mínimo de 30 dias entre a data de vencimento e a efetiva suspensão.
- Informações suplementares desta conta podem ser consultadas no site, na área reservada ao cliente.

- Contas pagas após o vencimento terão multa de 2% juros de mora de 0,033% ao dia e atualização financeira na próxima conta.
- Informações sobre a contratação para custeio do serviço de Iluminação Pública do seu município estão disponíveis no site da distribuidora, no campo: "PARA VOCÊ, TARIFAS, TAXAS E IMPOSTOS".
- Você pode solicitar o cancelamento da cobrança de serviços incluídos em sua conta, bem como a emissão de uma nova sem a cobrança.

enel

Enel Distribuição S.A.  
Rua 2 Qd. A-37, 505 | Jardim Goiás | CEP 74.805-190 | Goiânia/Goiás  
CNPJ 01.543.032/0001-04 | IE 100.549.420  
www.enel.com.br

VALMOR JOSE CAYE

AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 204,  
JARDIM CALIFORNIA  
CEP: 73807745 FORMOSA GO BRASIL

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

17 / 11 / 21

Carimbo e assinatura

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

Unid. de entrega | Sequência | Nº medidor  
25 / 29 | 144600 | 11983620-3

Data de emissão	Conta referente a	Vencimento
09/11/2021	NOV/2021	22/11/2021

## Informações Importantes

# SAIBA O QUE FAZER EM CASOS DE FALTA DE ENERGIA.

Trabalhamos para fornecer energia com qualidade e segurança, mas imprevistos na rede elétrica, como rompimento de fios e quedas de árvores, acontecem e podem ocasionar a falta de energia. Nestes casos, conte conosco e solicite o atendimento de emergência pelos nossos canais digitais:



## Aplicativo Enel Goiás

Baixe agora o nosso aplicativo pelo App Store ou Google Play e tenha este e outros serviços ao seu alcance.



## Agência virtual

Acesse a sua agência virtual em [www.enel.com.br](http://www.enel.com.br) e selecione a opção: Registrar Falta de Energia.



## Atendente Virtual Elena

Adicione aos seus contatos a atendente virtual Elena e envie uma mensagem por WhatsApp informando: falta de energia e o seu nº de CPF para (21) 99601-9608.

**IMPORTANTE:** antes de solicitar o atendimento, sempre verifique se o problema é na sua instalação interna (nossas equipes não estão autorizadas a realizar manutenções dentro do imóvel).



IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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



Pagamento realizado com sucesso.

Empresa	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
<b>CELG GOIAS</b>	<b>18/11/2021</b>	<b>R\$ 183,56</b>	<b>R\$ 183,56</b>

836600000019.835600091002.273464112104.003105581437

Empresa	Valor	Código de Barras
<b>CELG GOIAS</b>	<b>R\$ 183,56</b>	<b>83660000001-9 83560009100-2 27346411210-4 00310558143-7</b>

Data / hora da transação:	Autenticação
<b>18/11/2021 17:24:33</b>	<b>IBE564EE92B7F4B46BDAFB1</b>

**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)