

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 LOCACÃO

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 LOCACÃO 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

 I

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 caso 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

MM
3

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 presnete contrato de locação.

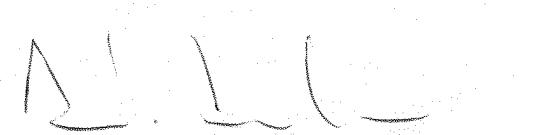
ANEXO
4

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) Diony Batista Waini

Nome: Diony Batista Waini

RG: 60344033

CPF: 078.304.881-68

2) Obreg. G. Reis e Sobrinho

Nome: Clóvis Jomes Reis e Sobrinho

RG: 603 935 3

CPF: 040.916.522-23



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\$
VALMOR JOSE CAYE	0341 - ITAU UNIBANCO S A	4406 / 418337	04/11/2021	2.000,00

Mais Informações

Tipo de Transação	Nome conta origem	Conta origem
Transferência para outra instituição TED - Outra titularidade	IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES	2175 / 130088889
CPF:	Tipo de Conta	ISPB
262.362.730-49	Conta corrente	60701190
Finalidade	Histórico	
Crédito em Conta Corrente	OUT	

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site: 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 Paranã
Onix	DF	QXR4B01		34,3	R\$ 240,07	15/10/21	Posto Paranã
Onix	DF	QXR4B02		31,68	R\$ 224,90	20/10/21	Posto Paranã
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 Paranã
Onix	DF	QXR4B05		13,26	R\$ 94,13	22/10/21	Posto Paranã
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 Paranã
Onix	DF	QXR4B08		25,65	R\$ 191,32	27/10/21	Posto Paranã
Onix	DF	QXR4B09		21,19	R\$ 156,78	29/10/21	Posto Paranã
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

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

SALDOS

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

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

**Hospital Estadual
de Formosa**

Dr. César Saad Fayad



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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, Hutrín	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, Hutrín	43.228	21:40	670
TOTAL KM RODADOS										2.053

Gerência Administrativa
Tharley Sousa Silva

Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965

getnet

GOODCARD

REDE GETNET
POSTO PARANÁ

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
112167960003109
14/10/2021 09:07:52
CARTÃO: ****123456789012345678
POS: 26459761 CST: 00000000000000000000000000000000
AUT: 746426319 VIGOR: 10/18.1121.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km: 43351 Ltrs: Valor:
Abast: 36,17 253,15
Valor Total: 253,15
COR0002

Gasolina Comum
Saldo disponível: 1.747,43
cli: 8400026493
HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
v:1653.1011.1121.1122.1122

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD. UN.	VL.UNIT(R\$)	TOTAL
1	GASOLINA COMUM C	36,170 LT	6,999	253,15
Qtde. Total de Itens		36,170		253,15
Valor Total R\$			253,15	
FORMA PAGAMENTO			VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito			253,15	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1011 2167 9800 0130 6501 0000 0124 6717 5978 2333

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 12467 Série:10 14/10/2021 09:10:10

Protocolo de Autorização: 152214483674618
Data de Autorização: 14/10/2021 09:10:10



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 110,37
R\$: 33,92 Federal e 76,45 Estadual

#CF:B16 E11175035,900 EF11175072,070 V36,170

Código:[1] IE/RG: [1]

Atendente: 27186-RODRIGO DE OLIVEIRA SILVA
DANFE REIMPRESSÃO

PETROS - 2.21.09.11 - www.adaptive.com.br



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 104,67
R\$: 32,17 Federal e 72,50 Estadual

#CF:B05 E12535505,770 EF2535540,070 V34,300

Código:[1] IE/RG: [1]

Atendente: 96212-PAULO JESSER ALVES DE SOUSA
DANFE REIMPRESSÃO

PETROS - 2.21.09.11 - www.adaptive.com.br

getnet

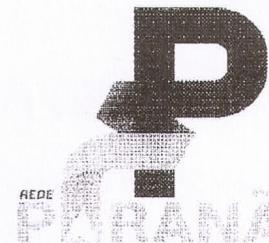
GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANÁ

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
112167960003109
15/10/2021 19:56:19
CARTÃO: ****123456789012345678
POS: 27410518 CST: 00000000000000000000000000000000
AUT: 746783125 v1653.1011.1121.1121.1121
COMPRA FUEL CONTROL
km: 43775 Ltrs: Valor:
Abast: 34,38 240,07
Valor Total: 240,07
COR0002

Gasolina Comum
Saldo disponível: 1.507,33
cli: 8400026493
HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
v:1653.1011.1121.1122



