

Formosa, 22 de Fevereiro de 2022.

Fornecedor	CPF/CNPJ	Tipo de Despesa	Referência	Valor	Vencimento	Pagamento	Descrição
VALMOR JOSE CAVE	262.362.730-49	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	JANEIRO	R\$ 2.000,00	05/01/2022	11/01/2022	Despesas com locação do imóvel - Escritório IMED em Formosa
TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.	03.506.307/0001-57	COMBUSTÍVEL	646453	R\$ 3.063,00	13/01/2022	04/01/2022	Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade
TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A.	03.506.307/0001-57	COMBUSTÍVEL	657376	R\$ 3.063,00	04/02/2022	26/01/2022	Despesas com combustível para o veículo administrativo da Unidade
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138297	R\$ 2.393,00	30/01/2022	28/01/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138307	R\$ 946,00	30/01/2022	28/01/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138996	R\$ 3.562,98	30/01/2022	28/01/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138306	R\$ 946,00	30/01/2022	07/02/2022	Despesa com hospedagem
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	HOSPEDAGEM	138298	R\$ 950,00	30/01/2022	04/02/2022	Despesa com hospedagem
ENEL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA	01.543.032/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA	JANEIRO	R\$ 133,39	19/01/2022	18/01/2022	Despesas com consumo de energia elétrica do escritório do IMED em Formosa
ENEL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA	01.543.032/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA	JANEIRO	R\$ 141,23	19/01/2022	18/01/2022	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

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 Final:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
CELG GOIAS	18/01/2022	R\$ 133,39	R\$ 133,39

836700000018.333900090015.363160012201.003106176591

Empresa	Valor	Código de Barras
CELG GOIAS	R\$ 133,39	83670000001-8 33390009001-5 36316001220-1 00310617659-1

Data / hora da transação:	Autenticação
18/01/2022 09:23:37	IBED9DF3A1BEB724176BCFE

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. 93, A-37, N. 595 Jd. Goiás CEP 74005 190 Goiânia Goiás
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora	
Nº DA INSTALAÇÃO	10027160198
VALMOR JOSE CAYE	CPF/CNPJ: 26236273049
AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 203, JARDIM CALIFORNIA CEP: 73807745 FORNOSA 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\$)
19/01/2022	133,39

Use este código para cadastro em Débito Automático:
0310617659

Dados da Medição	
Nº do medidor	119836033
Leitura anterior	704
	08/12/2021
Leitura atual	815
	07/01/2022
Próxima leitura	04/02/2022
Fator multiplicador	1,0000
Consumo do mês (kWh)	111,00
Número de dias	30 DIAS

Histórico de Faturamento		
Mês/Ano	kWh	Dias
01/21	0	30
02/21	0	28
03/21	0	32
04/21 MIN	0	30
05/21 MIN	0	29
06/21 MIN	0	33
07/21 MIN	0	30
08/21 LID	101	28
09/21 LID	132	32
10/21 LID	231	31
11/21 LID	120	29
12/21 LID	117	33
01/22 LID	111	30

LID = Leitura Última do mês. LID = Leitura Última do mês. MED = Média de consumo. MIN = Mínimo faturável

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	ICMS
07/01/22	43449435	4	124,57	29,00%	30,06
Pis: 88,30	0,3751%	0,33	Cofins: 88,30	1,7276%	1,51
4630.7FBZ.AA17.787F.05E9.FDA4.8746.BA23					

Reservado ao Fisco		ESCAZZÉ HIDRICA	Mais informações em www.aneel.gov.br
ITEN	QTD	VALOR UNIT.	TOTAL
ADC BANDEIRA VERMELHA	111,00	0,204280	22,67
CONTRIB. CUSTEIO DA ILUMIN.PUBLI			9,02
CONSUMO kWh	111,00	0,916280	101,70

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

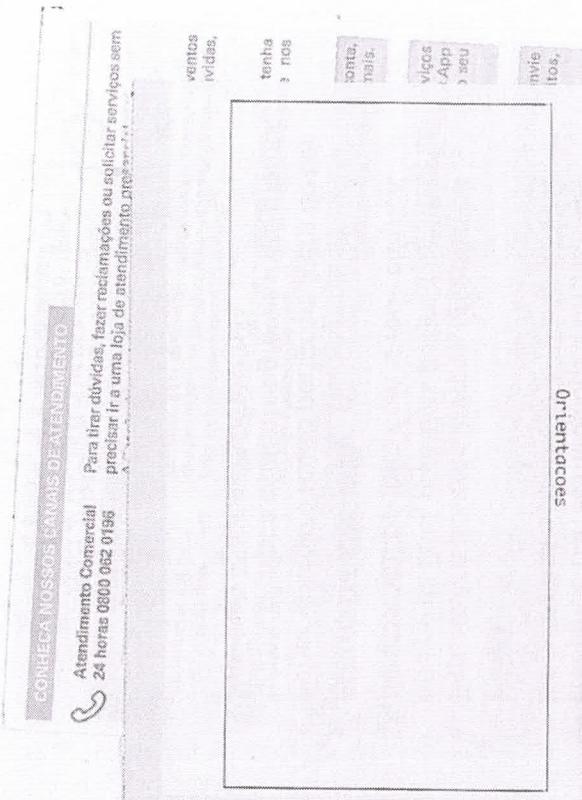
14/01/2022

Carimbo e assinatura

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

Mensagens
PÓDIO DE REFERÊNCIA DA APURÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 11/2021. EUSD = R\$ 38,15714

Pag. 1 / 1



CONCECA NOSSOS CANAIS DE V

Atendimento Comercial

Para tirar dúvidas, fazer reclamações ou solicitar serviços sem precisar ir a uma loja de atendimento. Disponível 24h.

CONTENOS
SOCIOS

卷之三

四

100

335 C

400

ene

N. do cliente	Data da Emissao	Conta referente a
1026217	07/01/22	1/2022
N. da Instalacao	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10027160198	19/01/2022	133,39
Nome do Cliente: VALMOR JOSE CAYE		
Mensagem:		
Autenticacao Mecanica:		

836700000018 333900090015 363160012201 00310617659



83670000018 333902092015 363160012201 003106176591

À EEL HOSPITAL, NOSSAS VITÓRIAS SÃO PONTUAÇÃO DE PESO. NÓS PONTUAMOS NO PESO DO PATRIMÔNIO.

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 Final:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
CELG GOIAS	18/01/2022	R\$ 141,23	R\$ 141,23

836300000012.412300090039.719228012204.003105581437

Empresa	Valor	Código de Barras
CELG GOIAS	R\$ 141,23	83630000001-2 41230009003-9 71922801220-4 00310558143-7

Data / hora da transação:	Autenticação
18/01/2022 09:30:10	IBEF6B5F4BB15EE43D69843

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)



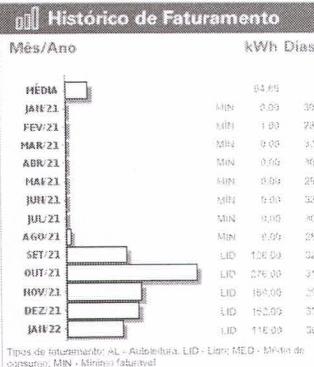
Ceig Distribuição S.A.
Rua 2 Qd. A 37, 505 | Jardim Goiás | CEP 74.905-180 | Goiânia/GO
CNPJ 01.543.032/0001-04 | IE 100.549.420
www.enel.com.br
NESTA FISCALIZAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora			
Nº DA INSTALAÇÃO	10027160287	Nº DO CLIENTE	1026217
VALMOR JOSE CAYE			
CPF/CNPJ: 262.362.730-49			
AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 204.			
JARDIM CALIFORNIA			
CEP: 73807745 FORMOSA GO BRASIL			

Classificação da Unidade Consumidora		
Grupo B	Subgrupo B1	Classe RESIDENCIAL
Subclasse RESIDENCIAL NORMAL		
Tipo de fornecimento MONOFÁSICO		Modalidade Tarifária CONVENCIONAL

Dados da Conta	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
19/01/2022	R\$*****141,23
CONTA REFERENTE A JAN/2022	

Dados de Medição	
Nº do medidor	11983620-3
Leitura anterior	00727
Leitura atual	00845
Próxima leitura	07/01/2022
Fator multiplicador	1.000000
Consumo do mês (kWh)	118
Número de dias	30 DIAS



Reservado ao Fisco					
Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	ICMS
11/01/2022	44115116	4	132,21	29%	38,34
18E5 C7CE.F93B.7222.A15A.9B6D.0150.B9A4					

Descrição de Faturamento			Bandeira(s) Tarifária(s) aplicada(s) no mês VERMELHA - MAIS INFORMAÇÕES EM WWW.ANEEL.GOV.BR		
QUANTIDADE	TARIFA	VALOR	QUANTIDADE	TARIFA	VALOR
ADC BANDEIRA VERMELHA - kWh	118,00	0,204280	R\$*****24,10		
ILUMIN. PÚBLICA - CIP			R\$*****9,02		
			CONSUMO - kWh	118,00	0,916270
					R\$*****108,11
					TOTAL A PAGAR R\$*****141,23

Mensagens

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APIURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 11/2021. EUSD = R\$ 50.556,82
PARCELA USO SISTEMA = R\$ 47,37 FORNECIMENTO = R\$ 73,87 USO TRANSMISSÃO = 5.699,00 ENC. SETORIAL = 5.370,00

