

Formosa, 18 de Março de 2022.

Fornecedor	CPF/CNPJ	Tipo de Despesa	Referência	Valor	Vencimento	Pagamento	Descrição
VALMOR JOSE CAVE	262.362.730-49	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	Fevereiro	R\$ 2.000,00	04/02/2022	03/02/2022	Despesas com locação do imóvel - Escritório IMED em Formosa
TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.	03.506.307/0001-57	COMBUSTÍVEL	664259	R\$ 3.063,00	12/02/2022	10/02/2022	Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade
TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.	03.506.307/0001-57	COMBUSTÍVEL	11115196	R\$ 3.063,00	21/02/2022	15/02/2022	Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138585	R\$ 946,00	15/02/2022	15/02/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138584	R\$ 1.182,50	15/02/2022	17/02/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138586	R\$ 1.892,00	15/02/2022	17/02/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138588	R\$ 946,00	15/02/2022	23/02/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138653	R\$ 2.393,00	28/02/2022	25/02/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138835	R\$ 214,50	28/02/2022	25/02/2022	Despesa com hospedagem
ENEL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA	01.543.032/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA	FEVEREIRO	R\$ 184,54	20/03/2022	21/02/2022	Despesas com consumo de energia elétrica do escritório do IMED em Formosa
ENEL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA	01.543.032/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA	FEVEREIRO	R\$ 104,90	20/03/2022	21/02/2022	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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'VALMOR JOSÉ CAYE', is placed here.

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 de 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

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.

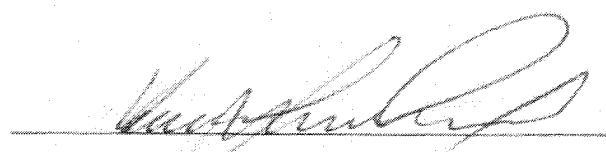
VIII - DO FORO

- (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.

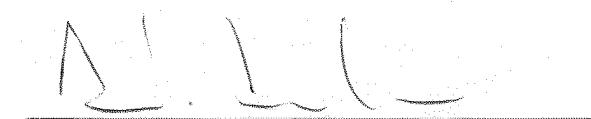
ANEXO
4

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	03/02/2022	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	FEVEREIRO	

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)



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

ABAIV: 438 Data: 57-6-8739-4

Fax: (11) 3256-4399

FT00138835 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira				
FT00138835	214,50	18/02/2022	28/02/2022					
Encargos p/dia de R\$ 0,32 após 28/02/2022 Multa de R\$ 4,29 após 01/03/2022								
Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO AV.: LUCIANA FERNANDES DE SOUZA - C.Custo: FORMOSA								
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 18/02/2022 14:05:40								
Valor por extenso	Duzentos e Quatorze Reais e Cinquenta centavos*****							
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.								
Aceite: Data: / /								

422-7 Banco Safra S.A.					Recibo do Pagador
Nosso Número 00005512-3	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9
Autenticação Mecânica					

422-7					42297.09706 00002.476992 00005.512322 6 89100000021450					
Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSACÃO					Vencimento 28/02/2022					
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 18/02/2022	Num. do Documento FT00138835	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 18/02/2022	Nosso Número 00005512-3					
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 214.50					

Pagador	IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA. 202 - CJ 34 01332000	BELA VISTA	SAO PAULO SP	19.324.171/0001-02 00005512-3
Sacador/Avalista				Código de Baixa Autenticação Mecânica-

		Ficha de compensação
		este que os produtos/serviços constantes neste documento foram entregues/Realizados nesta data. 22/02/2022

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...

Tharley Sousa Silva

Gerente ADM-HEC

CRA GO nº 17969

Carimbo e assinatura

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



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

FT00138835 - 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	Vir.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: FORMOSA

	MOREIRA/ANA		15/12/2021	VC00370066				15/12/2021 até 16/12/2021	Hospedagem Diárias: 001		
ND00588887	00750073	195,00 [R\$] 1.000000	195,00	0,00	19,50	0,00		0,00	0,00	0,00	214,50
Ped.Reserve:	SOFISTICATTO PARK HOTEL	FORMOSA					bruna	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
Cód.Reserva: bruna											

SINGLE: Qtde. Aptos: 1 * Qtde. Diárias: 1 * Valor Diária: 195,00 = Total Diárias: R\$195,00

Autorizador: Marcos Sousa

Centro Custo: FORMOSA

Total Notas de Débito

Total da Fatura

214,50

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

22/02/2022

<i>Tharley Sousa Silva</i>	Carimbo e assinatura
Gerente ADM-HEF	
CRA GO nº 17905	Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
	SES/MED - Hospital de Campanha de Formosa



IMED
INSTITUTO DE
MEDICINA
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTO

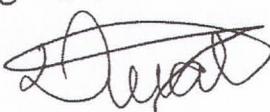
CUIDANDO
COM RESPEITO

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	Hospital Estadual de Trindade
Reunião	
Data	15.12.2021 a 16.12.2022
Participantes Hosp. Apolado	Hospital Estadual de Formosa
Participantes	Anna Paula Duarte Moreira
Compilado por / Revisado por	

Atividades:

1. Reunião com o Dr. Paulo.
2. Visita na unidade
3. Reunião com a gerente de enfermagem (kelly)

Anna Paula Duarte Moreira
Analista de Controle Interno.


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

Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965

21 / 02 / 2022



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
AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA	25/02/2022	R\$ 214,50	R\$ 214,50

42297.09706.00002.476992.00005.512322.6.89100000021450

Instituição Financeira Favorecida 422 - BCO SAFRA S A	CPF/CNPJ Beneficiário Final 00.000.000/0000-00	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 28/02/2022	Valor Nominal 214,50	Valor Pago 0,00
Encargos 0,00	Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 0,00
Data / hora da transação: 25/02/2022 11:50:16	Autenticação IBE52EE23CA055441708089	

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

FT00138853 - Página 1 de 2

	Nº Fatura Duplicata FT00138853	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 2.393,00	Data de Emissão 18/02/2022	Data de Vencimento 28/02/2022	Para uso da Inst. Financeira
<p>Encarlos p/dia de R\$ 3,59 após 28/02/2022 Multa de R\$ 47,86 após 01/03/2022</p> <p>Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO A/C.: LUCIANA FERNANDES DE SOUZA - C.Custo: SEM CONTRATO</p> <p>Endereço: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 Bairro: BELA VISTA Cidade: SAO PAULO SÃO PAULO 01332-000 Fones(s): (11)31411128 Fax: (11)</p> <p>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</p> <p>Impresso em 21/02/2022 08:03:38</p> <p>Valor por extenso Dois Mil e Trezentos e Noventa e Três Reais*****</p> <p>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.</p>					
Aceite:			Data: / /		

422-7 Banco Safra S.A.