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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD. UN.	VL.UNIT(R\$)	TOTAL
1	GASOLINA COMUM C	34,300 LT	6,999	240,07
Qtde. Total de Itens		34,300		240,07
Valor Total R\$			240,07	
FORMA PAGAMENTO			VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito			240,07	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1011 2167 9800 0130 3000 2517 8918 4558 1300

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 251789 Série:3 15/10/2021 19:57:51

Protocolo de Autorização: 152214489050837
Data de Autorização: 15/10/2021 19:57:51



getnet

GOODCARD

REDE GETNET
POSTO PARANÁ
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
1121679600130
20/10/2021 15:49:03
CARTÃO: ****5810 POS: 26453761 EST: 000000000417017 AUT: 747524883 v1653.1018.1122.1122.1122 COMPRA FUEL CONTROL km 44281 Ltrs. Valor Abast: 31,68 224,90 Valor Total: 224,90 COR3002

Gasolina Comum

Valor de Serviço Negocia do. Valor da Transação R\$ 209,00 Saldo disponível: 1.298,27 cli:040026493 HOSPITAL DE FORMOSA 3a. Via - Cliente v1653.1018.1122.1122.1122

getnet

GOODCARD

REDE GETNET
POSTO PARANÁ
1121679600130
21-10-2021 15:49:03
CARTÃO: ****5810 POS: 249965804 CNT: 00000000492063 AUT: 7475249452 v1643.1017.1121.1121.1121 COMPRA FUEL COMBIO km 44281 Ltrs. Valor Abast: 31,68 224,90 Valor Total: 224,90 COR3002

ENVIAR DOCUMENTO FISCAL DE FORMOSA
Saqueado: 2021-10-21 10:55:01
11 0100926493
HOSPITAL DE FORMOSA
V 1653.1017.1121.1121.1121

BRASIL
COMERCIAL



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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
	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 9800 0130 6500 3000 2522 0415 9419 2996

Consumidor CNPJ: 19324171000809
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 15:49:56



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 98,08
R\$: 30,14 Federal e 67,92 Estadual

#CF:B22 E10234184_300 EF0234215_980 V31,680
Codigo:[28148] IE/RG: []
Atendente: 28029-UELTON DA MATA RAMOS
DANFE REIMPRESSÃO
PETROS - 2.21.09.14 - www.adaptive.com.br

Alesto 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



Protocolo de Autorização: 1522145018037417 21/10/2021 08:51:24

V:1653.1017.1121.1121.1121
corte

getnet

GOODCARD
Posto Fornos
MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
21/10/2021 11216796000130
CARTAO: *****8010 14:16:46
POS: 27411519 EST: 9000000000417017
AUT: 74765644 v1653.1017.1121.1121.1121
COMPRA FUEL CONTROL km 45046 Ltcs Valor
Abast: 13,26 94,13
Valor Total: 94,13
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Serviço Negocia
do. Valor de Transação
R\$ 139,62
Saldo disponivel 938,48
cli:0400026493

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

09:16:15

22/10/2021 CARTAO: *****8010 EST: 0900000000417017
POS: 26459761 AUT: 74765644 v1653.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL km 45046 Ltcs Valor
Abast: 13,26 94,13
Valor Total: 94,13
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Serviço Negocia
do. Valor da Transação
R\$ 87,50
Saldo disponivel 938,48
cli:0400026493
HOSPITAL DE FORMOSA
Sa. Via - Cliente
V:1653.1018.1122.1122.1122

REDE
PARANA

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

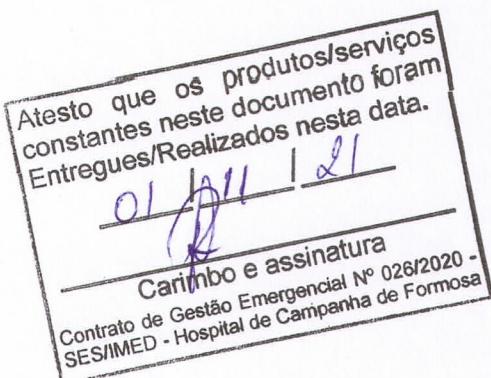
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
ITD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
	GASOLINA C ADITIVADA	
13,260 LT	7,099	94,13
Itde. Total de Itens	13,260	
Valor Total R\$	94,13	
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		94,13

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
IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
AV BRASILIA, 1226 - - FORMOSINHA
Formosa - 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: B06 EI1526117_440 EF1526130_700 V13,260

Código:[28148] IE/RG: []

Atendente: 788-ANDERSON TAVARES BARBOSA

DANFE REIMPRESSÃO

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

POSTO PORTAL
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 4C LT 9
CNPJ 06051997000195

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900033053
22/10/2021 18:02:44
TERMINAL: 76017313
DOC: 997504 AUT: 747997504