Cadastre sua conta em débito automático. Utilize este código: 0310558143

Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.	
<i>14/01/2022</i>	
Carimbo e assinatura	
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 - ESIMED - Hospital de Campanha de Formosa	
<i>Carina Sousa Silva</i> Gerente ADM-HEF CRA GO nº 17965	

enel

Nº da Conta	Data da Emissão	Conta Referente a
1026217	11/01/2022	JAN/2022
Nº da Instalação	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10027160287	19/01/2022	R\$*****141,23
Nome do Cliente VALMOR JOSE CAYE		
Mensagem		
Autenticação Mecânica		



836300000012 412300090039 719228012204 003105581437

UNIDADE CONSUMIDORA
10027160287

VENCIMENTO
19/01/2022

enel

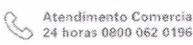
Para uso do entregador

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

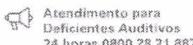
ASSINATURA E N° DO ENTREGADOR

DATA / /

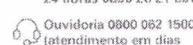
Conheça nossos canais de atendimento



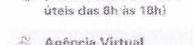
Atendimento Comercial
24 horas 0800 062 0196



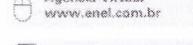
Atendimento para
Deficientes Auditivos
24 horas 0800 28 21 887



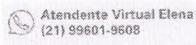
Ouvidoria 0800 062 1500
(atendimento em dias
utíis das 8h às 18h)



Agência Virtual
www.enel.com.br



Aplicativo Enel Goiás
Além 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 0167

Agência Goiana de Regulação.

ANEEL 1187
Agência Nacional de Energia Elétrica
(apenas gestores de telefones fixos e móveis)

Sigas as nossas redes sociais

[Facebook](#) [Twitter](#) [Instagram](#) [enelclientestv](#) [@enelbrasil](#)

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

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



Informações ao cliente

- As condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados, tributos e outras informações podem ser consultadas no site e nos demais canais de atendimento.
- A falta de pagamento desta conta implicará a suspensão do fornecimento de energia a partir do 16º dia 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 74.805-180 | 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° medidor
25 / 29 | 145400 | 11983620-3

Data de emissão	Conta referente a	Vencimento
11/01/2022	JAN/2022	19/01/2022

⚠️ Informações Importantes

SAIBA O QUE FAZER EM CASOS DE FALTA DE ENERGIA.

Trabalhamos para fornecer energia com qualidade e segurança, mas imprevistos na rede elétrica, como rompimento de fios e quedas de árvores, acontecem e podem ocasionar a falta de energia. 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° 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).



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

FT00138298 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138298	950,00	17/01/2022	30/01/2022	
Encaros p/dia de R\$ 1.43 após 30/01/2022 Multa de R\$ 19.00 após 31/01/2022 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 Inscrição: Praça de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU				
Valor por extenso	Novecentos e Cinquenta 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			
Nossa Número	Espécie	Carteira	Aceite	Espécie Doc.	Agência/Código Beneficiário
00005121-7	R\$	1	N	DM	09700/00024769-9

Autenticação Mecânica

Banco Safra S.A.		422-7	42297.09706 00002.476992 00005.121728 1 88810000095000		
Local do Pagamento			Vencimento		
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO			30/01/2022		
Beneficiário			Agência/Código Beneficiário		
AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, , São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02			09700/00024769-9		
Data do Documento	Num. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do	Nosso Número
17/01/2022	FT00138298	DM	N	17/01/2022	00005121-7
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do documento
	1	R\$		x 950,00	950,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					
Encaros p/dia de R\$ 1.43 após 30/01/2022					
Após 31/01/2022 cobrar multa de R\$ 19.00					
(-) Desconto/Abatimento (-) 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 00005121-7
Sacador/Avalista				Código de Baixa

Autenticação Mecânica- Ficha de compensação

	Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data. Vânia Gomes Fernandes 03/02/2022 Diretora Geral - HEF CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA... CRACO
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
CADASTRUR: 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

FT00138298 - 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		Retirada		Devolução	Nº Confirm.	Solicitante	Tipo de Pagamento

Observação

Centro Custo: SEM CONTRATO

SILVA/AURELIO	29/09/2021	VC00371212	04/10/2021 até 03/11/2021	Veículo: 3		
ND00585747	00738651	950,00 [R\$] 1.000000	950,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	950,00	
Ped.Reserve:	LOCALIZA BRASILIA	SEM CONTRATO	(BSB) Brasilia, BR	(BSB) Brasilia, BR	2115185888	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA
3715351						
Cód.Reserva:	2115185888					

Qtd. Diárias: 1 * Valor Diária: 950,00 = Total Diárias: R\$950,00

indenização : estava fazendo retorno a esquerda, um motoqueiro colidiu e evadiu do local. Autorizador: Val Souza

Centro Custo: SEM CONTRATO	950,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	950,00
Total Notas de Débito	950,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	950,00

Total da Fatura

950,00

Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.	
<u>3 / 2 / 22</u>	
Carimbo e assinatura	
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 - SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa	



Aprovação

294WA3/10-2

Autorizado em 27/10 às 08h34

QXR4B00 (46069 km)

ONIX PLUS LTZ 1.0 12V TURBO FLEX 4P C/AR - AUTOMÁTICO

Previsão de conclusão

05/11 às 17h00

Fornecedor

FARIA AUTO CENTER
13777302000112

Contato

61992724408
FARIA/JUNIOR

Endereço

snas conjunto A LT 10 area esp GUARÁ
BRASILIA -DF

Sinistro

Mão de obra - Itens aprovados

Status	Item	Qtd. Original	Qtd. Aprovada	Valor Original	Valor Aprovado	Observações
✓	FUN - PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO	1	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00	
✓	FUN - PÁRA-LAMA ESQUERDO	1	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00	
✓	FUN - PORTA DIANTEIRA ESQUERDA	1	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00	
✓	FUN - CAIXA DE AR ESQUERDA	1	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00	
!	ACR - PORTA DIANTEIRA ESQUERDA	8,3333	6	R\$ 250,00	R\$ 180,00	
!	ACR - PÁRA-LAMA ESQUERDO	3,3333	2	R\$ 100,00	R\$ 60,00	
!	ACR - CAIXA DE AR ESQUERDA	5	2	R\$ 150,00	R\$ 60,00	
		20,6666	14	R\$ 1.060,00	R\$ 860,00	Total mão de obra R\$ 860,00

Responsável técnico pela aprovação
HUGO REZENDE DOS SANTOS

Total aprovado
R\$ 860,00

Descrição dos serviços

Autorizo a recuperação e a repintura do para-choque dianteiro, para-lama esquerdo, porta dianteira esquerda e caixa de ar esquerda. prestador: Junior dia 27/10 as 08h33min.

As peças aprovadas neste orçamento precisam ser impreterivelmente solicitadas após a data desta aprovação

Faturamento

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

Faturar para

LOCALIZA RENT A CAR S/A -
CNPJ 16670085006358 - I.E. NÃO CONTRIBUINTE
AREA EXT AEROP INT BRASILIA, 0 - LOTE 3 E 4-
LAGO SUL, BRASILIA/DF - CEP 71608900

Enviar nota fiscal para

As notas deverão ser enviadas, exclusivamente, através do link:
<https://fornecedor.localiza.com/Portal/NFPendentesDeEnvio>

Carimbo e assinatura

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

ATENÇÃO!

As notas fiscais deverão ser emitidas separadamente por tipo (ex. manutenção, acidente) e serviço (ex. peça, mão-de-obra) e enviadas em uma única SS. Notas com a classificação incorreta poderão ocasionar em atrasos no pagamento.

Resumos itens aprovados

Nº do orçamento	Data aprovação	Valor Peça manutenção	Valor de MO manutenção	Total aprovado manutenção	Valor Peça sinistro	Valor de MO sinistro	Total aprovado sinistro	Total aprovado
294WA3/10-2	27/10/2021	-	-	-	-	R\$ 860,00	R\$ 860,00	R\$ 860,00

Nome completo do condutor: <i>Alvarejo Seguradora Ltda - Alvaro Jose Viana da Silva</i>			
TERCEIROS ENVOLVIDOS			
Nome completo do proprietário:			
Endereço:			
Estado:	Cep:	Tel 1:	Tel 2:
Nome completo do condutor:			
Endereço:			
Estado:	Cep:	Tel 1:	Tel 2:
Placa do veículo:	Modelo do veículo do terceiro:	Ano:	Seguradora:
Nº apólice			
DESCRÍÇÃO DAS AVARIAS/SINISTRO - A SER PREENCHIDO PELO CLIENTE			
Data: ____ / ____ / ____	Hora:	Local:	Boletim de ocorrência nº:
Houve terceiros envolvidos no sinistro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Responsável pelo evento/sinistro: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Terceiro	Autoriza atendimento, pela seguradora, ao terceiro envolvido na ocorrência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Nome completo de testemunha:		Endereço:	
Endereço:		Contato:	
Descrição das Avarias/Sinistro: <i>ESTAVA PARCANDO UM DIA TORNOS A ESCONDIDA, UM MOTOCICLISTA COLIDIU E EVADIU DO LOCAL</i>			
<p>Assumo, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), integral responsabilidade pelas declarações e informações que preencho neste Relatório de Avarias/Aviso de Sinistro, declarando expressamente serem verídicas, e autorizo a Localiza Rent a Car a utilizá-las em qualquer documento judicial e extrajudicialmente.</p> <p>Conforme exigência contratual da Localiza e, caso tenha contratado seguro de terceiros, exigência da seguradora MAPFRE (apólice de seguros), bem como da SUSEP, comprometo-me a entregar o Boletim de Ocorrência ou protocolo deste no prazo estabelecido na data da avaria/sinistro. A não apresentação do B.O. ou do seu Protocolo implicará a perda da proteção do carro e do seguro de terceiros e, portanto, a minha aceitação em efetuar o pagamento do valor total da avaria ou sinistro, mediante transferência bancária ou débito no cartão de crédito, conforme cláusula contratual (Cláusula Sétima das Condições Gerais de Contrato) e ar integralmente com eventuais danos a terceiros.</p>			