Recibo do Pagador

Nosso Número 00005494-1	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9
-----------------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------	---------------------------	--

Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A.

422-7

42297.09706 00002.476992 00005.494125 1 89100000239300

Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO					Vencimento 28/02/2022
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 18/02/2022	Num. do Documento FT00138853	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 21/02/2022	Nosso Número 00005494-1
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor 2.393,00	(=) Valor do documento 2.393,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encarlos p/dia de R\$ 3,59 após 28/02/2022 Após 01/03/2022 cobrar multa de R\$ 47,86					(-) Outras Deduções
					(+) 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
00005494-1

Sacador/Avalista
Código de Baixa
Autenticação Mecânica- **Ficha de compensação**



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

22/02/2021



Cárimeo e assinatura

Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 1188

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

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

FT00138853 - Página 2 de 2

Notas de Débito

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

Observação

Qtde. Diárias: 30 * Valor Diária: 79,77 = Total Diárias: R\$2393,10
Autorizador: Val Souza

FRANZHEIDER VERLAG

Centro Custo: SEM CONTRATO 2.393,10 0,00 0,00 0,00 0,00 -0,10 2.393,00
Total Notas de Débito 2.393,10 0,00 0,00 0,00 0,00 -0,10 2.393,00

Total da Fatura 2.393,00

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

22/02/2022

*Tharley Sousa Silve
Gari*

Gerente ADM-HEP

RESAMED - 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
AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA	25/02/2022	R\$ 2.393,00	R\$ 2.393,00

42297.09706.00002.476992.00005.494125.1.89100000239300

Instituição Financeira Favorecida 422 - BCO SAFRA S A	CPF/CNPJ Beneficiário Final 00.000.000/0000-00	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 28/02/2022	Valor Nominal 2.393,00	Valor Pago 0,00
Encargos 0,00	Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 0,00
Data / hora da transação: 25/02/2022 11:46:27	Autenticação IBE5DA16C67B634468A8FE0	

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

FT00138588 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138588	946,00	02/02/2022	15/02/2022	
Encaraos p/dia de R\$ 1,42 após 15/02/2022 Multa de R\$ 18,92 após 16/02/2022				
Págador: 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: Praça de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU				
Valor por extenso	Novecentos e Quarenta e Seis Reais*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:			Data:	/ /

422-7	Banco Safra S.A.			Recibo do Pagador	
Nosso Número 00005323-6	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9

Autenticação Mecânica

Banco Safra S.A. 422-7 42297.09706 00002.476992 00005.323621 1 88970000094600					
Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSACÃO					Vencimento 15/02/2022
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 02/02/2022	Num. do Documento FT00138588	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 02/02/2022	Nosso Número 00005323-6
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 946,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encaraos p/dia de R\$ 1,42 após 15/02/2022 Após 16/02/2022 cobrar multa de R\$ 18,92					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

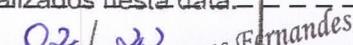
Pagador	IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000	BELA VISTA	SAO PAULO SP	19.324.171/0001-02 00005323-6
Sacador/Avalista				Código de Baixa

Autenticação Mecânica- Ficha de compensação



Presto que os produtos e serviços
constantes neste documento foram

Entregues/Realizados nesta data

 08/02/2022

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...

7844

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral

Carimbo e assinatura CRA GO n°

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



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

FT00138588 - 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			31/01/2022	VC00372167			31/01/2022 até 04/02/2022	Hospedagem Diárias: 004		
ND00588486	00755123	860,00 [R\$] 1.000000	860,00	86,00		0,00	0,00	0,00	0,00	946,00
Ped.Reserve: 3735224	SOFISTICATTO PARK HOTEL	SEM CONTRATO				41183	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
Cód.Reserva: 41183										

SINGLE: Qtde. Aptos: 1 * Qtde. Diárias: 4 * Valor Diária: 215,00 = Total Diárias: R\$860,00
Autorizado: Val Souza

Centro Custo: SEM CONTRATO	860,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00
Total Notas de Débito	860,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00

Total da Fatura

946,00

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

07/02/22 *Vania Gomes Fernandes*
Vania Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRAGO nº 7844

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

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	OBRAS DE ADEQUAÇÕES - HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA
Reunião	REUNIÕES E ACOMPANHAMENTOS DE OBRAS DE ADEQUAÇÕES
Data	31/01/2022 A 03/02/2022
Participantes Hosp. Apoiado	VÂNIA GOMES E FELIPE UCHÔA
Participantes	LATINO CARVALHO
Compilado por / Revisado por	

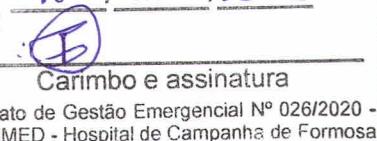
Atividades:	
1. ACOMPANHAMENTO DE OBRAS DE ADEQUAÇÕES.	
Agenda	
Ações:	
31/01/2022	VISITA TÉCNICA AS OBRAS EM ANDAMENTO;
01/02/2022	REUNIÃO COM A EQUIPE DE MANUTENÇÃO;
02/02/2022	REUNIÃO COM RESPONSÁVEIS DA EMPRESA DE GASES MEDICINAIS SOBRE A OBRA DE AMPLIAÇÃO DA REDE DE GASES MEDICINAIS ATÉ A UTI E CENTRO CIRÚRGICO;
03/02/2022	REUNIÃO COM RESPONSÁVEIS DA EMPRESA CLIMATIZAÇÃO SOBRE A INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE RENOVAÇÃO DE AR PARA A NOVA UTI DA UNIDADE.

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

18/02/2022

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

Fernando F. Tavares
Fernando F. Tavares
Gerente de Fáciilites
CAU Nº A 152077-6



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\$
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	0237 - BCO	3090 / 144991	23/02/2022	946,00
	BRADESCO S A			

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
CNPJ:	Tipo de Conta	ISPB
43.062.389/0001-02	Conta corrente	60746948
Finalidade	Histórico	
Crédito em Conta Corrente	NF 138588	

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)

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

FT00138586 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138586	1.892,00	02/02/2022	15/02/2022	
Encargos p/dia de R\$ 2.84 após 15/02/2022 Multa de R\$ 37.84 após 16/02/2022 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 Inscricão: Praça de padatamento: SAO PAULO - BARRA FU				
Valor por extenso	Um Mil e Oitocentos e Noventa e Dois Reais*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:			Data:	/ /
422-7 Banco Safra S.A. Recibo do Pagador				
Nosso Número 00005321-0	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9
Autenticação Mecânica				



Banco Safra S.A.

