

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. Z. da A-37, N 505 Jd. Goiás CEP 74005-190 Goiânia Goiás
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELETRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora

Nº DA INSTALAÇÃO 1002/160198 Nº DO CLIENTE 1026217
VALMOR JOSE CAYE CPF/CNPJ: 26236273049
AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 203, JARDIM CALIFORNIA CEP:
73807745 FORTILHA GO

Classificação da Unidade Consumidora

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

Dados de 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

Dados da Conta

VENCIMENTO 19/01/2022 TOTAL A PAGAR (R\$) 133,39

CONTA REFERENTE A 1/2022

Use este código para cadastro em Débito Automático:

0310617659

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

Reservado ao Fisco

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	ICMS
07/01/22	45449435	4	124,57	29,00%	30,06
Pis: 88,30 0,3751% 0,33, Cofins: 88,30 1,7276% 1,51					
463B.7F62.AA17.787F.65E9.FDA4.6746.BA23					

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

Descrição de Faturamento

ITEM	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 Nº 026/2020 - SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Mensagens

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 11/2021. EUSD = R\$ 38.15714

Atendimento Comercial
24 horas 0800 062 0196

Para tirar dúvidas, fazer reclamações ou solicitar serviços sem precisar ir a uma loja de atendimento presencial

vanos
vidas,tenha
: nos

conts.
nais.

res
dy
sols

105.

Orientacoes

enel

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

003106176591



Notificación/Revista de Contas Variáveis
A BELL TELEPHONE CORPORATION, por meio de seu

PREF. DE FORMOSA
Responsável pela Iluminação Pública em sua rua/região
83670000018 333900090015 363100012201 003106176591

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)



Carg Distribuição S.A.
Rua 2 Dd. A, 37, 505 | Jardim Goiás | CEP 74.865-180 | Goiânia/Goiás
CNPJ 01.643.032/0001-04 | IE 100.549.420
www.enel.com.br
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora

Nº DA INSTALAÇÃO 10027160287 Nº DO CLIENTE 1026217

VALMOR JOSE CAYE

CPF/CNPJ: 262.362.730-49

AVENIDA MTO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, N. 480-A, SALA - 204.

JARDIM CALIFORNIA

CEP: 73807745 FORMOSA GO BRASIL

Classificação da Unidade Consumidora

Grupo B Subgrupo B1 Classe RESIDENCIAL

Subclasse
RESIDENCIAL NORMAL

Tipo de fornecimento MONOFÁSICO Modalidade Tarifária CONVENCIONAL

Dados da Conta

VENCIMENTO 19/01/2022 TOTAL A PAGAR (R\$)
R\$*****141,23

CONTA REFERENTE A JAN/2022

Dados de Medição

Nº do medidor 11983620-3
Leitura anterior 00727
08/12/2021
Leitura atual 00845
07/01/2022
Próxima leitura 04/02/2022
Fator multiplicador 1,000000
Consumo do mês (kWh) 118
Número de dias 30 DIAS

Histórico de Faturamento

Mês/Ano	kWh	Dias
MÉDIA		84,46
JAN/21	MIN	0,00 39
FEV/21	MIN	1,00 78
MAR/21	MIN	9,00 31
ABR/21	MIN	0,00 36
MAY/21	MIN	0,00 29
JUN/21	MIN	0,00 30
JUL/21	MIN	0,00 30
AGO/21	MIN	0,00 25
SET/21	LID	126,00 32
OCT/21	LID	276,00 31
NOV/21	LID	189,00 25
DEZ/21	LID	192,00 30
JAN/22	LID	118,00 30

Tipos de faturamento: AL - Autôntica LID - Lido; MED - Média de consumo; MIN - Mínimo faturável

Reservado ao Fisco

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Alíquota	ICMS
11/01/2022	44115116	4	132,21	29%	38,34
18E5.C7CE.F93B.7222.A15A.9B8D.0150.B9A4					

Descrição de Faturamento

Bandeira(s) Tarifária(s) aplicada(s) no mês VERMELHA - MAIS INFORMAÇÕES EM WWW.ANEEL.GOV.BR