Identificação do cliente/comunicante:	Data:	Nome do funcionário:	Data:
<i>[Assinatura]</i>	<i>25/10/2021</i>	<i>Marcio Robato</i>	<i>25</i>

Relatório de Avarias - Aviso de Sinistro			
Nome completo do cliente	RAUL DOS SANTOS		
Nome completo do motorista	Raúl dos Santos		
Nome completo do passageiro	Raúl dos Santos		
PREENCHER ENSOLVENDO			
Nome completo da passageira			
Endereço			
Estado	Cap.	Bei 1	Bei 2
Número completo da residência			
Endereço			
Estado	Cap.	Bei 1	Bei 2
Marca do veículo	Modelo do veículo da passageira	Ano	Seguradora
			BR - BRASIL
DESCRÍÇÃO DAS AVARIAS/SINISTRO - A SER PREENCHIDO PELO CLIENTE			
Horário	Local	Boleto de comodato n.º	
Avou fios/cabos envolvidos no sinistro?		Responsável pelo evento/sinistro	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro	
Avou avaria/sinistro, pela passageira, do veículo envolvido na ocorrência?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei			
Nome completo da testemunha			
Nome		Contato	
Descrição das Avarias/Sinistro			
<p><i>ESTAVA PREVENDO UM DESENHO A COLOMBO, VOU PEGAR O DIREITO COLCIDO E PEGAR DO LOCAL</i></p>			

Assunto sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), integral responsabilidade pelos declarantes e intitulados que assinam. Reitero, de Antemão/Aviso de Síntese, declarando expressamente sereno verídico, e autorizo a Licenciada Maria de Cós a utilizar documental judicial e extrajudicialmente.

Considero exigência contratual da Locleca a, caso tenha contratado seguro de terceiro, exigência da Seguradora (MOPRE, ou a apólice de seguro), bem como da SUSEP, compromisso meu a entregar o Recibo de Ocorrencia da Previdência Social, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da avaralhamento. A não apresentação do B.O. ou do seu Protocolo implicará a perda da prioridade do seguro, sobre o de seguro de terceiros e, portanto, a minha aceitação em emitir o pagamento da retenção da avaralhamento, independentemente da cobrança bancária ou débito no cartão de crédito, conforme cláusula constante (artigo 10º, parágrafo 2º) da Ficha de Contrato Geral do CACR, integralmente com eventuais danos a terceiros.

 Assinatura 100% digitalizada
Data 25/10/2021 Maria Abeto Sille

Nome completo do cliente	Túlio Giagana Alpendura de Faria S. Ltda.		
Nome completo do condutor	Aurelio José Chaves de Sá		
TERCEIROS ENVOLVIDOS			

Nome completo do proprietário:

Endereço:

Estado	Cep:	Tel 1:	Tel 2:
--------	------	--------	--------

Nome completo do condutor:	Habitado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
----------------------------	---

Endereço:	Cidade:
-----------	---------

Estado	Cep:	Tel 1:	Tel 2:
Placa do veículo:	Modelo do veículo do terceiro	Ano:	Seguradora: Nº apólice:

DESCRIÇÃO DAS AVARIAS/SINISTRO - A SER PREENCHIDO PELO CLIENTE

Data: / /	Hora:	Local:	Boletim de ocorrência nº:
Houve terceiros envolvidos no sinistro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Responsável pelo evento/sinistro: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Terceiro	Autoriza atendimento, pela seguradora, ao terceiro envolvido na ocorrência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	

Nome completo de testemunha:

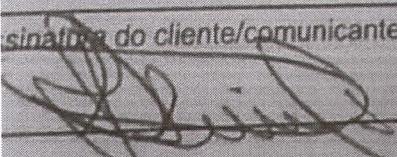
Endereço:	Contato:
-----------	----------

Descrição das Avarias/Sinistro:

X ESTAVA PARCANDO UM DOUTOR NO A ESCONDIDA, UM MO-
TOQUEIRO COLIDIU E PEGOU NO LOCAL

Assumo, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), integral responsabilidade pelas declarações e informações que preencho no Relatório de Avarias/Aviso de Sinistro, declarando expressamente serem verídicas, e autorizo a Localiza Rent a Car a utilizá-las em documento judicial e extrajudicialmente.

Conforme exigência contratual da Localiza e, caso tenha contratado seguro de terceiros, exigência da seguradora MAPFRE (apólice de seguros), bem como da SUSEP, comprometo-me a entregar o Boletim de Ocorrência ou protocolo deste no prazo contadas da data da avaria/sinistro. A não apresentação do B.O. ou do seu Protocolo implicará a perda da proteção do carro e do seguro de terceiros e, portanto, a minha aceitação em efetuar o pagamento do valor total da avaria ou sinistro, mediante cobrança bancária ou débito no cartão de crédito, conforme cláusula contratual (Cláusula Sétima das Condições Gerais de Locação integralmente com eventuais danos a terceiros.

Assinatura do cliente/communicante:	Data:	Nome do funcionário:	Data:
	25/10/2021	Márcio Roberto	25



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	04/02/2022	950,00
	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 138298	

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

FT00138306 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138306	946,00	17/01/2022	30/01/2022	
Encarregos p/dia de R\$ 1.42 após 30/01/2022 Multa de R\$ 18.92 após 31/01/2022 Paqador: 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 SÚA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:			Data: / /	

422-7 Banco Safra S.A.

Recibo do Pagador

Nosso Número 00005114-4	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 30/01/2022
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 17/01/2022	Num. do Documento FT00138306	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 17/01/2022	Nosso Número 00005114-4
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
Encarregos p/dia de R\$ 1.42 após 30/01/2022 Após 31/01/2022 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 00005114-4
Sacador/Avalista					Código de Baixa
					Autenticação Mecânica- Ficha de compensação



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 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138306 - Página 2 de 2

Notas de Débito

Nº Viag	Passageiro	Vir.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

Observação

Centro Custo: SEM CONTRATO

TAVARES/FERNANDO	03/01/2022	VC00370885	03/01/2022 até 07/01/2022	Hospedagem Diárias: 004
ND00584893 00751709 860,00 [R\$] 1.000000 860,00 0,00 86,00 0,00	Daniele	0,00 0,00 0,00	946,00	
Ped.Reserve: 3730223	SOFISTICATTO PARK HOTEL	SEM CONTRATO	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA	
Cód.Reserva: Daniele				

SINGLE: Qtde. Aptos: 1 * Qtde. Diárias: 4 * Valor Diária: 215,00 = Total Diárias: R\$860,00
confirmacao:40745 Autorizador: Edgard Oliveira

Centro Custo: SEM CONTRATO	860,00	0,00	86,00	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	946,00

Total da Fatura 946,00





INSTITUTO DE
MEDICINA
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO
COM RESPEITO

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA - HEF
Reunião	REUNIÕES E ACOMPANHAMENTO DE OBRAS
Data	03/01/2022 A 07/01/2022
Participantes Hosp. Apoiado	VÂNIA GOMES, THARLEY SOUSA, KELY CORY E JOSÉ MAURO - KMA.
Participantes	JORGE LUIZ – CONSTRUTORA PRIMECON
Compilado por / Revisado por	

Atividades:

1. REUNIÕES E ACOMPANHAMENTO DE OBRAS E ALTERAÇÕES DO LAYOUT DO HOSPITAL.

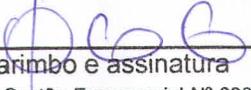
Agenda

Ações:

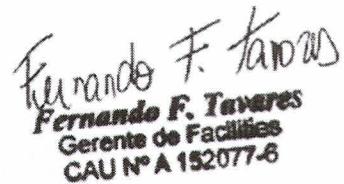
03/01/2022	VISITA TÉCNICA A UNIDADE COM O COORDENADOR DE MANUTENÇÃO E REALIZAÇÃO DE RELATÓRIO TRIMESTRAL JUNTO A DIREÇÃO;
04/01/2022	VISITA TÉCNICA COM O ENGENHEIRO JORGE LUIZ REPRESENTANTE DA CONSTRUTORA PRIMECON;
05/01/2022	REUNIÕES COM OS GERENTES DE FACILITIES DAS DEMAIS UNIDADES PARA TRATAR DA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E OBRAS EM EXECUÇÃO;
06/01/2022	REALIZAÇÃO DE RELATÓRIO SEMESTRAL DA UNIDADE E REUNIÃO COM A DIRETORIA DA UNIDADE PARA CHECK-LIST DAS OBRAS EM EXECUÇÃO;
07/01/2022	ESTUDO DE CAPACIDADE INSTALADA PARA A ABERTURA DE UMA NOVA UTI.

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

4 / 2 / 22


Carimbo e assinatura

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


Fernando F. Tavares
Gerente de Facilities
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	07/02/2022	946,00
	BRADESCO S A			

Mais Informações

Tipo de Transação	Nome conta origem	Conta origem
Transferência para outra instituição DOC - 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	FAT138306	

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 na conta destino ocorrerá no próximo dia útil desde que os dados informados estejam corretos.