TICKET LOG

COPRA
Gasolina Comum
Km: 45472
Litros Valor
Abast. 32,56 214,54
Valor Total 214,54

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

getnet

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANA

* MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130 15:52:32
25-10-2021 CARTAO: *****8810
POS: 26459761 EST: 0000000000017817
AUT: 146359926 v1G53.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km 45879 litros Valor
Abast: 33,44 240,73
Valor Total: 240,73
COR0002

Gasolina Comum

Valor de Servico Necessario
do. Valor da Transacao
R\$ 220,67
Saldo disponivel: 503,27
cli: 040026493
HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
V:1653.1018.1122.1122

rejel
gasoline

P

REDE
PARANÁ

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

Descrição	Quant.	Unitario	Total
GASOLINA C. COMUM	32,554	6,590	214,530
Total de Itens:		1.000	
Total R\$:		214,530	
A Pagar R\$:			
Valor Pago			
Valor de Crédito			
Total Tributos (Lei 12.741/2012)		64,360	
Total R\$ 1684733E70FE12552B12000EDE04CS			

Aprox. Tributos R\$: 0,00 Federal, 64,36 Estadual, 0,00 Municipal
Fonte: IBPT
vEncIni:907773,516 vEncFin:907806,670

Identificador: 18486 - RODRIGO RIBEIRO DA SILVA Itens: [1]
Operador: OPERADOR PADRÃO PUV1

RG NORMAL
Entitida em Contingencia
Número: 306791 Serie: 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:
5221100005199700105650010000067819689258973

Consumidor não 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

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 104,96

R\$: 32,26 Federal e 72,70 Estadual

NFCF-B28 E1381387,150 EF1381400,600 V33,440

Código:[1] IE/RG: []

Atendente: 27098-WELLISSON JORGE DOS SANTOS

DANFE REIMPRESSAU



getnet

GOODCARD

REDE GETNET
POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130 09:02:08
27-10-2021
CARTAO: *****8810
POS: 26459761 EST: 000000000417017
AUT: 749085604 v1G53.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km 42358 Ltrs Valor
Abast: 25,65 156,78
Valor Total: 191,32
COR0002

Gasolina Comum
Valor de Servico Nesocial
do. Valor da Transacao
R\$ 189,78
Saldo disponivel: 313,49
cli: 040026493

HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
v:1G53.1018.1122.1122.1122

getnet

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130 10:09:42
29-10-2021
CARTAO: *****8810
POS: 26459761 EST: 000000000417017
AUT: 749085604 v1G53.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km 42559 Ltrs Valor
Abast: 21,19 156,78
Valor Total: 156,78
COR0002

Gasolina Comum
Saldo disponivel: 156,71
cli: 040026493
HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
v:1G53.1018.1122.1122.1122

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
2	GASOLINA C ADITIVADA	
25,650 LT	7,459	191,32
Qtde. Total de Itens	25,650	
Valor Total R\$	191,32	
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito	191,32	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1011 2167 9600 0130 6500 1000 2927 7411 5842 0026

Consumidor CNPJ: 19324171000609
INED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
AV BRASILIA, 1226 - - FORHOSINHA
Fornosa - GO

NFC-e NR: 292774 Série:1 27/10/2021 09:03:38

Protocolo de Autorização: 15221452037255
Data de Autorização: 27/10/2021 09:03:36



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
SESIMED - Hospital de Campanha de Formosa

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 83,42
R\$: 25,64 Federal e 57,78 Estadual

NCF:BO6 E11527779_470 EF1527805_120 V25_650

Codigo:[28148] IE/RG: []

Atendente: 0948-JEFFERSON SILVEIRA MOURA

DANFE REIMPRESSÃO

PETROS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br



Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 68,36
R\$: 21,01 Federal e 47,35 Estadual

#CF:BO6 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

POSTO PÓRTAL
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 ED 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

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

CORR002

HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8610
Saldo disponivel: 0,71

POSTO DIAMANTINA LTDA
CNPJ: 06051997000195 - IE: 103879447
AV. PERIMETRAL NORTE, 0
SETOR CAPUAVA GOIANIA
BANFE NFC-e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento da 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	
Fornia de Pagamento			Valor Pago	
Cartao de Credito			156,000	
Valor Total Tributos (Lei 12.741/2012)			46,800	
MDS :1760BAF22DD0A7E3EE2132CD4E400FD				

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

nBico:12 vEncIni:913443,123 vEncFin:913464,820

Vendedor: 19624 - VANDERSON JUSTINO DE SOUZA Itens: [1]

Operador: OPERADOR FADRAQ PDV2

NFCe02

EMISSAO 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/servicos
constantes neste documento foram
Entregues/Realizados nesta data.
01/11/2021