	QUANTIDADE	TARIFA	VALOR
ADC. BANDEIRA VERMELHA - kWh	118,00	0,204280	R\$*****24,10
ILUMIN. PÚBLICA - CIP			R\$*****9,02

	QUANTIDADE	TARIFA	VALOR
CONSUMO - kWh	118,00	0,910270	R\$*****109,11

TOTAL A PAGAR R\$*****141,23

TRIBUTOS			
IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
PIS/PASEP	0,3751%	93,87	0,35
ICMS	29%	132,21	38,34
COFINS	1,7276%	93,87	1,62

Mensagens

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 11/2021. EUSD = R\$ 50,55982
PARCELA USO SISTEMA = R\$ 47,37 FORNECIMENTO = R\$ 73,87 USO TRANSMISSÃO = 5,6990 ENC. SETORIAL = 5,3700

Notificação/Reaviso de Contas Vencidas

A ENEL AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

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



Nº da Conta	Data da Emissão	Conta Referente à
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		

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

14/01/2022

Carimbo e assinatura

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

Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965



836300000012 412300090039 719228012204 003105581437

UNIDADE CONSUMIDORA	VENCIMENTO
10027160287	19/01/2022

enel

Para uso do entregador

- ☐ MUDOU-SE ☐ FALCIDO ☐ NÃO PROCURADO ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ RECLUSADO ☐ AUSENTE ☐ DESCONHECIDO ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

ASSINATURA E Nº DO ENTREGADOR

DATA ____/____/____

Conheça nossos canais de atendimento

- Atendimento Comercial**
 24 horas 0800 062 0196
 Para comunicar falta de energia, tirar dúvidas, solicitar serviços ou fazer uma reclamação. A ligação é gratuita.
- Atendimento para Deficientes Auditivos**
 24 horas 0800 28 21 887
 Exclusivo para deficientes auditivos para informar eventos que necessitam de atendimento emergencial ou tirar dúvidas, fazer reclamações e solicitar serviços.
- Ouvidoria 0800 062 1500**
 (atendimento em dias úteis das 8h às 18h)
 Para acionar a Ouvidoria e necessário que você tenha procurado antes nossos Canais de Atendimento e nos informe o número do protocolo.
- Agência Virtual**
www.enel.com.br
 Para ter acesso a vários serviços como 2ª via de conta, religação de energia, informar falta de energia e muito mais.
- Aplicativo Enel Goiás**
 Além da agência virtual, você também pode solicitar serviços pelo nosso aplicativo. Baixe agora (pelo Google Play ou App Store) e tenha, a todo momento, os serviços da Enel ao seu alcance.

Atendente Virtual Elena
 (21) 99601-9608

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

AGR | 0800 727 0167
 Agência Goiânia de Regulação.

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

ANELL 197
 Agência Nacional de Energia Elétrica
 (Ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

Sigas as nossas redes sociais

f @enelclientesbr i @enelbrasil

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



Informações ao cliente

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

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

enel

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

VALMOR JOSE CAYE

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

Unid. de entrega 25 / 29 | Sequência 145400 | Nº medidor 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. Nestes casos, conte conosco e solicite o atendimento de emergência pelos nossos canais digitais:



Aplicativo Enel Goiás

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



Agência virtual

Acesse a sua agência virtual em www.enel.com.br e selecione a opção: Registrar Falta de Energia.



Atendente Virtual Elena

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

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



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

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

FT00138298 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00138298	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 950,00	Data de Emissão 17/01/2022	Data de Vencimento 30/01/2022	Para uso da Inst. Financeira
Encargos 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:			
Praca de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU				
Impresso em 17/01/2022 16:52:18				
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

Noosso Número 00005121-7	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 00005.121728 1 88810000095000

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 FT00138298	Espécie Docto. DM	Aceite N	Data do 17/01/2022	Noosso Número 00005121-7
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 950.00
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encargos p/dia de R\$ 1.43 após 30/01/2022					(-) Outras Deduções
Após 31/01/2022 cobrar multa de R\$ 19.00					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000	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
Diretora Geral - HEF

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...

Carimbo e assinatura

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



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

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

FT00138298 - Página 2 de 2

Notas de Débito

Nº Viag	Passageiro		Tipo	Emissão	Bilhete/NC/OS	Num. OP	Matricula	Saida/Periodo	Rota/Produto		
Nota débito	Reserva	Vlr.Original	Câmbio	Valor	Extras	Taxas	Tx.Emb.	Tx.Serviço	Out.Rec.	Desconto	Total
Nº Pedido	Fornecedor		C. Custos		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	Veiculo: 3		
ND00585747	00738651	950,00 [R\$]	1,000000	950,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	950,00
Ped.Reserva: 3715351	LOCALIZA BRASILIA		SEM CONTRATO		(BSB) Brasilia, BR		(BSB) Brasilia, BR	2115185888	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA		
Cód.Reserva: 2115185888											

Qtde. 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	0,00	0,00	950,00
Total Notas de Debito	950,00	0,00		0,00		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.