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 Iata: 57-6-8739-4

Fax: (11) 3256-4399

FT00138296 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138296	3.562,98	17/01/2022	30/01/2022	
Encarregos p/dia de R\$ 5,34 após 30/01/2022 Multa de R\$ 71,26 após 31/01/2022				
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				
Impresso em 17/01/2022 16:37:34				
Valor por extenso Três Mil e Quinhentos e Sessenta e Dois Reais e Noventa e Oito centavos*****				
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SÚA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite: Data: / /				

422-7 Banco Safra S.A.

Recibo do Pagador

Nosso Número 00005123-3	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 00005.123328 8 88810000356298

Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO	Vencimento	30/01/2022
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 17/01/2022	Num. do Documento FT00138296	Espécie Doc. DM
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	Quantidade	Valor

Pagador	IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000	BELA VISTA	SAO PAULO SP	19.324.171/0001-02 00005123-3
Sacador/Avalista				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 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138296 - Página 2 de 2

Notas de Débito

Nº Viag	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		Retirada		Devolução	Nº Confirm.	Solicitante	Tipo de Pagamento
Observação										

Centro Custo: SEM CONTRATO

SILVA/AURELIO	29/09/2021	VC00371067	04/10/2021 até 03/11/2021	Veículo: 3					
ND00585351	00738651	2.393,10 [R\$] 1.000000	2.393,10	1.169,98	0,00	0,00	0,00	-0,10	3.562,98
Ped.Reserve:	LOCALIZA BRASILIA	SEM CONTRATO	(BSB) Brasilia, BR	(BSB) Brasilia, BR	2115185888	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
3715351									
Cód.Reserva:	2115185888								

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

Centro Custo: SEM CONTRATO	2.393,10	1.169,98	0,00	0,00	0,00	-0,10	3.562,98
Total Notas de Débito	2.393,10	1.169,98	0,00	0,00	0,00	-0,10	3.562,98

Total da Fatura 3.562,98

Atesto que os produtos/se
constantes neste documento
Entregues/Realizados nesta data
21/10/2022
Maria Gomes Fernandes
Carimbo e assinatura Geral - HEF
Contrato de Gestão Emergencial N.º RAG 20-
SES/IMED - Hospital de Campanha

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 Final:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA	28/01/2022	R\$ 3.562,98	R\$ 3.562,98

42297.09706.00002.476992.00005.123328.8.88810000356298

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 30/01/2022
Valor Nominal 3.562,98	Valor Pago 0,00	Encargos 0,00
Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 0,00	Data / hora da transação: 28/01/2022 11:14:56
Autenticação IBE8B0D2528B10347129F44		

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

FT00138307 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138307	946,00	17/01/2022	30/01/2022	
Encarlos p/dia de R\$ 1.42 após 30/01/2022 Multa de R\$ 18.92 após 31/01/2022				
Paqador: 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				
Impresso em 17/01/2022 16:47:22				
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 SÚA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:		Data: / /		

422-7 Banco Safra S.A.

Recibo do Pagador

Nosso Número 00005113-6	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
Beneficiário AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02					30/01/2022
Data do Documento 17/01/2022	Num. do Documento FT00138307	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 17/01/2022	Nosso Número 00005113-6
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
Encarlos p/dia de R\$ 1.42 após 30/01/2022 Após 31/01/2022 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 00005113-6
Sacador/Avalista				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 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138307 - 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

Centro Custo: SEM CONTRATO

TAVARES/FERNANDO		10/01/2022	VC00371247					10/01/2022 até 14/01/2022	Hospedagem Diárias: 004		
ND00585818	00752561	860,00 [R\$] 1.000000	860,00	0,00	86,00	0,00		0,00	0,00	0,00	946,00
Ped.Reserve:	SOFISTICATTO PARK HOTEL	SEM CONTRATO					Rafaela	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
3732270											
Cod.Reserva:	Rafaela										

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

Autorizado: Edgard Oliveira

Centro Custo: SEM CONTRATO

Total Notas de Débito

860,00

860,00

0,00

0,00

86,00

86,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

Total da Fatura

946,00

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

21/01/2022

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 784A

Carimbo e assinatura

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



IMED
INSTITUTO DE
MEDICINA,
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO
COM RESPEITO

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA - HEF
Reunião	REUNIÕES E ACOMPANHAMENTO DE OBRAS
Data	10/01/2022 A 14/01/2022
Participantes Hosp. Apoiado	VÂNIA GOMES, THARLEY SOUSA, KELY CORY E JOSÉ MAURO - KMA.
Participantes	
Compilado por / Revisado por	

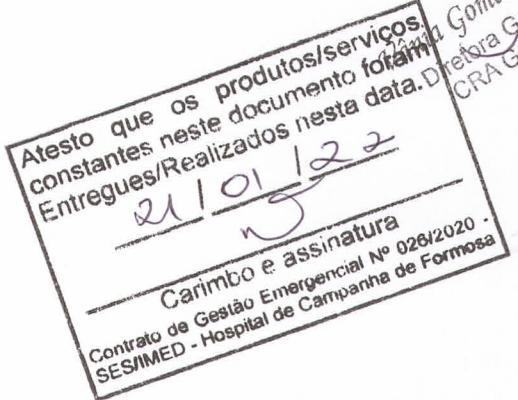
Atividades:

1. REUNIÕES E ACOMPANHAMENTO DE OBRAS E ALTERAÇÕES DO LAYOUT DO HOSPITAL.

Agenda

Ações:

10/01/2022	REUNIÃO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE SOBRE A MUDANÇA DE LAYOUT E PERFIL DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE ACORDO COM A CAPACIDADE INSTALADA;
11/01/2022	VISITA TÉCNICA AS OBRAS E LEVANTAMENTO DE ITENS PENDENTES;
12/01/2022	MUDANÇA DE SETORES E REUNIÃO COM OS REPRESENTANTES DA EMPRESA KMA PARA TRATAR SOBRE AS OBRAS PENDENTES PARA A EXECUÇÃO EM TODAS AS UNIDADES E DEFINIÇÃO DE PRAZOS;
13/01/2022	REUNIÃO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE PARA TRATAR SOBRE A MUDANÇA DE LAYOUT E REALIZAÇÃO DE PROPOSTA DE FLUXO PARA A MONTAGEM DO ESPAÇO PARA A TESTAGEM EXPRESSA DE COVID-19;
14/01/2022	MONTAGEM DA UTI COVID-19.



Fernando F. Tavares
Fernando F. Tavares
Gerente de Facilities
CAU N° A 152077-6

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 Final:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA	28/01/2022	R\$ 946,00	R\$ 946,00

42297.09706.00002.476992.00005.113626.8.88810000094600

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 30/01/2022
---	---	---

Valor Nominal 946,00	Valor Pago 0,00	Encargos 0,00
--------------------------------	---------------------------	-------------------------

Desconto 0,00	Valor Total a Cobrar 0,00	Data / hora da transação: 28/01/2022 11:13:06
-------------------------	-------------------------------------	---

Autenticação

IBE953913CC228E431F938A

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

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

Fax: (11) 3256-4399

FT00138297 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata	Valor Fatura/ Duplicata [R\$]	Data de Emissão	Data de Vencimento	Para uso da Inst. Financeira
FT00138297	2.393,00	17/01/2022	30/01/2022	
Encarregos p/dia de R\$ 3.59 após 30/01/2022 Multa de R\$ 47.86 após 31/01/2022				
Paqador: 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 Inscricao: Praça de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU				
Impresso em 17/01/2022 16:53:23				
Valor por extenso	Dois Mil e Trezentos e Noventa e Três Reais*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SÚA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:		Data: / /		

422-7 Banco Safra S.A.

Recibo do Pagador

Nosso Número 00005122-5	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
Beneficiário AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, , São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02					30/01/2022
Data do Documento 17/01/2022	Num. do Documento FT00138297	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do 17/01/2022	Nosso Número 00005122-5
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 2.393,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encarregos p/dia de R\$ 3.59 após 30/01/2022 Após 31/01/2022 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 00005122-5
Sacador/Avalista				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 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138297 - Página 2 de 2

Notas de Débito

Nº Viag	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		Retirada		Devolução	Nº Confirm.	Solicitante	Tipo de Pagamento
Observação										

Centro Custo: SEM CONTRATO

SILVA/AURELIO	06/12/2021	VC00371068	03/11/2021 até 03/12/2021	Veículo: EC - Sub-Compac					
ND00585352	00748817	2.393,10 [R\$] 1.000000	2.393,10	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,10	2.393,00
Ped.Reserve:	LOCALIZA BRASILIA	SEM CONTRATO	Brasilia	Brasilia	2115185888	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
3726829									
Cód.Reserva:	2115185888								

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

Centro Custo: SEM CONTRATO	2.393,10	0,00	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	0,00	-0,10	2.393,00

Total da Fatura 2.393,00



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 Final:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA	28/01/2022	R\$ 2.393,00	R\$ 2.393,00

42297.09706.00002.476992.00005.122528.1.88810000239300

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 30/01/2022
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: 28/01/2022 11:11:07
Autenticação IBE438DBDBA5832403A9CC2		

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)

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 Final: 341 - ITAU UNIBANCO S A	Data do pagamento: 26/01/2022	Valor nominal: R\$ 3.063,00	Valor total a pagar: R\$ 3.063,00
---	---	---------------------------------------	---