Carambo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Itaú 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 DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA					(-) Descontos/Abatimento
NAO aceitar cheques nem ap3's o vencimento.					(+) 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

Itaú Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76 07 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 DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA					(-) Descontos/Abatimento
NAO aceitar cheques nem ap3's o vencimento.					(+) Mora/Multa
Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.					(=) Valor Cobrado
<p style="text-align: right;">08/11/2021</p> <p style="text-align: right;"><i>Thierry Souza Silva</i> Gerente ADM-HEF</p>					
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 SOLUOES HDFGT SA	09/11/2021	R\$ 2.043,00	R\$ 2.043,00

34191.76007.61484.842937.83150.390009.4.88050000204300

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

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.

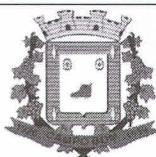
0800 762 7777

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)



MUNICÍPIO DE CAMPO BOM

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e

Número / Série NFS-e
40564022 / T00

Número / Série RPS

Data de Emissão
10/11/2021 07:57

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
Campo Bom / RSRESPONSABILIDADE PELO ISSQN
Prestador de ServiçoREGIME TRIBUTÁRIO
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	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
40564022	16/11/2021	2.043,00			

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Aliquota (%)	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

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 2.043,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço 43,00	Itens Não Tributáveis 2.000,00	Desconto Condisional 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

RETENÇÕES FEDERAIS

INSS (R\$) 0,00	IR (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00
--------------------	------------------	--------------------	-------------------------	----------------------

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 2.043,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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 INTERMEDIAÇÃO DE BENS MOVEIS

Local de Tributação: Campo Bom / RS

AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônico - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:

<https://nfse.campobom.rs.gov.br/site>

Código de Verificação: G46.4BC.2VX

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-040564022/043348201

Página 1/1

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

16/11/2021

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
S/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		

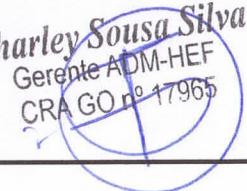
VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	299,86	R\$ 2.235,51	18/11/21	Posto Paranã

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	Brasilia	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	Seviços Diversos	Formosa	43.457	16:20	28
04/11/2021	Aurélio	GO	ADM	43.457	10:45	Buscar empréstimo/ Materias	Goiânia/ HETRIN/ Luziânia	44.134	22:35	677
05/11/2021	Aurélio	DF	ADM	44.134	06:30	Buscar empréstimo/ Materias	Brasilia	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	Brasilia	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

corte

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANÁ

MAESTRO JORO LUIZ DO ESPÍRITO SANTO 1234
112167960000130
 04/11/2021 10:24:37
 CARTAO: 52454761 ESI: 00000000000417017
 POS: 75949730 AUT: v1053.1018.1122.1122.1122
 Coluna FUEL CONTROL
 km: 43463 Ltrs: Valor
 Abast: 20,57 156,31
 Valor Total: 156,31
 COR0001

Gasolina Comum

 HAE
 Valor de Serviço Necessário
 do Valor da Transação
 R\$ 152,20
 Saldo disponível: 1.595,06
 cli:049826492

 HOSPITAL DE FORNOSA
 3a. Via - Cliente
 V.1653.1018.1122.1122.1122

DA NOTA FISCAL DE CONSUMO DE ENERGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
BTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
	GASOLINA C ADITIVADA	
20,570 LT	7,599	156,31
Itde. 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/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe52211111218796000130650030002534981814228795>

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\$: 20,85 Federal e 47,21 Estadual

 BCF:B28 E11388604,070 EF13886B24,640 V20,570
 Código:[1] IE/RG: []
 Atendente: 14879-FÁBIO ALESSANDRO DE JESUS
 DANFE REIMPRESSÃO
 PETRÓS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br
 

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

 Total R\$ 111,12
 R\$: 34,15 Federal e 78,97 Estadual

 BCF:B24 E10189810,470 EF0109844,640 V34,170
 Código:[28148] IE/RG: []
 Atendente: 13088-RÓGERIO COSTA
 DANFE REIMPRESSÃO
 PETRÓS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br

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

18 / 11 / 21

Kloni
Carimbo e assinatura

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

getnet

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130

05/11/2021 06:25:55
CARTÃO: 604597618802
POS: 20459761 EST: 0300000000417017
AUT: 750147688 v1653.1013.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km 44135 Litros Valor:
Abast: 27,69 210,42
Valor Total: 210,42
COR0001