3 / 2 / 22

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

FornecedorFARIA AUTO CENTER
13777302000112**Contato**61992724408
FARIA/JÚNIOR**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

Faturar paraLOCALIZA 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

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

03/02/2021

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

conforme exigência contratual da Localiza e, caso tenha contratado seguro de terceiros, exigência da seguradora MAPFRE (police de seguros), bem como da SUSEP, comprometo-me a entregar o Boletim de Ocorrência ou protocolo deste no prazo de 72 horas 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 depósito bancário ou débito no cartão de crédito, conforme cláusula contratual (Cláusula Sétima das Condições Gerais de Seguro) e ar integralmente com eventuais danos a terceiros.

Localiza

Relatório de Avarias - Aviso de Sinistro

Número do contrato: BA2F 053 405 | Placa do veículo: 5XR 4820 | Modelo: 2014 1.6
 Nome completo do cliente: Luiz Wagner Guimarães de Jesus
 Nome completo do condutor: Renato José Lima da Silva

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: _____

DESCRIÇÃO DAS AVARIAS/SINISTRO - A SER PREENCHIDO PELO CLIENTE

Data: _____ Hora: _____ Local: _____ Boletim de ocorrência nº: _____
 Houve terceiros envolvidos no sinistro?
☐ Sim ☐ Não Responsável pelo evento/sinistro:
☐ Condutor ☐ Terceiro Autoriza atendimento pela seguradora do terceiro envolvido na ocorrência?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
 Nome completo de testemunha: _____
 Endereço: _____ Contato: _____

Descrição das Avarias/Sinistro:
ESTAVA PARADO UM MOTOCICLETA A ESQUERDA, UM MOTOCICLISTA COLIDIU E EVADIU DO LOCAL

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 verdadeiras, e autorizo a Localiza Rent a Car a utilizar este documento judicial e extrajudicialmente.

Conforme exigência contratual da Localiza e, caso tenha contratado seguro de terceiros, exigência da seguradora IAPF-RE (sem apólice de seguros), bem como da SUSEP, comprometo-me a entregar o Boletim de Ocorrência ao profissional desde no prazo de 48 horas contadas da data da avaria/sinistro. A não apresentação do B.O. ou do seu Protocolo implicará a perda da proteção do valor anual do seguro de terceiros e, portanto, a minha aceitação em efetuar o pagamento do valor total da avaria ou sinistro, mediante em cobrança bancária ou débito no cartão de crédito, conforme cláusula contratual (Cláusula Sexta dos Condicionais Gerais do Contrato), arcar integralmente com eventuais danos a terceiros.

Assinatura do cliente/comunicante: [Assinatura] Data: 25/10/2021 Nome do Funcionário: Marcos Roberto Data: 25/10

Nome completo do cliente: Terceira Viagem Seguradora de Fianças Ltda.
Nome completo do condutor: Araceli Jose Vitor da Silva

TERCEIROS ENVOLVIDOS

Nome completo do proprietário:
Endereço:
Estado: Cep: Tel 1: Tel 2:
Nome completo do condutor: Habitado: ☐ Sim ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não Responsável pelo evento/sinistro: ☐ Condutor ☐ Terceiro Autoriza atendimento, pela seguradora, ao terceiro envolvido na ocorrência? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Nome completo de testemunha:
Endereço: Contato:

Descrição das Avarias/Sinistro:
* ESTAVA PARANDO UM ROTÓRNO A ESQUERDA, UM MOTOCICLETA COLIDIU E EVADIU DO LOCAL

Assumo, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), integral responsabilidade pelas declarações e informações que p
Relatório de Avarias/Aviso de Sinistro, declarando expressamente serem verdadeiras, e autorizo a Localiza Rent a Car a
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 praz
contadas da data da avaria/sinistro. A não apresentação do B.O. ou do seu Protocolo implicará a perda da proteção do carro
e seguro de terceiros e, portanto, a minha aceitação em efetuar o pagamento do valor total da avaria ou sinistro, mediar
obrança bancária ou débito no cartão de crédito, conforme cláusula contratual (Cláusula Sétima das Condições Gerais
car integralmente com eventuais danos a terceiros.