34191.76007.65737.642937.83150.390009.4.8886000306300

Instituição Financeira Favorecida 341 - ITAU UNIBANCO S A	CPF/CNPJ Beneficiário Original 00.000.000/0000-00	CPF/CNPJ Pagador Original 00.000.000/0000-00
CPF/CNPJ Pagador Efetivo 19.324.171/0006-09	Razão Social Pagador Efetivo IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES	Data de Vencimento 04/02/2022
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: 26/01/2022 08:54:28
Autenticação IBEF3ABBA90CA6C4A218A58		

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

41145845 / T00

Número / Série RPS

-

Data de Emissão

27/01/2022 07:33



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 / RS

RESPONSABILIDADE PELO ISSQN

Prestador de Serviço

REGIME 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
41145845	04/02/2022	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	Aliquota (%)	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	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
63,00	3.000,00	0,00	0,00
Redução na Base de Cálculo	Valor Aproximado de Tributos	Base de Cálculo	ISSQN

0,00 3,73 63,00 1,26

RETENÇÕES FEDERAIS

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

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 2277409/F

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

TITULO NRO. 38441168

Regime Especial: 233248/2008

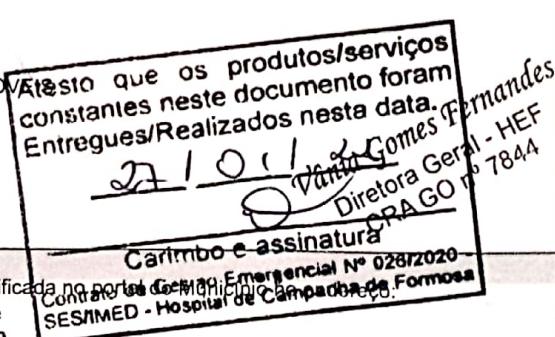
REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 25/01/2022

GESTOR: ANDRE FRANCISCO AMUD

CÓDIGO CLIENTE: 176643

Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 20019 - AGENCIAM E INTERMEDIAC DE BENS MO

Local de Tributação: Campo Bom / RS



AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal <https://nfse.campobom.rs.gov.br/site>

Código de Verificação: 1IL.57J.ZE9

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-041145845/535249405

CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HEF - Cartão 02

VIATURA	PREFIXO	PLACA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	21,16	R\$ 150,00	21/12/21	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	13,97	R\$ 99,03	27/12/21	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	24,62	R\$ 174,53	28/12/21	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	29,64	R\$ 195,04	29/12/21	IRMÃOS CARRIJO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	18,72	R\$ 132,73	30/12/21	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	24,02	R\$ 167,83	30/12/21	Z Z LARANJEIRAS
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	22,02	R\$ 160,70	30/12/21	AUTO POSTO CEGÃO
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	30,38	R\$ 216,58	03/01/22	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	30,00	R\$ 213,87	04/01/22	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	36,35	R\$ 243,20	07/01/22	PORTAL
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	24,33	R\$ 172,45	10/01/22	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	26,92	R\$ 200,53	12/01/22	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	22,39	R\$ 166,78	13/01/22	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	19,29	R\$ 143,69	13/01/22	PARANÃ
VIRTUS	GO	RFM-6E62	GASOLINA	8,59	R\$ 63,99	17/01/22	PARANÃ
TOTAL CONSUMO				352,40	R\$ 2.500,95	18/10/21	

VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	352,40	R\$ 2.500,95	01/11/21	Posto Portal

TOTAL GERAL DE CONSUMO R\$ 2.500,95

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral HEF
CRA GO nº 7844

SALDOS

CARTÃO IMED 02	6035 7404 1335 8810	R\$ 0,20
----------------	---------------------	----------

**Hospital Estadual
de Formosa**

Dr. Cesar Saad Fayad

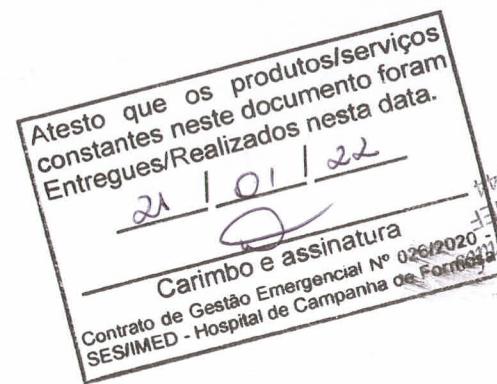


SES
Secretaria do
Estado do
Governo
GOIAS
SUS

CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 02

DATA	MOTORISTA	PREFIXO	SETOR	KM SAIDA	H.SAIDA	SERVIÇO	DESTINO	KM CHEGADA	H.CHEGADA	TOTAL KM
27/12/2021	AURELIO	GO	ADM	58.067	15:10	DIVERSOS	FORMOSA- CENTRO	58.148	17:00	81
28/12/2021	AURELIO	GO	ADM	58.148	14:30	BUSCAR MATERIAIS CIRURGICOS	BRASILIA	58.379	17:45	231
29/12/2021	AURELIO	GO	ADM	58.379	09:30	BUSCAR AMOSTRAS E MATERIAIS EMPRESTIMOS	GOIÂNIA, LUZIÂNIA	59.011	22:10	632
30/12/2021	AURELIO	GO	ADM	59.011	10:20	DISTRIBUIDORAS, EMPRÉSTIMOS	GOIÂNIA, URUACU	59.942	01:40	931
03/01/2022	AURELIO	GO	ADM	59.942	14:25	MATERIAIS CIRURGICOS, FATURAMENTO	BRASILIA, LUZIÂNIA	60.322	19:50	380
04/01/2022	AURELIO	GO	ADM	60.322	15:40	DIVERSOS	FORMOSA- CENTRO	60.336	17:00	14
05/01/2022	AURELIO	GO	ADM	60.336	14:50	DIVERSOS	FORMOSA- CENTRO	60.364	16:10	28
06/01/2022	AURELIO	GO	ADM	60.364	16:30	DIVERSOS	FORMOSA- CENTRO	60.390	17:30	26
07/01/2022	AURELIO	GO	ADM	60.390	10:00	BUSCAR MERCADORIAS, EMPRÉSTIMO	GOIÂNIA, HETRIN	61.022	21:25	632
10/01/2022	AURELIO	GO	ADM	61.022	11:00	FATURAMENTO	LUZIÂNIA	61.329	17:38	307
11/01/2022	AURELIO	GO	ADM	61.329	13:50	DIVERSOS	FORMOSA- CENTRO	61.353	15:10	24
12/01/2022	AURELIO	GO	ADM	61.353	14:00	BUSCAR EQUIPAMENTOS CIRURGICOS	LUZIÂNIA	61.363	19:45	10
13/01/2022	AURELIO	GO	ADM	61.636	10:20	DISTRIBUIDORAS, EMPRÉSTIMOS	SANTA MARIA, LUZIÂNIA	61.935	16:00	299
14/01/2022	AURELIO	GO	ADM	61.935	04:30	DIRETORIA	GOIÂNIA	62.548	18:35	613
TOTAL KM RODADOS										4.208

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Administrativa



Carimbo e assinatura

21/01/22

Vânia Gomes Fernandes

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

CRAGO n° 764
Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HCF
/Vânia Gomes Fernandes

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

Za. via - cliente
ESTAB.: 88020090000978
27/12/2021 12:20:16
TERMINAL: 76004447
DOC: 649737
AUT: 758049737

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Corum
Km: 44772

Abast.	Litros	Valor
21,16	150,00	
Valor Total	150,00	

COROCO2

HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 2.351,15

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

21 / 01 / 2022

SL

Carimbo e assinatura

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

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	TOTAL
024	ÓLEO DIESEL B \$10	
25,420 LT	5,899	149,95
Acréscimo: 0,05		

Qtde. Total de Itens	25,420
Valor Total R\$	149,95
Acréscimo R\$	0,05
Valor a Pagar R\$	150,00
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	150,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6501 0000 0159 8215 0064 7556

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

NFC-e NR: 15982 Série:10 21/12/2021 12:21:47

Protocolo de Autorização: 152214665396946
Data de Autorização: 21/12/2021 12:21:46



POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

Za. via - cliente
ESTAB.: 88020090000978
27/12/2021 08:40:40
TERMINAL: 76004447
DOC: 752959
AUT: 758752059

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Corum
Km: 58073

Abast.	Litros	Valor
13,97	99,03	
Valor Total	99,03	

COROCO2
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 2.252,12

REDE
PARANA

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
024	GASOLINA C ADITIVADA	
13,890 LT	7,129	99,02

Qtde. Total de Itens	13,890
Valor Total R\$	99,02
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	99,02

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2588 2018 9613 4015

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

NFC-e NR: 258820 Série:3 27/12/2021 08:44:07

Protocolo de Autorização: 152214703138751
Data de Autorização: 27/12/2021 08:44:06



POSTO PARANÁ
AV MAESTRO JOSÉ LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 881200900016918
30/12/2021 09:07:36
TERMINAL: 76004447
DOC: 295433 AUT: 759295433

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Comum
Km: 59012

Abast.	Litros	Valor
18,72	132,73	132,73

COR002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 1.749,82

RECE

POSTO Z + Z LARANJEIRAS LTDA
CNPJ 03.311.068/0001-80 IE: 105181482
RUA BENJAMIN CONSTANT 750 - GD. 11 LT. 502 A 67 - GOIANIA/GO