422-7

42297.09706 00002.476992 00005.321021 3 88970000189200

Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO					Vencimento
Beneficiário AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, - São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02					15/02/2022
Data do Documento 02/02/2022	Num. do Documento FT00138586	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 02/02/2022	Nosso Número 00005321-0
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 1.892,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					
Encargos p/dia de R\$ 2.84 após 15/02/2022 Após 16/02/2022 cobrar multa de R\$ 37.84					
(-) Desconto/Abatimento (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado					

Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO 19.324.171/0001-02
 RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 00005321-0
 01332000 BELA VISTA SAO PAULO SP

Código de Baixa



Ficha de compensação
 Autenticação Mecânica
 Atesto que os produtos servidos constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.

08/02/2022

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020
 SES/IMED - Hospital de Campanha da Fazenda

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...

CRAGO 7847-4
 Detona Geral - H
 Lula Gomes



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

FT00138586 - 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			21/01/2022	VC00371791			20/01/2022 até 28/01/2022	Hospedagem Diárias: 008		
ND00588183	00754057	1.720,00 [R\$]	1.000000	1.720,00	0,00	172,00	0,00	0,00	0,00	1.892,00
Ped.Reserve:	SOFISTICATTO PARK HOTEL		SEM CONTRATO				BRUNA	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA		
3733997										
Cód.Reserva:	BRUNA									
SINGLE: Qtde. Ailos: 1 * Qtde. Diarias: 8 * Valor Diária: 215,00 = Total Diárias: R\$1720,00										
Autorizador: Val Souza										
Centro Custo: SEM CONTRATO			1.720,00	0,00	172,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.892,00
Total Notas de Débito			1.720,00	0,00	172,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.892,00

Total da Fatura

1.892,00

Este que os produtos/serviços
constantes neste documento foram
Entregues/Realizados na data
07/01/2020.

Yanira Geral - REA
07/01/2020
CRAGON

Carimbo e assinatura

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

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	OBRAS DE ADEQUAÇÕES - HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA
Reunião	REUNIÕES E LEVANTAMENTOS
Data	20/01/2022 A 28/01/2022
Participantes Hosp. Apoiado	VÂNIA GOMES E FELIPE UCHÔA
Participantes	MARIA CAROLINE DIAS E LATINO CARVALHO
Compilado por / Revisado por	

Atividades:

1. REUNIÕES E LEVANTAMENTOS SOBRE AS OBRAS DE ADEQUAÇÕES E PERFIL DE ATENDIMENTO DA UNIDADE.

Agenda
Ações:

20/01/2022	VISITA TÉCNICA AS OBRAS EM ANDAMENTO;
21/01/2022	REUNIÃO COM A EQUIPE DE MANUTENÇÃO;
22/01/2022	REUNIÃO COM A EMPRESA DE GASES MEDICINAIS SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE EQUIPAMENTOS E ADEQUAÇÕES A SEREM REALIZADAS NA REDE DA UNIDADE;
24/01/2022	REUNIÃO COM O RESPONSÁVEL DA EMPRESA DE MANUTENÇÃO DE MEDICINAIS;
25/01/2022	ACOMPANHAMENTO DE ADEQUAÇÕES E VISITA A UNIDADE DE LUZIÂNIA-GO;
26/01/2022	LEVANTAMENTO DE LOCAIS PARA A APLICAÇÃO DE ADESIVOS;
27/01/2022	ACOMPANHAMENTO DE ADEQUAÇÕES E REUNIÃO COM O SUPERVISOR DA MANUTENÇÃO PREDIAL.
28/01/2022	ACOMPANHAMENTO DE ADEQUAÇÕES E APLICAÇÃO DE ADESIVOS.

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

16/02/2022

(R)

Carimbo e assinatura

Tharley Souza Suyu
 Gerente ADM-HEF
 CRA-GO nº 17965

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

Fernando F. Tavares
 Gerente de Fazenda
 CAU Nº A 152077-8



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\$
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	0237 - BCO	3090 / 144991	17/02/2022	1.892,00
	BRADESCO S A			

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
CNPJ:	Tipo de Conta	ISPB
43.062.389/0001-02	Conta corrente	60746948
Finalidade	Histórico	
Crédito em Conta Corrente	NF 138586	

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)

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

FT00138584 - Página 1 de 2

	Nº Fatura Duplicata FT00138584	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 1.182,50	Data de Emissão 02/02/2022	Data de Vencimento 15/02/2022	Para uso da Inst. Financeira
Encaros p/dia de R\$ 1.77 após 15/02/2022 Multa de R\$ 23.65 após 16/02/2022 Págador: 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: Praça de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU					
Valor por extenso	Um Mil e Cento e Oitenta e Dois Reais e Cinquenta centavos*****				
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.					
Aceite:			Data: / /		

422-7 Banco Safra S.A.					Recibo do Pagador
Nosso Número 00005319-8	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9

Autenticação Mecânica

Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO					Vencimento 15/02/2022
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 02/02/2022	Num. do Documento FT00138584	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 02/02/2022	Nosso Número 00005319-8
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	Valor x	(=) Valor do documento 1.182,50
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encaros p/dia de R\$ 1.77 após 15/02/2022					(-) Outras Deduções
Após 16/02/2022 cobrar multa de R\$ 23.65					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO 19.324.171/0001-02
 RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 00005319-8
 01332000 BELA VISTA SAO PAULO SP
 Sacador/Avalista

Código de Baixa

Autenticação Mecânica- **Ficha de compensação**



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

08/02/22

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA
 Vânia Gomes HEF
 Diretora Geral - CRA GO nº 7844

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



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

FT00138584 - Página 2 de 2

Notas de Débito

Nº Viaç	Passageiro	Vlr.Original	Tipo	Emissão	Bilhete/NC/OS	Num. OP	Matrícula	Saída/Período	Rota/Produto	Total	
Nota débito	Reserva		Câmbio	Valor	Extras	Taxas	Tx.Emb.		Tx.Serviço	Out.Rec.	Desconto
Nº Pedido	Fornecedor		C. Custos					Nº Confirm.	Solicitante		Tipo de Pagamento