Gasolina Comum

Valor de Serviço Negócio
do Valor da Transação
R\$ 204,98

Saldo disponível: 1.213,14

cii:040026492

HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente

v.1653.1013.1122.1122.1122

S LTDA
ARGUE LAGUNA

FÓRICA

MED. UN.	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
27,690 LT	7,599	210,42
Total de Itens	27,690	
Total R\$	210,42	
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito	210,42	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1111 2187 9600 0130 6500 3000 2535 7113 0720 3718

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

NFC-e NR: 253571 Série:3 05/11/2021 06:28:12

Protocolo de Autorização: 152214546203415
Data de Autorização: 05/11/2021 06:28:10



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 91,75

R\$: 28,20 Federal e 63,55 Estadual

BGF:808 E11533330,240 EF1533365,940 V27,690
Codigo:[28148] IE/RG: []
Atendente: 27188-RODRIGO DE OLIVEIRA SILVA
DANFE REIMPRESSÃO
PETROS - 2.21.10.04 - www.adaptive.com.br

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

18/11/2021

Kony

Carimbo e assinatura

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

----- corte -----

----- V:1653.1018.1122.1122.1122 -----

----- corte -----

getnet®

GOODCARD

REDE GETNET

POSTO PARANA

MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130

08:45:51

09/11/2021
CARTAO: 26459761 EST: 000000000417017
POS: 26459761 AUT: 500589403 v1653.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL km: 44632 Ltrs: Valor:
Abasti: 29,29 160,95
Valor Total: 160,95
COR0001

Gasolina Comum

Valor de Servico Necessario

do. Valor da Transac

R\$ 179,72

Saldo disponivel: 882,71

cli: 040026492

HOSPITAL DE FORMOSA

3a. Via - Cliente

v1653.1018.1122.1122.1122

Litor
IQUE LAGUNA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
BTD_ UN.	VL.UNIT(R\$)	
	GASOLINA C/ ADITIVADA	
24,290 LT	7,599	160,95
Itens Total de Itens		24,290
Total Valor Total R\$		160,95
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito		160,95

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1111 2167 9800 0130 0500 3000 2538 7715 1847 3109

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

NFC-e NR: 253677 Serie:3 09/11/2021 08:47:14

Protocolo de Autorização: 152214554935278
Data de Autorização: 09/11/2021 08:47:13



Produtos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 80,47
R\$: 24,73 Federal e 55,74 Estadual

NFC-B08 E1535183,950 EF1535208,240 V24,290
Codigo:[28148] IE/RG: []
Atestante: 7906-ANDERSON TAVARES BARBOSA
DANFE REIMPRESSAO
PETROS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 160,51
R\$: 51,79 Federal e 110,72 Estadual

NFC-B05 E12552612,250 EF2552603,800 V51,540
Codigo:[1] IE/RG: [1]
Atendente: 14079-FABIO ALESSANDRO DE JESUS
DANFE REIMPRESSAO
PETROS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br

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

18 / 11 / 2021

Kieng

Carimbo e assinatura

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

Via: 7 - Poderoso - Instituto
V:1652.1018.1122.1122.1122

corte
getnet®

GOODCARD

REDE GETNET
POSTO PARAÍBA
MAESTRO JOÃO LUIZ DO ESPÍRITO SANTO 1234
11216756000138 10:45:46
10/11/2021
CARTÃO: XXXXXXXX8882 EST: 0900000000417017
PÓS: 26459361 AUT: 75103288 v1652.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km: 45202 Ltrs Valor:
Abast: 23,01 174,85
Valor Total: 174,85
COR0001

Gasolina Comum
Valor de Serviço Negocia
do. Valor da Transação
R\$ 176,25
Saldo disponivel: 577,80
cli: 040026492

HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
v:1652.1018.1122.1122

LTD
ROQUE LAGUNA

ID	DESCRICA	TOTAL
01	QTD. UN. VL.UNIT(R\$)	
	GASOLINA C ADITIVADA	
23,010	LT 7,599	174,85
	Total de Itens	23,010
	Maior Total R\$	174,85
	FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
	Cartão de Crédito	174,85

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://intc.sefaz.go.gov.br/nfceweb/sites/nfce/danfeNFCe>
1221 1111 2167 9600 0130 6500 3000 2539 6218 3041 0777

Consumidor CNPJ: 19324171000809
NED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
AV BRASILIA, 1226 - - FORROSINHA
Fornosa - GO

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

Protocolo de Autorização: 152214561382768
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

RNF: 822 E10240205_830 EF0240228_850 V23,010
Código:[20148] IE/RG: []
Atendente: 7886-ANDERSON TAVARES BARBOSA
DANFE RE IMPRESSÃO
PETRUS - 2.21.10.04 - www.adaptive.com.br