TICKET LOG
POSTO Z + Z LARANJEIRAS LTDA
RUA BENJAMIN CONSTANT 1077
ESTAB: 881200900016918 TERR: 00000004
Transacão Cartão Frete

10/12/2021 16:45:56 NSU: 404382
COMPRA
Gasolina Comum
Km: 59329

	Litros	Valor
Abast.	24,01	167,88
Valor Total		167,88
Desconto Negociado	-0,05	
Valor Autorizado		167,88
COR002		

HOSPITAL DE FORMOSA
103574*****8810
Saldo disponível: 1.581,99

R\$ Aut: 379899
VIA PORTADOR
(CUPOM FISCAL: 468949)
(NSU D-TEF: 404382)

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

31/01/2022

VL

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

D

RECE
CNPJ: 11.216.798/0001-30
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	QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
	GRSOLINA C ADITIVADA			
18.620	LT	7.128		132,74
Itde. Total de Itens			18,620	
Valor Total R\$				132,74
FORMA PAGAMENTO			VALOR PAGO R\$	
dinheiro				0,01
Cartão de Crédito				132,73

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9800 0130 6500 3000 2590 8915 0061 2802

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 259089 Série:3 30/12/2021 09:08:41

Protocolo de Autorização: 152214713312027
Data de Autorização: 30/12/2021 09:08:41



POSTO Z + Z LARANJEIRAS LTDA CNPJ:03.311.068/0001-80
RUA BENJAMIN CONSTANT, 1077, JARDIM DA LUZ, Goiania, GO
Fone (62) 3946-8900

00 contas 00 de Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtd.	UN	VL. Unit	VL. Total
5201120001	GASOLINA C COMUM Bico	24,018	L1	6,990	167,88
Itde. total de Itens					
Valor total (R\$)					167,88
Valor a Pagar (R\$)					167,88
FORMA DE PAGAMENTO					167,88
DINHEIRO					VALOR PAGO (R\$)
CR - CEDULADO					0,05
troco R\$					167,83
					0,76

Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sit.../consultar_nfce.php?nfe=NFe51423526356
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nr: 001341905 Série 001 30/12/2021 16:46:02
Protocolo de autorização: 152214713312027
Data de autorização: 30/12/2021 16:46:07



Itens aprovados: Federal R\$ 22,58 (13,45%) / Estadual R\$ 50,36 (30,00%) / Municipal R\$ 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT - 60 882174
Bílico: 7 onças- 2 mlanquês: 2 vencim: 69973,672 vEncFin:
69997 R\$0,00 Telefone PROCON: 152214713312027
Vendedor: 142852 - JOAO PAULO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Link Sistemas - AutoSystem 3.2.6.98

www.linx.com.br

AUTO POSTO CEGAO LTDA

CNPJ: 01.119.644/0001-66 IE: 10.282.114-3
 AV TOCANTINS ESQ C/AV TRANSBRASILIANA, S/N
 URUACU-GO
 TICKET LOG
 DOC:000000672360
 COMPRA FROTA D:30/12 H:21:36
 A:413645
 ESTAB:0000000000115380

Gasolina Comum
 Em: 59617

	Litros	Valor
Abast.	22,02	160,70
Valor Total		160,70

COR002
 HOSPITAL DE FORMOSA
 603574*****8310
 Saldo disponível: 1.421,29

Via portador

(SITeF)

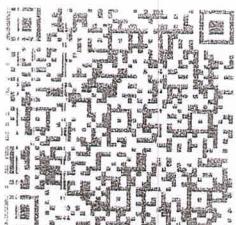
Emittido em: 30/12/2021 21:36:22
 Usuário: JUAREZ



Vendedor:
 Terminal: PDV
 Movto Caixa: 2256
 Turno: TURNO 3

AUTO POSTO CEGAO LTDA - CNPJ:
 01.119.644/0001-66 IE: 102821143
 AV TOCANTINS ESQ. C AV
 TRANSBRASILIANA, CENTRO, URUACU, GO -
 Fone: (62) 3357-2313

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UN	VL	UNIT	VL
1	GASOLINA COMUM (b:1)	22,017	LT	7,299	160,70	
	REFC1#EF1#PTQ1#E1082758#EF882#820#(ATD:LUC AS GOMARAS VEIGA)					
	QTD TOTAL DE ITENS				1	
	VALOR TOTAL R\$				160,70	
	FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$	
	Cartão de Crédito				160,70	
	TROCO R\$				0,00	
	Número: 000420510 Serie: 1				Emissão: 30/12/2021	
	Consulte pela Chave de Acesso em:					
	http://www.nfe.go.gov.br/pagina/ver/10270/consulta-completa					
	5221 1201 1196 0100 0166 6500 1000 4206 5010 0269 5157					
	Documento de Autorização: 152214716419468 - 30/12/2021 21:36					
	CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO					



RESUMO PAGAMENTO:
 - TEF CREDITO: R\$ 160,70
 RESUMO TEF:
 - CARDSE: R\$ 160,70

Sequencia:269515 Terminal:PDV Op:JUAREZ C:0 E:0

Placa:

Trib aprox R\$ 21,61 Federal 48,21 Estadual e 0,00 Municípi
 al

Fonte IBPT D9E24F
 IBPT/empresometro.com.br

Transito incidente Lei Federal 12.741/12

Total R\$ 69,82

POSTO PARANA
 AV MAESTRO JOSÉ LUIZ DO ESPIRITO SANTO
 CNPJ: 11.216.796/0001-30

2a. VÍA - CLIENTE
 ESTAB.: 88020900010918
 03/01/2022 10:51:18
 TERMINAL: 76004447
 DOC: 824807
 AUT: 759824807

TICKET LOG

COMPRA
 Gasolina Aditivada
 Km: 59957
 Litros Abast. 30,38
 Valor Total 216,58

COR002
 HOSPITAL DE FORMOSA
 603574*****8310
 Saldo disponível: 1.204,71

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

21 / 01 / 2022

Carimbo e assinatura

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



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

Documento Auxiliar
 da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CD160	DESCRÍÇÃO	QTDE	UN.	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
	GASOLINA C ADITIVADA	30,380	LT	7,129	216,58
	Qtd. Total de Itens				30,380
	Valor Total R\$				216,58
	FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$
	Cartão de Crédito				216,58

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
 6222 0111 2167 8600 0130 6500 3000 2593 3716 7198 3565

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 259337 Série:3 03/01/2022 10:52:15

Protocolo de Autorização: 152224724936566
 Data de Autorização: 03/01/2022 10:52:14



PÓSTO PARANA
Av MAESTRO JOSÉ LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 1121679600130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 8802069001098
04/01/2022 11:53:45
TERMINAL: 76004447
DOC: 026237
AUT: 760026237

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 60324

	Litros	Valor
Abast.	30,00	213,87
Valor Total		213,87

TCD002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Sal do c/ spmvel: 990,84

ENVIAR DOCUMENTO
COMPROVANTE Nº:

PÓSTO PARANA
Av MAESTRO JOSÉ LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 1121679600130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 8802069001098
04/01/2022 09:05:51
TERMINAL: 76004447
DOC: 719930
AUT: 76079930

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 61027

	Litros	Valor
Abast.	24,33	172,45
Valor Total		172,45

IA O DOCUMENTO FISCAL DE NESTE
INFRAVANTE Nº:

FOR002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Sal do c/ spmvel: 575,19

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

21 / 01 / 2022

Vil
Carimbo e assinatura

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

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
QTDE. UN.	VL. UNIT(R\$)	
2	Gasolina C Aditivada	172,45
24,190 LT	7,129	

Qtde. Total de Itens	24.190
Valor Total R\$	172,45
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	172,45

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5222 0111 2167 9600 0130 6500 3000 2594 6919 0943 4370

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

NFC-e NR: 299675 Série:1 10/01/2022 09:06:55

Protocolo de Autorização: 152224745119239
Data de Autorização: 10/01/2022 09:06:54

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
QTDE. UN.	VL. UNIT(R\$)	
1	Gasolina C Aditivada	213,87
30,000 LT	7,129	
Itde. Total de Itens	30.000	
Valor Total R\$	213,87	
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito	213,87	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5222 0111 2167 9600 0130 6500 3000 2594 6919 0943 4370

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

NFC-e NR: 259469 Série:3 04/01/2022 11:54:41

Protocolo de Autorização: 152224728299131
Data de Autorização: 04/01/2022 11:54:40



POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
12/01/2022 10:46:51
TERMINAL: 76004447
DOC: 1113232

AUT: 761113232

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 61352

Litros	Valor
26,92	200,53

COR002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 374,66

Ticket de Recarga

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

00160	DESCRIÇÃO	TOTAL
00160	VL. UNIT(R\$)	
26,920 LT	7,449	200,53
Itde. Total de Itens	26,920	
Valor Total R\$	200,53	
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
cartão de Crédito	200,53	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe522201112167960001300002602211199353492>

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

NFC-e NR: 260221 Série:3 12/01/2022 10:47:18

Protocolo de Autorização: 152224751520631
Data de Autorização: 12/01/2022 10:47:18



POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
13/01/2022 10:31:51
TERMINAL: 76004447
DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 61646

Litros	Valor
22,39	166,78

AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 11.216.796/0001-30
ESTAB.: 880200900010918

TIKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

TICKET LOG

COMPRA - GASOLINA

DOC: 283680

AUT: 761283680

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 112167960001302a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
17/01/2022 16:41:02
TERMINAL: 76004447
DOC: 349734 AUT: 761349734