Centro Custo: SEM CONTRATO

RESPLANDES/URIEL		20/01/2022	VC00371757					21/01/2022 até 26/01/2022	Hospedagem Diárias: 005		
ND00587780	00753854	1.075,00 [R\$]	1.000000	1.075,00	0,00	107,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1.182,50
Ped.Reserve:	SOFISTICATTO PARK HOTEL		SEM CONTRATO					BRUNA 40964	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA		
3733664											
Cód.Reserva:	BRUNA 40964										

SINGLE: Qtde. Aptos: 1 * Qtde. Diárias: 5 * Valor Diária: 215,00 = Total Diárias: R\$1075,00

Autorizador: Val Souza

Centro Custo: SEM CONTRATO	1.075,00	0,00	107,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1.182,50
Total Notas de Débito	1.075,00	0,00	107,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1.182,50

Total da Fatura

1.182,50

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

07 / 02 / 22
Vanita Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
Carimbo e assinatura CRA-GO nº 7844

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

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	Auditoria de processos e implementação de melhorias na farmácia
Reunião	
Data	21/01/2022 à 26/01/2022
Participantes Hosp. Apoiado	
Participantes	Todos os gestores do Hospital de Formosa;
Compilado por / Revisado por	URIEL MOURA RESPLANDES

Atividades:

1. Auditoria de processos na farmácia e seus anexos;
 2. Implantação de melhoria de processos;

Agenda

Ações:

21/01/2022 à 26/01/2021	<ol style="list-style-type: none">1. Iniciamos com checagem de cumprimento dos requisites do Manual da ONA na farmácia. Após isto, iniciado o processo de etiquetagem correta de medicamentos antes de serem dispensados para Farmácia, abrangendo a diferenciação por grupo de medicações gerais, alta vigilância e psicotrópicos (controlados);2. Foi identificado com etiquetas vermelhas, contendo todas as informações do medicamento, todos aqueles classificados como alta vigilância. Realizada pintura dos bins na cor vermelha para acondicionamento deste grupo de medicamentos após seu devido fracionamento, identificação e dispensação para a farmácia;3. Realiza identificação de medicamentos psicotrópicos com etiqueta de "controlados";4. Orientada equipe do setor sobre o processo adequado e seguro de recebimento, acondicionamento, identificação, fracionamento e dispensação de medicamentos, reforçando a importância da identificação correta dos medicamentos;5. Verificado os medicamentos na farmácia e retirado aqueles fora do prazo de validade
------------------------------------	--

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

15/02/2022

6
Carimb

Carimbo e assinatura

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

Tharley Sousa
Gerente ADM
CRA GO nº 01



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\$
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	0237 - BCO BRADESCO S A	3090 / 144991	17/02/2022	1.182,50

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
CNPJ:	Tipo de Conta	ISPB
43.062.389/0001-02	Conta corrente	60746948
Finalidade	Histórico	
Crédito em Conta Corrente	NF 138584	

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)

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

FT00138585 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138585	946,00	02/02/2022	15/02/2022	
Encaros p/dia de R\$ 1.42 após 15/02/2022 Multa de R\$ 18.92 após 16/02/2022				
Págador: 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: Praça de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU				
Valor por extenso	Novecentos e Quarenta e Seis Reais*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:			Data:	/ /
422-7 Banco Safra S.A. Recibo do Pagador				
Nosso Número 00005320-1	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM
Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9				
Autenticação Mecânica				



Banco Safra S.A.

422-7

42297.09706 00002.476992 00005.320122 4 8897000094600

Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO					Vencimento 15/02/2022
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 02/02/2022	Num. do Documento FT00138585	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 02/02/2022	Nosso Número 00005320-1
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	Valor x	(=) Valor do documento 946,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encaros p/dia de R\$ 1.42 após 15/02/2022					(-) Outras Deduções
Após 16/02/2022 cobrar multa de R\$ 18.92					(+) 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 00005320-1
Sacador/Avalista			Código de Baixa

Autenticação Mecânica- **Ficha de compensação**



Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizadas nesta data.	
08/02/22	
CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...	
Vânia Gomes Fernandes Diretora Geral - HEF Carimbo e assinatura CRA GO nº 7844 Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 - SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa	



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

FT00138585 - 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

PEDROSO/RAIDAN			21/01/2022	VC00371790			24/01/2022 até 28/01/2022	Hospedagem Diárias: 004			
ND00587374	00754056	860,00 [R\$]	1.000000	860,00	0,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00
Ped.Reserve: 3733998	SOFISTICATTO PARK HOTEL		SEM CONTRATO				BRUNA 40990	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
SINGLE: Qtde. Aptos: 1 * Qtde. Diárias: 4 * Valor Diária: 215,00 = Total Diárias: R\$860,00											
Autorizado: Val Souza											
Centro Custo: SEM CONTRATO			860,00	0,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00
Total Notas de Débito			860,00	0,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00

Total da Fatura

946,00

Este que os produtos/serviços
constantes neste documento foram
entregues/Realizados nesta data.
07 / 02 / 22
Carimbo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
RESIMED - Hospital de Campanha de Formosa

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 7844

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA – FORMOSA/GO
Data	24/01/2022 A 28/01/2022
Participantes Hosp. Apoiado	EQUIPE ADMINISTRATIVA E FARMÁCIA
Participantes	RAIDAN DO AMARAL PEDROSO
Compilado por / Revisado por	

Atividades: Atividades relacionadas ao processo de compra e qualidade nos processos

Ações:

1. Acompanhamento nos processos de compra, reposição e aprimoramento das análises de itens críticos
2. Suporte a atualização das etiquetas de controlados e alta vigilância solicitado pela qualidade
3. Avaliação das anomalias encontradas na unidade
4. Suporte na resolução das etiquetas com código de barra divergentes
5. Análise dos itens próximos do vencimento

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

11/02/2022 *Wânia 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

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	15/02/2022	R\$ 946,00	R\$ 946,00

42297.09706.00002.476992.00005.320122.4.8897000094600

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 15/02/2022
Valor Nominal 946,00	Valor Pago 0,00	Encargos 0,00
Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 0,00	Data / hora da transação: 15/02/2022 15:46:07
Autenticação IBE06F719C8753444E9811E		

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)