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

18 / 11 / 21

Kionis

Carimbo e assinatura

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





GOODCARD
REDE GETNET
POSTO PARANA
MAESTRA JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130
11/11/2021 20:18:00
CARTAO: xxxxxxxx3802
POS: 26459761 EST: 0000000000417017
AUT: 751326566 v1653.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km: 45558 Ltrs: Valor
Abast: 32,46 26,66
Valor Total: 246,86
COR0001

Gasolina Comum
Valor de Serviço Necessario
do. Valor da Transacção
R\$ 240,17
Saldo disponivel: 239,60
cli:040026492
HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
V:1653.1018.1122.1122.1122

00160	DESCRICAÇÃO		TOTAL
QTD.	UN.	VL.UNIT(R\$)	
	GASOLINA C ADITIVADA		
32,460	LT	7,599	246,86

Itde. Total de Itens 32,460
Valor Total R\$ 246,86
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito 246,86

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1111 2187 9800 0130 6500 3000 2541 3518 5617 6206

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e NR: 254105 Série:3 11/11/2021 20:19:45

Protocolo de Autorização: 152214566569886
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

BCF:B22 E10240755,800 EF0240788,440 V32,460
Codigo:[1] IE/RG: []
Atendente: 96212-PAULO JESSER ALVES DE SOUSA
DANFE REIMPRESSAO
PETROS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br

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

18 / 11 / 21

Roniç

Carimbo e assinatura

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



GOODCARD

REDE GETNET
POSTO PARANA
MAESTRA JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO 1234
11216796000130
10/11/2021 14:57:05
CARTAO: xxxxxxxx2302
POS: 26459761 EST: 0000000000417017
AUT: 751326566 v1653.1018.1122.1122.1122
COMPRA FUEL CONTROL
km: 24468 Ltrs: Valor
Abast: 13,33 100,00
Valor Total: 100,00
COR0001

Gasolina Comum
Valor de Serviço Necessario
do. Valor da Transacção
R\$ 99,63
Saldo disponivel: 473,17
cli:040026492
HOSPITAL DE FORMOSA
3a. Via - Cliente
V:1653.1018.1122.1122.1122

1 LYDA
IRQUE LAGUNA
TÔNICO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL.UNIT(R\$)	TOTAL
1	GASOLINA COMUM C	13,330	LT	7,499	99,96
	Acréscimo: 0,04				

Itde. Total de Itens	13,330	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/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1111 2187 9800 0130 6500 2000 3296 0012 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

BCF:B05 E12554415,800 EF2554429,230 V13,330

Codigo:[1] IE/RG: []

PLACA: PBL0516 DDDH: 24,468,0

Atendente: 27098-WELLISSON JORGE DOS SANTOS

DANFE REIMPRESSAO

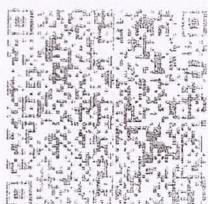
PETROS - 2,21,10,04 - www.adaptive.com.br

POSTO PORTAL
 AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 40 LT 9
 CNPJ 06051997000195
 2a. VIA - CLIENTE
 ESTAB.: 880200900032053
 12/11/2021 16:33:40
 TERMINAL: 76017313
 DOC: 501308 AUT: 751501308 litárgio Total
TICKET LOG
 COMPRA 7.090 215.640
 Gasolina Comum 1.000
 Km: 45939 215.640
 Abast. Litros Valor 15.640 Valor Pago
 30,42 215,64 215,640
 Valor Total 215,64
 COR0001 64.690
 HOSPITAL DE FORMOSA
 603574*****8802
 Saldo disponível: 23,36 dual, 0,00 Municíp

NNF: 10024 - ENVELOPE COM DOCUMENTO S: []
 doc: OPERADOR PADRÃO F091

40. NORMAS
 Entida em contingencia
 número: 820450 Series: 1 Emissão: 12/11/2021 16:34:21
 Via do Estabe eciente
 Consulte pela chave de acesso em
<http://www.nfce.gov.br/pctc/web/214344/consulta-nfce>
 CHAVE DE ACESSO
 52211106051967-0019585-010000204559026744952

Consumidor não identificado
 Consulta via leitor de QR Code



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

18/11/2021

Kiwiny

Carimbo e assinatura

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

Itaú 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					(-) 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.