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Aditivada
Km: 61934Abast. Litros Valor
Valor Total 19,29 143,69 143,69

COR002

HOSPITAL DE FORMOSA

603574*****8810

Saldo disponível: 64,19

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 112167960001302a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
17/01/2022 12:17:09
TERMINAL: 76004447
DOC: 863478 AUT: 761863478

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Aditivada
Km: 62569Abast. Litros Valor
Valor Total 8,59 63,99 63,99

COR002

HOSPITAL DE FORMOSA

603574*****8810

Saldo disponível: 0,20

CNPJ: 11.216.796/0001-30

PARANA CON DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA
Formosa - GODocumento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD. UN.	VL.UNIT(R\$)	TOTAL
1	GASOLINA C ADITIVADA	19,290 LT	7,449	143,69

Qtde. Total de Itens	19,290
Valor Total R\$	143,69
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	143,69

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
 5222 0111 2167 9800 0130 6500 3000 2603 7217 3289 2800

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

NFC-e NR: 280372 Série:3 13/01/2022 16:42:23

Protocolo de Autorização: 152224755747224
 Data de Autorização: 13/01/2022 16:42:22



CNPJ: 11.216.796/0001-30

PARANA CON DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA
Formosa - GODocumento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD. UN.	VL.UNIT(R\$)	TOTAL
2	GASOLINA C ADITIVADA	17,240 LT	7,449	128,42

Qtde. Total de Itens	17,240
Valor Total R\$	128,42
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	128,42

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
 5222 0111 2167 9800 0130 6500 2000 3371 1214 7218 4507

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

NFC-e NR: 337112 Série:2 17/01/2022 12:22:54

Protocolo de Autorização: 152224766104640
 Data de Autorização: 17/01/2022 12:22:45



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 Final: TICKET SOLUOES HDFGT SA	Data do pagamento: 04/01/2022	Valor nominal: R\$ 3.063,00	Valor total a pagar: R\$ 3.063,00
---	---	---------------------------------------	---

34191.76007.64645.352937.83150.390009.1.88640000306300

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 13/01/2022
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: 04/01/2022 11:34:54
Autenticação IBE14104BB927E14A89A40D		

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.

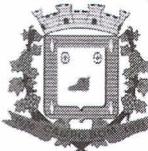
0800 762 7777

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

41008362 / T00

Número / Série RPS

Data de Emissão

07/01/2022 11:17



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
41008362	13/01/2022	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	Aliquota (%)	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: 2140765/F

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

TITULO NRO. 37964344

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 03/01/2022

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: CPM.JZO.BAB

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-041008362/285691390

Página 1/1

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

11/01/2022 *Tharley Sousa Sily*
Carimbo e assinatura

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

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
09/12/2021	Aurélio	DF	ADM	54.061	11:00	Buscar Mat. Cirúrgico	Brasília	54.236	13:35	175
10/12/2021	Aurélio	DF	ADM	54.236	03:40	Buscar funcionários	Uruaçu	54.898	13:20	662
12/12/2021	Kiony	DF	ADM	54.898	09:54	Buscar empréstimo	São Camilo	54.909	10:20	11
13/12/2021	Aurélio	DF	ADM	54.909	08:00	Buscar Carol Imed	Brasília	55.106	16:00	197
14/12/2021	Aurélio	DF	ADM	55.106	10:40	Serviços diversos	Formosa	55.148	17:00	42
15/12/2021	Aurélio	DF	ADM	55.148	10:00	Devolução empréstimo	Goiânia, Hutrin	55.788	22:35	640
16/12/2021	Aurélio	DF	ADM	55.788	04:50	Levar funcionário, empréstimo	Goiânia, Luziânia	56.405	16:30	617
17/12/2021	Aurélio	DF	ADM	56.405	10:00	Treinamento	Brasília	56.665	14:45	260
20/12/2021	Aurélio	DF	ADM	56.665	15:00	Material cirúrgico, monitor	Brasília	56.848	18:05	183
20/12/2021	Ronero	DF	ADM	56.848	23:11	Buscar cones	Guarda Municipal	56.850	23:35	2
21/12/2021	Aurélio	DF	ADM	56.850	13:40	Serviços diversos	Formosa	56.876	17:10	26
22/12/2021	Aurélio	DF	ADM	56.876	10:00	Buscar Mat. Cirúrgico	Brasília	57.076	13:25	200
22/12/2021	Aurélio	DF	ADM	57.076	18:00	Buscar encomendas	Luziânia	57.367	22:20	291
23/12/2021	Aurélio	DF	ADM	57.367	10:00	Faturamento, amostras	Luziânia, Goiânia, Hutrin	58.067	21:35	700
								TOTAL KM RODADOS		4.006

Gerência Administrativa
Tharley Sousa Silva

Tharley Sousa Silva
Gerente ADM HEF
CRA GO nº 17965

CONTROLE DE ABASTECIMENTO – HRF - Cartão 01

VIATURA	PREFIXO	PLACA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	DF	RFM6E62	Gasolina	28,21	R\$ 199,99	13/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E63	Gasolina	35,44	R\$ 251,23	15/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E64	Gasolina	26,26	R\$ 178,31	15/12/21	Posto Portal
Virtus	DF	RFM6E65	Gasolina	23,95	R\$ 170,74	15/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E66	Gasolina	27,51	R\$ 148,53	16/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E67	Gasolina	26,67	R\$ 175,49	16/12/21	Posto Irmãos Carrijo
Virtus	DF	RFM6E68	Gasolina	19,85	R\$ 140,72	16/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E69	Gasolina	33,86	R\$ 240,03	16/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E70	Gasolina	16,93	R\$ 120,00	17/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E71	Gasolina	26,07	R\$ 184,77	20/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E72	Gasolina	34,26	R\$ 242,89	22/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E73	Gasolina	20,55	R\$ 146,50	22/12/21	Posto Paranã
Virtus	DF	RFM6E74	Gasolina	35,92	R\$ 242,09	23/12/21	Posto Portal
Virtus	DF	RFM6E75	Gasolina	8,32	R\$ 59,00	27/12/21	Posto Paranã
TOTAL CONSUMO				363,80	R\$ 2.500,29	27/12/21	

VIATURA	COMBUST.	LTS	R\$	DATA	POSTO
Virtus	Gasolina	363,80	R\$ 2.500,29	27/12/21	Posto Portal

TOTAL GERAL DE CONSUMO R\$ 2.500,29

SALDOS

CARTÃO IMED 01 6035 7404 1335 8802 R\$ 0,61

Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965

Telhura:

POSTO PARANA
AV MAESTRO J L ESPÍRITO SANTO
CEP: 11216796/00030

2a. Via - Cliente
ESTAB.: 88020090000698
16/12/2021 01:03:59
TERMINAL: 78004447
DOC: 155313 AUT: 757155313

TICKET LOG

COMPRA
Etanol
Kg: 149808
Abast. 27,510
Valor total 148,53

CORRIGO:
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponivel: 1.552,10



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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL. UNI (R\$)	TOTAL
3	ETANOL HIDRATADO COMBUSTIVEL	27,510	LT	5,399	148,53
	Desconto:	0,03			
Itde. Total de Itens		27,510			27,510
Valor Total R\$				148,53	148,53
Desconto R\$				0,03	0,03
Valor a Pagar R\$				148,50	148,50
FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito				148,50	148,50

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2187 9600 0130 6500 2000 3338 9117 8881 2602

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 333691 Série:2 16/12/2021 01:05:45

Protocolo de Autorização: 152214668560289
Data de Autorização: 16/12/2021 01:05:45



Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/12)
Total R\$ 45,08
R\$: 8,78 Federal e 37,12 Estadual

Clekt

getnet[®]

GOODCARD

REDE GETNET TECNOLOGIA
POSTO IRMÃOS CARRILHO
GO 330 0 KM 82
25025354000111

16/12/2021 09:27:33
ANTAO *****8802
R\$ 0,00,00,00
001 75712590 0063 1010 1120 1320 1720
COMFIA FUEL CONTROL
56148 Ltrs Valor
abast.: 26,67 175,49
Valor Total: 175,49
COR0001

Gasolina comum
abastecido disponivel 1.370,63
cli:016026492

HOSPITAL DE FORMOSA
2a. Via - Cliente
V-0013 1010 1120 1130

POSTO CARRILHO

CNPJ: 25.025.354/0001-11 AUTO POSTO CARRILHO LTDA
ROD GO 330 KM 82 S/N ZONA RURAL, S/N VIANOPOLIS
VIANOPOLIS - VIANOPOLIS - GO 75260-000 Fone:

(62)3335-1117 I.E.: 10.166.662-4

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	Cód	Descrição	Qtd	Un	VL Unit.	VL Total
001	4002	BC-02 GASOLINA COMUM	26,67	LTS	X 6,58	175,49
		QTD. TOTAL DE ITENS				001
		VALOR TOTAL R\$				175,49
		FORMA DE PAGAMENTO				Valor Pago
		Crédito Loja				175,49

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.nfce.go.gov.br/post/ver/214344/consulta-nfce>
5221 1225 0253 5400 0111 6500 2000 1015 1211 2585 9943

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 000101512 Série 002 16/12/2021 09:28:17