**Hospital Estadual
de Formosa**

Dr. Cesar Saad Fayad



CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 01

DATA	MOTORISTA	PREFIXO	SETOR	KM SAIDA	H.SAIDA	SERVIÇO	DESTINO	KM CHEGADA	H.CHEGADA	TOTAL KM
16/01/2022	VILMAIR	GO	ADM	62.548	22:55	Levar Materiais p/ esterilização	Hospital São Camilo	62.562	05:00	14
17/01/2022	AURELIO	GO	ADM	62.562	12:30	Buscar Empréstimo, material cirúrgico	Luziânia e Brasília	62.866	17:40	304
18/01/2022	AURELIO	GO	ADM	62.866	11:35	Levar Faturamento, buscar Material cirúrgico	Luziânia e Brasília	63.167	19:30	301
19/01/2022	AURELIO	GO	ADM	63.167	13:40	Serviços Diversos	Formosa	63.188	15:00	21
20/01/2022	AURELIO	GO	ADM	63.188	17:00	Serviços Diversos	Formosa	63.202	18:20	14
21/01/2022	AURELIO	GO	ADM	63.202	15:00	Buscar material cirúrgico	Brasília	63.384	17:50	182
22/01/2022	KIONY	GO	ADM	63.384	07:22	Buscar caixa cirúrgica	Hospital São Camilo	63.390	08:01	6
22/01/2022	VILMAIR	GO	ADM	63.390	20:55	Buscar empréstimo	UPA	63.399	21:15	9
24/01/2022	AURELIO	GO	ADM	63.408	08:30	Buscar materiais	Goiânia	63.999	18:35	591
25/01/2022	AURELIO	GO	ADM	63.999	09:00	Buscar Dr André, aeroporto	Brasília	64.185	12:50	186
26/01/2022	AURELIO	GO	ADM	64.185	09:00	Buscar Testes Covid	Goiânia, Luziânia	64.820	20:10	635
26/01/2022	VILMAIR	GO	ADM	64.820	23:13	Buscar Empréstimo	Hospital Luciano Chaves	64.826	23:40	6
27/01/2022	AURELIO	GO	ADM	64.826	15:40	Levar Faturamento	Luziânia	65.132	20:00	306
28/01/2022	AURELIO	GO	ADM	65.132	10:00	Buscar Materiais	Goiânia, Luziânia	65.814	22:40	682
29/01/2022	VILMAIR	GO	ADM	65.814	00:44	Levar Materiais p/ esterilização, devolver empréstimo	Hospital São Camilo, Luciano Chaves	65.821	03:00	7
30/01/2022	AURELIO	GO	ADM	65.821	08:30	Levar amostra	Goiânia	66.383	17:00	562
TOTAL KM RODADOS										3.826

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Administrativa

Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.
 31/01/2021 Vânia Gomes Fernandes
 Diretora Geral - HEF
 GO n° 784.1
 Carimbo e assinatura
 Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -
 SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HEF - Cartão 01

VIATURA	PREFIXO	PLACA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	27,95	R\$ 202,61	14/01/22	Guanabara
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	22,00	R\$ 162,78	16/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	17,24	R\$ 128,43	17/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	24,67	R\$ 183,77	18/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	37,50	R\$ 279,34	21/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	26,72	R\$ 199,60	24/01/22	Z+Z Laranjeiras
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	36,54	R\$ 270,36	25/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	31,52	R\$ 217,22	26/01/22	Irmãos Carrijo
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	18,97	R\$ 140,36	27/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	35,35	R\$ 246,38	28/01/22	Renascer Combustiveis
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	25,05	R\$ 182,84	28/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	23,00	R\$ 170,18	30/01/22	Paraná
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	39,91	R\$ 295,29	30/01/22	Paraná
TOTAL CONSUMO				366,42	R\$ 2.679,16	-	

VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	366,42	R\$ 2.679,16	31/01/22	-

TOTAL GERAL DE CONSUMO **R\$ 2.679,16**

SALDOS
CARTÃO IMED 02 6035 7404 1335 8802 **R\$ 321,50**

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

Vânia Gomes Fernandes 31/01/2022
Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 7041

Carimbo e assinatura

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

Itaú Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECEBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 12/02/2022
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 02/02/22	No. Do documento 00664259	Especie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/02/22	Nosso Número 176/00664259-3
Uso do Banco	Carteira 176	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.063,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA					
NÃO aceitar cheques nem após o vencimento.					
<p>corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE</p> <p>Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102 Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP Sacador/Avalista:</p>					

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

07/02/2022

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

Autenticação mecânica

Tharley Sousa Silva
 Gerente ADM-HEF
 CBA GO nº 17965

Itaú Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76007 66425.932937 83150.390009 5 88940000306300

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 12/02/2022
Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57					Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9
Data do documento 02/02/22	No. Do documento 00664259	Especie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/02/22	Nosso Número 176/00664259-3
Uso do Banco	Carteira 176	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.063,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTE BLOQUETO E NA REDE BANCARIA					
NÃO aceitar cheques nem após o vencimento.					
<p>corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE</p> <p>Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000102 Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 34 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP Sacador/Avalista:</p>					

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	10/02/2022	R\$ 3.063,00	R\$ 3.063,00

34191.76007.66425.932937.83150.390009.5.88940000306300

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 12/02/2022
Valor Nominal 3.063,00	Valor Pago 3.063,00	Encargos 0,00
Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 3.063,00	Data / hora da transação: 10/02/2022 10:45:01
Autenticação IBEEDEAF4E8BA714D01A98C		

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
41257862 / T00

Número / Série RPS

Data de Emissão
11/02/2022 06:15

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
41257862	14/02/2022	3.063,00			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	3.000,00	0,00	0,00	3.000,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
20019 - TAXA BANCARIA	10,05	2,00	3,00	1,00 / UN	0,00	3,00	0,06
20019 - TAXA SOBRE SERVICO ABASTECIMENTO/SERVICOS	10,05	2,00	60,00	1,00 / UN	0,00	60,00	1,20

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 3.063,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço 63,00	Itens Não Tributáveis 3.000,00	Desconto Condisional 0,00	Deduções 0,00
Redução na Base de Cálculo 0,00	Valor Aproximado de Tributos 3,73	Base de Cálculo 63,00	ISSQN 1,26

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\$ 3.063,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 2389435/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE. IN 153/87, VALOR R\$0,95

TITULO NRO. 38786739

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 09/02/2022

GESTOR: ANDRE FRANCISCO AMUD

CÓDIGO 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: RP7.VQF.U5R

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-041257862/341412192

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

11 / 02 /2022

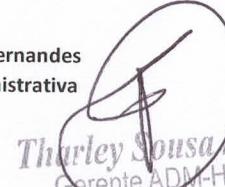
Tharley Sousa Sylva
Gerente ADM-HEF
CRA GO n° 1965
Carimbo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Página 1/1

CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2022 - Cartão 02

DATA	MOTORISTA	PREFIXO	SETOR	KM SAIDA	H.SAIDA	SERVIÇO	DESTINO	KM CHEGADA	H.CHEGADA	TOTAL KM
01/02/2022	RONERO	GO	ADM	66.757	20:19	BUSCAR MAT. ESTERELIZADO	SÃO CAMILO	66.763	20:45	6
03/02/2022	ROBSON	GO	ADM	66.763	10:32	BUSCAR MAT. ESTERELIZADO (AFASTADOR)	HOSPITAL SANTA HELENA	66.965	12:50	202
04/02/2022	AURELIO	GO	ADM	66.965	09:00	BUSCAR CRACHÁ, LEVAR GILIARD	LUZIÂNIA, URUAÇU	67.755	21:20	790
05/02/2022	KIONY	GO	ADM	67.755	21:51	BUSCAR EMPRÉSTIMO	SÃO CAMILO	67.760	22:12	5
06/02/2022	AURELIO	GO	ADM	67.760	12:30	BUSCAR GILIARD	URUAÇU	68.400	22:00	640
07/02/2022	AURELIO	GO	ADM	68.400	11:00	BUSCAR MAT. CIRÚRGICO	BRASÍLIA	68.599	15:00	199
08/02/2022	AURELIO	GO	ADM	68.599	13:00	BUSCAR MED. E EMPRÉSTIMOS	GOIÂNIA, LUZIÂNIA	69.222	22:00	623
										TOTAL KM RODADOS 2.465

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Administrativa


Thurley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA-GO nº 17965

**Hospital Estadual
de Formosa**

Dr. César Saad Fayad



SES
Secretaria
Estadual
Saúde



CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HEF - Cartão 02

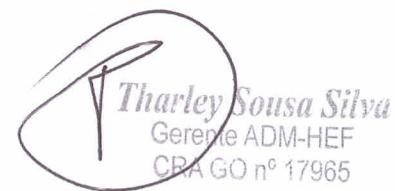
VIATURA	PREFIXO	PLACA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	19,68	R\$ 142,10	02/02/22	KARLA AUTO POSTO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	42	R\$ 310,76	04/02/22	POSTO PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	28,41	R\$ 210,21	06/02/22	POSTO PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	27,40	R\$ 200,00	06/02/22	AUTO POSTO CEGÃO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	29,19	R\$ 215,98	06/02/22	POSTO PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	17,28	R\$ 127,85	08/02/22	POSTO PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	25,84	R\$ 178,04	08/02/22	POSTO CARRIJO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	6,90	R\$ 51,05	09/02/22	POSTO PARANÃ
TIGGO	GO	***	GASOLINA	17,59	R\$ 127,01	31/01/22	KARLA AUTO POSTO
TIGGO	GO	***	GASOLINA	21,12	R\$ 156,25	31/01/22	AUTO POSTO CEGÃO
TIGGO	GO	***	GASOLINA	34,57	R\$ 255,78	01/02/22	POSTO PARANÃ
TIGGO	GO	***	GASOLINA	33,09	R\$ 244,80	01/02/22	AUTO POSTO CEGÃO
TIGGO	GO	***	GASOLINA	19,26	R\$ 142,50	02/02/22	POSTO PARANÃ
TIGGO	GO	***	GASOLINA	16,63	R\$ 120,07	02/02/22	KARLA AUTO POSTO
TIGGO	GO	***	GASOLINA	20,01	R\$ 146,08	03/02/22	AUTO POSTO CEGÃO
TIGGO	GO	***	GASOLINA	13,96	R\$ 97,01	03/02/22	POSTO LOS PAMPAS
TIGGO	GO	***	GASOLINA	30,01	R\$ 222,04	04/02/22	POSTO PARANÃ
TOTAL CONSUMO				402,94	R\$ 2.947,53	09/02/22	

VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	196,70	R\$ 1.435,99	09/02/22	POSTO PARANÃ
TIGGO	Gasolina	206,24	R\$ 1.511,54	04/02/22	POSTO PARANÃ

TOTAL GERAL DE CONSUMO **R\$ 2.947,53**

SALDOS

CARTÃO IMED 02	6035 7404 1335 8810	R\$ 0,21
-----------------------	---------------------	-----------------


Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965

Instruções de Impressão

Imprimir em impressora jato de tinta (Ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicata.

Corte na linha pontilhada
Recibo do Pagador



TICKET SOLUCOES HDFGT S/A
RUA MACHADO DE ASSIS, 50 - PREDIO 2 - SANTA LUCIA
CAMPO BOM - RS - CEP 93700-000

Itaú Banco Itaú S.A. 341-7 34191.09008 02216.362935 84573.440009 2 89030000306300

Beneficiário 03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	Agência/Código do Beneficiário 2938/45734-4	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 109/00022163-6
Número do documento 1.TL-11115196	CPF/CNPJ 03.506.307/0001-57	Vencimento 21/02/2022	Valor Documento	3.063,00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador

IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST

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

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edened

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A. 341-7 34191.09008 02216.362935 84573.440009 2 89030000306300

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO	Vencimento 21/02/2022
Beneficiário 03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	Agência/Código do Beneficiário 2938/45734-4
Data do Documento 11/02/2022	No documento 1.TL-11115196
Uso do Banco	Espécie R\$

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

(--) Desconto/Abatimento

(--) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador

IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST 19.324.171/0001-02

R ITAPEVA 202 CONJ 34 - BELA VISTA - 01332000 - SAO PAULO - null

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

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

11/02/2022



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

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	15/02/2022	R\$ 3.063,00	R\$ 3.063,00

34191.09008.02216.362935.84573.440009.2.8903000306300

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 21/02/2022
Valor Nominal 3.063,00	Valor Pago 0,00	Encargos 0,00
Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 0,00	Data / hora da transação: 15/02/2022 14:57:57
Autenticação IBECE1AE044AB794B609076		

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

41284649 / T00

Número / Série RPS

-

Data de Emissão

16/02/2022 09:02



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: SÃO PAULO / SP

País: BRASIL

E-mail:

Telefone:

FATURAS

Duplicata	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
41284649	21/02/2022	3.063,00			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	3.000,00	0,00	0,00	3.000,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
20019 - TAXA BANCARIA	10.05	2,00	3,00	1,00 / UN	0,00	3,00	0,06
20019 - TAXA SOBRE SERVICO ABASTECIMENTO/SERVICOS	10.05	2,00	60,00	1,00 / UN	0,00	60,00	1,20