18/11/2021 *Vânia Gomes Fernandes*
Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 7844

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

Itaú 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					(-) 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 SOLUOES HDFGT SA	18/11/2021	R\$ 3.573,00	R\$ 3.573,00

34191.76007.62079.342937.83150.390009.4.8818000357300

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



MUNICÍPIO DE CAMPO BOM

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número / Série NFS-e

40644435 / T00



Número / Série RPS

-

Data de Emissão

19/11/2021 11:33

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: 03.506.307/0001-57

Inscrição Estadual: 0190105488

Inscrição Municipal: 11.801

Nome/Razão Social: TICKET SOLUÇÕES 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 / RSRESPONSABILIDADE PELO ISSQN
Prestador de ServiçoREGIME TRIBUTÁRIO
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	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
40644435	29/11/2021	3.573,00			
ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO					
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL		Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção
		0,00	3.500,00	0,00	0,00
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.
20019 - TAXA BANCARIA	10.05	2,00	3,0000	1,00 / UN	0,00
20019 - TAXA SOBRE SERVICO ABASTECIMENTO/SERVICOS	10.05	2,00	70,0000	1,00 / UN	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 3.573,00					

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço 73,00	Itens Não Tributáveis 3.500,00	Desconto Condisional 0,00	Deduções 0,00
Redução na Base de Cálculo 0,00	Valor Aproximado de Tributos 4,30	Base de Cálculo 73,00	ISSQN 1,46

RETENÇÕES FEDERAIS

INSS (R\$) 0,00	IR (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00
VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 3.573,00				

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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

AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:

<https://nfse.campobom.rs.gov.br/site>

Código de Verificação: 5EX.F5N.LXX

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-040644435/572213121

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

00190.00009.02887.273007.00069.025179.1.8820000033766

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

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 FT00137082	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 639,30	Data de Emissão 01/11/2021	Data de Vencimento 15/11/2021	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				
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:	/	/

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 00004352-4	Especie R\$	Carteira 1	Aceite N	Especie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9
----------------------------	----------------	---------------	-------------	--------------------	---

Autenticação Mecânica

Banco Safra S.A.

422-7

42297 097 16 00002 476992 00004.352423 1 88050000063930

Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSACÃO					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	Especie Docto. DM	Acceite N	Data do 03/11/2021	Nosso Número 00004352-4
Uso do Banco	Carteira 1	Especie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 639.30
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Encargos p/dia de R\$ 0.96 após 15/11/2021					
Após 16/11/2021 cobrar multa de R\$ 12.79					

Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34

19.324.171/0001-02
00004352-4

S. S. Nair

Código de Baixa

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 Data: 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	Matrícula	Saída/Período	Rota/Produto	Total	
Nota débito	Reserva	Vlr.Original	Câmbio	Valor	Extras	Taxas	Tx.Emb.	Tx.Serviço	Out.Rec.	Desconto
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	639,30
Ped.Reserve:	IBIS GOIANIA	SEM CONTRATO					3719357	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA		
3719357										

SINGLE: Qtd. Aptos: 1 * Qtd. 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 / 2020 Vânia Gomes Fernandes
Carimbo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -
IFES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRA-GO nº 7844

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

42297.09706.00002.476992.00004.352423.1.88050000063930

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

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, 98, A-37, N 505 Jd. Goiás CEP 74805 180 Goiânia GO

NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora

Nº DA INSTALAÇÃO	10027160198	Nº DO CLIENTE	1026217
VALMOR JOSE CAYE	CPF/CNPJ: 26236273049	Avenida Mto. João Luiz do Espírito Santo, n. 480-A, Sala - 203, Jardim Califórnia CEP: 73887745 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	TOTAL A PAGAR (R\$)
19/11/2021	136,80
CONTA REFERENTE A	11/2021

Use este código para cadastro em Débito Automático:

0310617659

Dados de Medição

Nº do medidor	1198360833
Leitura anterior	467
Leitura atual	587
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	33
06/21 MIN	0	30
07/21 MIN	0	28
08/21 LID	101	28
09/21 LID	132	32
10/21 LID	231	31
11/21 LID	120	29

Todos faturados. Média de consumo: 110,00 kWh.

Média - Média de consumo; MIN - Mínimo faturável

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	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.LICA.AC5.9146

Reservado ao Fisco

Bandeira(s) Tarifária(s) aplicada(s) no mês: ESCASSEZ HIDRICA Mais informações em www.aneel.gov.br

Descrição de Faturamento

ITEM	QTD	VALOR UNIT.	TOTAL
ADICIONAL BANDEIRA TARIFARIA 2	120,00	0,208760	25,05
COMPENSACAO 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

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

JF / d/d 28/11/2021
Vanja Gomes Fernandes
Diretora Geral HEF
CRA GO 07844

Carimbo e assinatura

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

Mensagens

PROGRAMA BANDEIRAS (RESOLUÇÃO N° 2/2021) UNIDADE CONSUMIDORA NÃO ENQUADRA NOS CRITÉRIOS DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA.