Protocolo de Autorização: 152214668024267

Data de Autorização 16/12/2021 09:28:31



PISTA.: 1 TURNO.: 1

VENDEDOR: 26 - MARIZETE APARECIDA RODRIGUES

MENSAGEM PROMOCIONAL

Trib aprox R\$ 23,60 Federal e 52,65 estadual

Fonte: IBPT 39A19D

Projeto ACBr - www.projetoacbr.com.br

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

27/12/21

Carimbo e assinatura

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

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
16/12/2021 16:29:15
TERMINAL: 76004447
DOC: 315432 AUT: 757315432

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 56396

	Litros	Valor
Abast.	33,85	140,72
Valor Total		140,72

COR001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponivel: 1.235,89

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
16/12/2021 16:31:02
TERMINAL: 76004447
DOC: 316864 AUT: 757316864

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 98099

	Litros	Valor
Abast.	33,86	140,03
Valor Total		140,03

COR001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponivel: 1.005,94
Saldo disponivel: 779,00

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

REDE

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	
19,740 LT	7,129	140,73
Itde. Total de Itens	19,740	
Valor Total R\$		140,73
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		140,73

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9800 0130 6500 2000 3337 6215 1874 0769

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 333762 Serie:2 16/12/2021 16:31:20

Protocolo de Autorização: 152214670555451
Data de Autorização: 16/12/2021 16:31:20

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
1	GASOLINA COMUM C	
16,930 LT	7,089	120,02
Desconto: 0,02		
1	GASOLINA COMUM C	
17,160 LT	6,989	119,93
Acréscimo: 0,08		

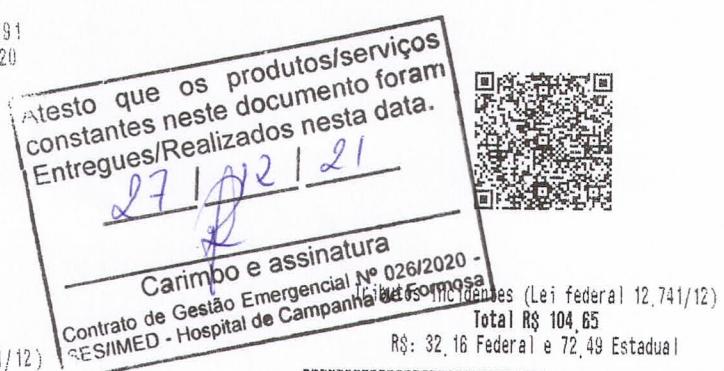
Itde. Total de Itens	34,090
Valor Total R\$	239,95
Acréscimo R\$	0,10
Desconto R\$	0,02
Valor a Pagar R\$	240,03
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	240,03

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9800 0130 6500 2000 3337 6215 1874 0769

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 15721 Série:10 16/12/2021 16:34:07

Protocolo de Autorização: 152214670555451
Data de Autorização: 16/12/2021 16:34:08



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 61,36

R\$: 18,86 Federal e 42,50 Estadual

EFC-B06 E11560228,580 EF1560248,320 V19,740

EFC-B20 E11666064,200 EF1666081,370 V17,160

EFC-B21 E10262261,720 EF0262278,650 V16,930

Código: [] IE/RG: []

Atendente: 96212-PAULO JESSER ALVES DE SOUSA

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
17/12/2021 10:02:41
TERMINAL: 76004447
DOC: 435695 AUT: 757435695

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
- Km: 51345

	Litros	Valor
Abast.	16,93	120,00
Valor Total		120,00

COR0001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 875,86

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
20/12/2021 08:44:32
TERMINAL: 76004447
DOC: 787429 AUT: 757787429

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km 56665

	Litros	Valor
Abast.	26,07	184,77
Valor Total		184,77

COR0001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 691,09

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

CODIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
BTD. UN.	VL.UNIT(R\$)	
16,830 LT	7,129	119,98
Impresso: 0,02		
Itde. Total de Itens	16,830	
Valor Total R\$		119,98
Impresso R\$		0,02
Valor a Pagar R\$		120,00
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito	120,00	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9800 0130 6500 3000 2579 9313 4816 8098

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 257993 Série:3 17/12/2021 10:04:18

Protocolo de Autorização: 152214672439876
Data de Autorização: 17/12/2021 10:04:18



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 52,32

R\$: 16,08 Federal e 36,24 Estadual

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

27/12/2021

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



NFC-e NR: 258204 Série:3 20/12/2021 08:45:45

Protocolo de Autorização: 152214681095742
Data de Autorização: 20/12/2021 08:45:43

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 80,56

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
22/12/2021 17:57:13
TERMINAL: 76004447
DOC: 304467
AUT: 758304467

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Comum
Km: 57076

	Litros	Valor
Abast.	34,26	242,89
Valor Total		242,89

COR0001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo d' disponivel: 448,20

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
22/12/2021 22:13:29
TERMINAL: 76004447
DOC: 332444
AUT: 758332414

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Aditivada
Km: 57367

	Litros	Valor
Abast.	20,55	146,50
Valor Total		146,50

COR0001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo d' disponivel: 301,70

REDE

PARANA COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

ÓDIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
BTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
34.070	GASOLINA C ADITIVADA	
LT	7.129	242,89
Itde. Total de Itens		34.070
Valor Total R\$		242,89
IRMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	
Cartão de Crédito		242,89

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9800 0130 8500 3000 2584 8511 4243 1147

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

NFC-e NR: 250485 Série:3 22/12/2021 18:00:08

Protocolo de Autorização: 152214690417322
Data de Autorização: 22/12/2021 18:00:07



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

27/12/2021

Carimbo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial N° 026/2020 -
SESIMED - Hospital de Campanha de Formosa

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 63,87

R\$: 19,83 Federal e 44,24 Estadual

BCF:806 EI:1564492,390 EF:1564512,940 V20,550

Código: [] IE/RG: []

Atendente: 27098-WELLISSON JORGE DOS SANTOS

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)

Total R\$ 105,90

R\$: 32,55 Federal e 73,35 Estadual

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
27/12/2021 08:38:20
TERMINAL: 76004447
DOC: 751276 AUT: 758751276

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 58073

Abast.	Litros	Valor
	8,32	59,00
Valor Total		59,00

COD0001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Sal do disponível: 0,61

CNPJ: 11.216.798/0001-30
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

ITEM	DESCRIÇÃO	TOTAL
ITD. UN.	VL.UNIT(R\$)	
	GASOLINA C ADITIVADA	
8,280 LT	7,129	59,03
Desconto: 0,03		
Itde. Total de Itens		8,280
Valor Total R\$		59,03
Desconto R\$		0,03
Valor a Pagar R\$		59,00
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		59,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2187 9600 0130 8500 3000 2588 1915 8624 5148

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

NFC-e NR: 258819 Série:3 27/12/2021 08:39:14

Protocolo de Autorização: 152214703124007
Data de Autorização: 27/12/2021 08:39:13



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 25,73
R\$ 7,91 Federal e 17,82 Estadual

BCF-B22 E10257010_720 EF0257019_000 V8,280.
Código:[28148] IE/RG: []
Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA
DANFE REIMPRESSÃO
PETROS - 2.21.11.08 - www.adaptive.com.br

POSTO PORTAL
 AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 40 LT 9
 CNPJ 06051997000195
 2a. VIA - CLIENTE
 ESTAB.: 880200900033053
 23/12/2021 17:14:54
 TERMINAL: 76017313
 DOC: 484005 AUT: 758484005

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Comum

Km: 57785

	litros	Valor
Abast.	35,92	242,09
Valor Total		242,09

COR0001

HOSPITAL DE FORMOSA

603574*****8802

Saldo disponivel: 59,61

DIENONTINA LTDA
 06051997000195 - IE: 103979447
 R. METRAL NORTE, 0
 758484005
 GOIANIA

DANFE NFG-e Documento Auxiliar
 da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
 Não permite pagamento de crédito de ICMS

Descrição	Quant.	Unitário	Total
Código Item ANP	Qtd		
GASOLINA C. COMUM	35,917	6,740	242,080
21002001	0600200		1.000
Total de Itens:			242,080
Total R\$:			242,080
a Pagar R\$:			242,080
a Pagamento			242,080
a Credito			242,080
Total Tributos (Lc) 12.741/2012)			72,620
7603574220007836121220148480FD			

ipx. Tributos R\$ 0,00 Federal, 0,00 Estadual, 0,00 Municíp
 n.º do IBPT
 12 Vencimento: 054377/033 Vencimento: 054113/010

Km: 18775 - CASLIO SILVA E SILVA Itens: [1]
 Km: OPERADOR PADRÃO PD91

C NORMAL

Entitida em Contingencia
 Número: 847681 Série: 1 Emissão: 23/12/2021 17:15:55
 Via: 01 Estabelecimento
 Consulte para obter de acesso em
<http://geo.nfce.gov.br/pssr/ver/214314/consulta-nfce>
 CHAVE DE ACESSO
 5221120605199700019565/010000176879888196498

Consumidor não identificado
 Consulta via leitor de QR Code



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

27/12/2021

(Signature)

Carimbo e assinatura

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



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	11/01/2022	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	JANEIRO	

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)

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

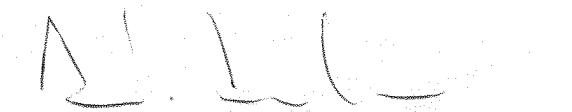
- (a) As partes se comprometem a empreender todos os esforços para solucionar os casos omissos, as dúvidas e os litígios decorrentes do presente contrato amigavelmente. Caso não seja possível a composição amigável, as partes elegem o foro da Comarca de Formosa-GO para dirimir quaisquer controvérsias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