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 3.063,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço 63,00	Itens Não Tributáveis 3.000,00	Desconto Condisional 0,00	Deduções 0,00
Redução na Base de Cálculo 0,00	Valor Aproximado de Tributos 3,73	Base de Cálculo 63,00	ISSQN 1,26

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\$ 3.063,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 2421447/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE. IN 153/87, VALOR R\$0,95

TITULO NRO. 38915755

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 15/02/2022

GESTOR: ANDRE FRANCISCO AMUD

CÓDIGO 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: LZ5.U49.Q0A

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-041284649/085219238



CELG Distribuição S.A. - CELG D
Rua 2, Qd. A-37, N° 505 - Jardim Goiás - Goiânia-GO - CEP: 74.805-180
CNPJ: 01.543.032/0001-04 - IE: 100.549.420
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

MENSAGENS IMPORTANTES

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 12/26/21 EUROS = R\$ 50.78472 PARCELA USO SISTEMA = R\$ 63.18 FORNECIMENTO = R\$ 98.35 USO TRANSMISSÃO = 7.4730 ENCL. SETORIAL = 7.1700 INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE E LIMITES APPLICAVEIS PODEM SER OBTIDAS EM WWW.ENPFL.COM.BR

Descrição do Faturamento										
Base da Fatura	Unid.	Quant.	Preço unitário (R\$)	Valor(R\$)	PRIS/PRIS	Baixa/Outras ENSTRUT.	Alimenta- rionis	IGM3	Parâmetro	
ADM BANDEIRANTINA COMPONENTES DE FICHAHUE CONSUMO	kg/f	185,93	0,207999	32,15	0,85	0,15	0,02	0,02	0,15	
CONTINENTES E/OU PÚBLICO - MUNICIPAL	kg/f	186,00	0,208000	32,22	0,87	0,12	0,03	0,02	0,16	

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

15/02/2022 (AB) Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965
Carimbo e assinatura

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

RESERVADO AO FISCO

TOTAL	184,54	4,50	174,37	91,14
DADOS DE MEDAÇÃO				
Medidor	Grandezas	Portão Tarifário	Lerura Anterior	Leitura Atual
1888001 ENERGOMATICA 0501	UNICO	0048	01620	1.070000 155

RESPONSÁVEL PELA ILUMINAÇÃO PÚBLICA EM SUA RUA/REGIÃO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

NOTIFICAÇÃO/REAVISO DE CONTAS VENCIDAS

Se você ainda não tem débito automático, cadastre-se na sua instituição bancária utilizando o código: 0310588143

8361000001-4 84540009014-6 29025402220-2 00310558143-7

ENEL DISTRIBUIÇÃO GOIAS				
83610000001-4 84540009014-6 29025402220-2 00310558143-7				
PAGADOR / CPF: VALMOR JOSE CAYE AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 430-A, SALA - 204, JARDIM CALIFORNIA CEP: 73807745 FORMOSA GO BRASIL		CNPJ/CPF: 262.362.730-49		
DATA DE EMISSÃO: 09/02/2022	NOTA FISCAL: 2022014290254	REFERÊNCIA: FEV/2022	DATA DE VENCIMENTO: 19/02/2022	VALOR DO DOCUMENTO: R\$*****184,54
Nº CONTROLE: 0310558143	MENSAGEM: Aproveite os benefícios do débito automático , cadastre-se			



836100000014 845400090146 290254022202 003105581437

CONHEÇA NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Atendimento 24 horas
0800 062 0196

Atendimento para
Deficientes Auditivos
24 horas 0800 282 1887

Ouvíndia 0800 062 1500
(atendimento em dias
utéis das 8h às 18h)

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

Atendimento exclusivo para deficientes auditivos para comunicar
falta de energia, tirar dúvidas, solicitar serviços ou fazer uma
reclamação. A ligação é gratuita.

Para alocar a Ouvíndia é necessário que você já tenha
procurado os nossos Canais de Atendimento e nos informe
o número do protocolo.

CONHEÇA NOSSOS CANAIS DIGITAIS

Agência Virtual
www.enel.com.br

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

Aplicativo Enel Goiás
Corporativo e Governo

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.

Atendimento Corporativo Virtual
(62) 98558-2402
(exclusivo para
Clientes Corporativos)

Atendimento disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h (exceto
feriados). Adicione aos seus contatos o atendente corporativo virtual
e envie uma mensagem via WhatsApp para solicitar informações, pedir
religação de energia, informar falta de energia, cadastrar fatura por e-mail
e consultar status da solicitação em andamento.

Atendimento Telegram
@Enelclientesbot

Envie uma mensagem para consultar débitos, solicitar 2ª via,
comunicar falta de energia, entre outros serviços.

AGR | 0800 727 0167
ANEEL | 167

Siga as nossas redes sociais

Endereço para devolução - uso exclusivo dos Correios
CELG Distribuição S.A. - CELG D
Rua 2, Qd. A-37, Nº 505
Jardim Goiás - Goiânia-GO - CEP: 74.805-180

INFORMAÇÕES AOS CLIENTES

• Informações suplementares desta fatura podem ser consultadas no site, na área reservada ao cliente.

• As condições gerais de fornecimento, tarifas, preços, serviços prestados e tributos, entre outras
informações, podem ser consultadas no site e nos demais canais de atendimento.

• A falta de pagamento desta fatura implicará a suspensão do fornecimento de energia a partir do 18º 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.

• Faturas pagas após o vencimento terão multa de 2%, juros de mora de 0,033% ao dia e atualização
financeira na próxima fatura.

• Todos os significados das siglas e abreviações utilizadas nesta fatura de energia estão disponíveis no site
da distribuidora, no campo: "Corporativo e Governo, Informativo e Glossário - Contas de energia".

• Informações sobre a contribuição para custeio do serviço de Iluminação Pública do seu município estão
disponíveis no site da distribuidora, no campo "Corporativo e Governo, Tarifas, Taxas e Impostos".

• Você pode solicitar o cancelamento da cobrança de serviços de terceiros incluídos em sua fatura, bem como
a emissão de uma nova sem essa cobrança.

RECEBA SUA CONTA POR E-MAIL

Quer mais facilidade? Acesse sua conta de onde estiver,
pelo celular ou computador.

Cadastre-se já usando o QR Code ao lado.