INFORMAÇÕES QUE A TARIFA DA ENEL GOIAS FOI REAJUSTADA, EM MÉDIA DE 16,45%, POR MEIO DA RESOLUÇÃO N° 2/2021 ANEEL, A QUAL POSSUI VIGÊNCIA DE 22/10/2021 A 21/10/2022.

REFÉRENCIA DA APROVAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 9/2021. EUSD = R\$ 39,69108

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

Notificação/Reaviso de Contas Vencidas

A ENEL NOTIFICARÁ PELA PORTALNET/MEUBILL DE SUA FAZENDA

ene

Orientações

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: VALMIR JOSE CAYE

Mensagem:

Autenticação Mecânica:



8368000000017 368000090986 143499112108 003106176591

PRF - DE FORMOSA
Responsável pela Unidade Pública em sua rura/região

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

11/11/2021 Vânia Gomes Fernandes
Carimbo e assinatura

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

Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 7844

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
CELG GOIAS	18/11/2021	R\$ 136,80	R\$ 136,80

836800000017.368000090986.143499112108.003106176591

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

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

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)



Ceig Distribuição S.A.
Rue 2 Dct. A-37, 505 | Jardim Goiás | CEP 74.805-180 | Goiânia/Goiás
CNPJ 01.543.032/0001-04 | IE 100.549.420
www.enel.com.br

NOTA FISCAL/LATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora

Nº DA INSTALAÇÃO 10027160287 N° 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 TOTAL A PAGAR (R\$)
22/11/2021 R\$*****183,56

CONTA REFERENTE A NOV/2021

Dados de Medição

Nº do medidor	11983620-3
Leitura anterior	00416
Leitura atual	00575
Próxima leitura	08/12/2021
Fator multiplicador	1,000000
Consumo do mês (kWh)	150
Número de dias	29 DIAS

Histórico de Faturamento

Mês/Ano	kWh	Dias
MÉDIA	44,66	
NOV/20	MIN 0,00	51
DEZ/20	MIN 0,00	32
JAN/21	MIN 0,00	30
FEV/21	MIN 1,50	25
MAR/21	MIN 0,00	32
ABR/21	MIN 0,00	30
MAY/21	MIN 0,00	26
JUN/21	MIN 0,00	33
JUL/21	MIN 0,00	30
AGO/21	MIN 9,00	28
SET/21	LUD 129,00	22
OUT/21	LUD 226,00	51
NOV/21	LUD 198,00	29

Tipos de faturamento: AF - Autofatura; UD - LUD; MED - Módulo de consumo; MIN - Mínima faturável

Reservado ao Fisco

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	ICMS
09/11/2021	36999819	4	171,96	29%	49,86

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

Descrição de Faturamento

QUANTIDADE	TARIFA	VALOR
ADICIONAL BANDEIRA TARIFARIA 2 - kWh	159,00	R\$*****33,19
CONSUMO kWh + ICMS/PIS/COFINS - kWh	159,00	R\$*****183,77

QUANTIDADE	TARIFA	VALOR
COMPENSACAO DE FIC TRIMESTRAL		R\$*****1,43
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 N° 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 N° 2.963/2021, A QUAL POSSUI VIGÊNCIA DE 20/10/2021 Á 21/10/2022.

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 9/2021, EUSD = R\$ 36,48632

PAUTA: USO SISTEMA = R\$ 62,06 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: 0310558143

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

17/11/2021
Santa Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
Carimbo e assinatura CRA GO nº 7844

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

Nº da Conta	Data da Emissão	Conta Referente à
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

Orientações

UNIDADE CONSUMIDORA
10027160287

VENCIMENTO
22/11/2021

enel

Para uso do entregador

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

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA E N° DO ENTREGADOR

Conheça nossos canais de atendimento

Atendimento Comercial
24 horas 0800 062 0196

Atendimento para
Deficientes Auditivos
24 horas 0800 28 1887

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

Agência Virtual
www.enel.com.br

Aplicativo Enel Goiás

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

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

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

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

Apartir da agência virtual, você também pode solicitar serviços pelo
nossa 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 Geral de Regulação:

ANEEL | TR7
Agência Nacional de Energia Elétrica
(Disponível gratuitamente no aplicativo ANEEL)

Sigas as nossas redes sociais:

@enelclientsbr @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 da 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 canais de atendimento.
- A falta de pagamento da conta implicará a suspensão do fornecimento de energia a partir do 16º dia de 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 contribuição 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

Celg 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

Unid. de entrega | Sequência | N.º medidor
25 / 29 | 144600 | 11983620-3

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

Informações Importantes

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

17/11/21

Carimbo e assinatura

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

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. Nesses 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 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 n.º 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
CELG GOIAS	18/11/2021	R\$ 183,56	R\$ 183,56

836600000019.835600091002.273464112104.003105581437

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

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

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)