Assinatura do cliente/comunicante: [Assinatura] Data: 25/10/2021 Nome do funcionário: Marcio Roberto Data: 25

Localiza

Relatório de Avarias - Aviso de Sinistro

Modelo de contrato: BASE 001-001 | Data de emissão: 25/10/2021 | Valor: R\$ 1.000,00

Nome completo do cliente: Wesley Wagner Lima da Silva | CPF: 012.345.678-90

Nome completo do responsável: Wesley Wagner Lima da Silva | CPF: 012.345.678-90

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Nome completo do veículo: _____ | Placa: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Plano de seguro: _____ | Modelo do veículo do sinistro: _____

Assinatura: _____

DESCRIÇÃO DAS AVARIAS/SINISTRO - A SER PREENCHIDO PELO CLIENTE

Data	Hora	Local	Descrição do sinistro
_____	_____	_____	_____

Nome completo do testemunha: _____

Endereço: _____

Carro parado em trânsito a esquerda, no vi-
ladrado colidiu e saiu do local

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

3 / 2 / 22

[Assinatura]
Carimbo e assinatura

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

Uma, sob as penas da lei (Art. 209 do Código Penal), sou eu, _____, responsável por fornecer e atualizar as informações que constam neste relatório de Avarias/Aviso de Sinistro, declarando expressamente serem verdadeiras e autênticas e Localiza Real e Cui a utilizar este documento judicial e extrajudicialmente.

Como exigência contratual da Localiza e, caso tenha contratado seguro de terceiros, conforme o seguro contratado, sou eu, _____, responsável por fornecer e atualizar as informações que constam neste relatório de Avarias/Aviso de Sinistro, declarando expressamente serem verdadeiras e autênticas e Localiza Real e Cui a utilizar este documento judicial e extrajudicialmente.

Assinatura do cliente/Responsável	Data	Assinatura do representante	Data
<u>[Assinatura]</u>	<u>25/10/2021</u>	<u>Marcos Roberto</u>	<u>25/10/2021</u>



Internet Banking Empresarial

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

Transferências > Transferir >
Entre Contas Santander, DOC e TED

Transferência finalizada. Veja seu comprovante.

Favorecido	Instituição destino	Conta destino	Data da transferência	Valor: R\$
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	0237 - BCO BRADESCO S A	3090 / 144991	04/02/2022	950,00

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
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

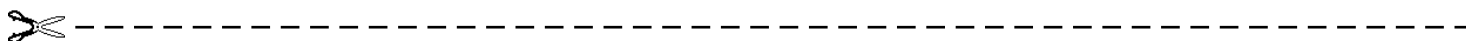
Inscr. Mun: 8.535.324-8
Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL
ABAV: 438 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138306 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00138306	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 946,00	Data de Emissão 17/01/2022	Data de Vencimento 30/01/2022	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 1.42 após 30/01/2022 Multa de R\$ 18.92 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:			
Praca de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU				Impresso em 17/01/2022 16:46:43
Valor por extenso	Novecentos e Quarenta e Seis Reais*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite:		Data: / /		

422-7	Banco Safra S.A.	Recibo do Pagador			
Nosso Número 00005114-4	Espécie R\$	Carteira 1	Aceite N	Espécie Doc. DM	Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9

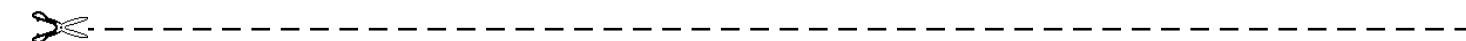
Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A.	422-7	42297.09706 00002.476992 00005.114426 1 88810000094600			
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 Docto. 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
Encargos 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



CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

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

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
Nota débito	Reserva		Câmbio	Valor	Extras	Taxas	Tx.Emb.	Tx.Serviço	Out.Rec.
Nº Pedido	Fornecedor		C. Custos					Nº Confirm.	Solicitante

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	0,00	0,00
Ped.Reserve:	SOFISTICATTO PARK HOTEL		SEM CONTRATO				Daniele	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA	
3730223									
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	0,00	0,00
Total Notas de Débito	860,00	0,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00

Total da Fatura

946,00

to que os produtos/serviços
constantes neste documento foram
Entregues/Realizados nesta data.
21 / 02 / 22
Vânia Gomes Fernandes
Carimbo e Assinatura
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
SUMED - Hospital de Campanha de Formosa

**IMED**INSTITUTO DE
MEDICINA
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTOCUIDANDO
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, KELLY 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 -
FES/IMED - Hospital de Campanha de FormosaFernando F. Tavares
Gerente de Facilities
CAU Nº A 152077-8



Internet Banking Empresarial

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

Transferências > Transferir >
Entre Contas Santander, DOC e TED

Transferência finalizada. Veja seu comprovante.