CELG Distribuição S.A. - CELG D
Rua 2, Qd. A-37, Nº 505 - Jardim Goiás - Goiânia-GO - CEP: 74.805-180
CNPJ: 01.543.032/0001-04 - IE: 100.549.420

Unid. de entrega | Sequência | N° medidor
25 / 29 | 146400 | 11983629-3

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.

15 / 02 / 2022

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

Data de emissão	Conta referente a	Vencimento
09/02/2022	FEV/2022	19/02/2022

Informações importantes



débito
automático



internet
banking



caixas
eletrônicos



agências
bancárias



postos/locais
de pagamento
autorizados



lotéricas

SABIA QUE A CONTA DE ENERGIA VAI MUDAR?

Vem aí a nova conta de energia Enel. Com novo formato e
ainda mais prática para você pagar no seu local de preferência.
Confira os diversos canais de pagamento:



débito
automático



internet
banking



caixas
eletrônicos



agências
bancárias



postos/locais
de pagamento
autorizados



lotéricas

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	21/02/2022	R\$ 184,54	R\$ 184,54

836100000014.845400090146.290254022202.003105581437

Empresa	Valor	Código de Barras
CELG GOIAS	R\$ 184,54	83610000001-4 84540009014-6 29025402220-2 00310558143-7

Data / hora da transação:	Autenticação
21/02/2022 14:00:31	IBE118645CEA4234EBA9A26

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
Rua 2, Qd. A-37, N° 605 - Jardim Goiás - Goiânia-GO - CEP: 74.605-180
CNPJ: 01.543.932/0001-04 - IE: 109.549.420

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TIPO DE FORNECIMENTO
B1 RESIDENCIAL NORMAL CONVENCIONAL	MONOFASICO

VALMOR JOSE CAYE CPF/CNPJ: 262 XXX XXX-49
AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N 480-A, SALA -
203, JARDIM CALIFORNIA CEP: 73607745 FORMOSA GO

INSTALAÇÃO / UND. CONSUMIDORA
10027160198

Nº DO CLIENTE
1026217

MÊS/ANO DE REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2/2022	19/02/2022	R\$ 104,90

INFORMAÇÕES FISCAIS



Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota fiscal ou acesse o site:
<http://de-portal.sers.rs.gov.br/nfe/consulta>
com a chave de acesso:
52220/201543032000104660000004334212083258858
NOTA FISCAL N 433421 - SÉRIE 004
DATA DE EMISSÃO: 07/02/2022 09:42:49
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA. Faixa de comunicação:
CFP 5268 - Venda de energia elétrica para não contribuinte

MENSAGENS IMPORTANTES

Bandeira(s) tarifária(s) aplicada(s) níveis: VERMELHA. Mais informações em www.aneel.gov.br
PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 12/2021 EURO = R\$
09.0997
INFORMAÇÕES SOBRE A APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE E LIMITES APLICAVEL PODEM SER OBTIDAS EM www.aneel.gov.br

DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
07/01/2022		07/02/2022	31	08/03/2022

DESCRIÇÃO DO FATURAMENTO

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit(R\$) contributos	Valor (R\$)	taxa consumo (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíquota ICMS (%)	ICMS (R\$)	Tarifa unit(R\$)
Adc. bandeira vermelha	KWh	31	0,20746	18,87	0,47	18,87	29,00	5,47	0,14200
Compensação de dia trimestral			0,00000	-0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
Compensação de férias			0,00000	-3,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
Contribuição da iluminação pública			0,00000	5,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
Cap.									
Consumo kWh	KWh	31	0,3052	84,67	2,15	84,67	29,00	24,55	0,63689
TOTAL				104,90	2,62	103,54		30,02	

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

11/02/2021 *Vanina Gomes Fernandes*
Diretora Geral - HEF
CRA GO 007844

Carimbo e assinatura

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

TRIBUTO	BASE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR R\$
ICMS	103,54	29,00	30,02
CFINS	73,52	2,9581	2,16
ICMS	103,54	29,00	30,02

RESERVADO AO FISCO

Medidor	Endereços	Posto de Trabalho	Local Ativo	Costa Medidor	Costa Unidade
19936033	Energia ativa - Fvih	Não se aplica	815	906	1.0000

CONSUMO / kWh		TRIBUTO	BASE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR R\$
02/21	0 29	IPVA	70,24	0,411	0,00
03/21	0 31	COFINS	73,53	2,9581	2,15
04/21	0 30 IPM/MA	ICMS	103,54	29,00	30,02
05/21	0 29 IPM/MA				
06/21	0 33 IPM/MA				
07/21	0 36 IPM/MA				
08/21	101 28 LEDA				
09/21	123 32 LEDA				
10/21	121 31 LEDA				
11/21	120 39 LEDA				
12/21	117 33 LEDA				
01/22	113 30 LEDA				
02/22	21 31 LEDA				

RESERVADO AO FISCO

Medidor	Gravadores	Fatos Faturados	Ult. Faturado	Ult. Faturado	Const. Medidor	Consumo kWh
119936033	Energia Ativa - kWh	Não se aplica	815	806	1.0000	91

NOTIFICAÇÃO/REAVISO DE CONTAS VENCIDAS

PEÇA AGRADECER PELA FONTE DE INFORMAÇÃO: PAGAMENTO DE CONTAS VENCIDAS

RESP. PELA ILUMINAÇÃO PÚBLICA EM SUA RUA/REGIÃO

Prefeitura da municipal

CADASTRO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

099521-0 CICLO 2022-02-01

o código 0310617659

836000000015 049000090123 164082022207 003106176591

PAGADOR: VALMOR JOSE CAYE CFF/CNPJ: 3621001XXX-48

AVENIDA MTO DIAOL, 1200, Bairro SANTO ANTONIO, 29312-000, ALFOMBA CEP: 73807-245 FORMOSA-GO

Emissão	Nota Fiscal	Referência	Vencimento	Total (R\$)
07/02/2022	433421	2/2022	19/02/2022	104,90

Num. de controle Mensagem



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

11/02/2022

Sônia Gomes Fernandes
Sônia Gomes Fernandes
Diretora Geral
CARCO

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
RESIMED - 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
CELG GOIAS	21/02/2022	R\$ 104,90	R\$ 104,90

836000000015.049000090123.164082022207.003106176591

Empresa	Valor	Código de Barras
CELG GOIAS	R\$ 104,90	83600000001-5 04900009012-3 16408202220-7 00310617659-1

Data / hora da transação:	Autenticação
21/02/2022 14:04:30	IBE73F7C65C98044865A3FD

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)