Favorecido	Instituição destino	Conta destino	Data da transferência	Valor: R\$
AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA	0237 - BCO BRADESCO S A	3090 / 144991	07/02/2022	946,00

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

ABAV: 438

Iata: 57-6-8739-4

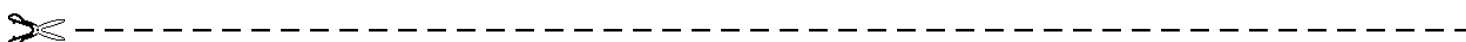
Fax: (11) 3256-4399

FT00138296 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00138296	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 3.562,98	Data de Emissão 17/01/2022	Data de Vencimento 30/01/2022	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 5.34 após 30/01/2022 Multa de R\$ 71.26 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:		
Praca 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 SUA 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

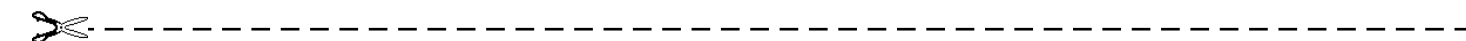
Autenticação Mecânica



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 Docto. DM	Aceite N	Data do 17/01/2022	Nosso Número 00005123-3
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 3.562,98
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encargos p/dia de R\$ 5.34 após 30/01/2022 Após 31/01/2022 cobrar multa de R\$ 71.26					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador	IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000 BELA VISTA				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	Tipo	Emissão	Bilhete/NC/OS	Num. OP	Matrícula	Saída/Período	Rota/Produto
Nota débito	Reserva	Vlr.Original	Câmbio	Valor	Extras	Taxas Tx.Emb.	Tx.Serviço	Out.Rec. Desconto Total
Nº Pedido	Fornecedor	C. Custos		Retirada	Devolução	Nº Confirm.	Solicitante	Tipo de Pagamento

Observação

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: 3715351	LOCALIZA BRASILIA		SEM CONTRATO	(BSB) Brasilia, BR	(BSB) Brasilia, BR	2115185888	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
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/serviços constantes neste documento foram entregues/realizados nesta data: 21/02/22

Carimbo e assinatura da Autorizadora Geral - HEF

Contrato de Gestão Emergencial nº 7844

SES/MED - 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 lata: 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	Matricula	Saida/Periodo	Rota/Produto		
Nota debito	Reserva	Vlr.Original	Câmbio	Valor	Extras	Taxas	Tx.Emb.	Tx.Serviço	Out.Rec.	Desconto	Total
Nº Pedido	Fornecedor		C. Custos					Nº Confirm.	Solicitante	Tipo de Pagamento	
Observação											
Centro Custo: SEM CONTRATO											
	TAVARES/FERNANDO			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: 3732270	SOFISTICATTO PARK HOTEL		SEM CONTRATO					Rafaela	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA		
Cód.Reserva: Rafaela											
SINGLE: Qtde. Aptos: 1 * Qtde. Diarias: 4 * Valor Diária: 215,00 = Total Diárias: R\$860,00											
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 Debito				860,00	0,00	86,00	0,00	0,00	0,00	0,00	946,00

Total da Fatura 946,00

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

21 / 01 / 22

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 7844

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, KELLY 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.

Atesto que os produtos/serviços
constantes neste documento foram
Entregues/Realizados nesta data. *21/01/22*
Carimbo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial Nº 028/2020 -
SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRA GO nº 7844

Fernando F. Tavares
Gerente de Facilities
CAU Nº 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

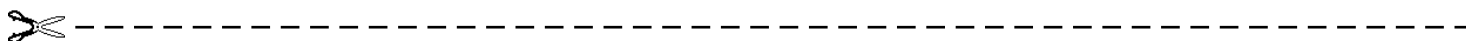
Inscr. Mun: 8.535.324-8
Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL
ABAV: 438 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138297 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00138297	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 2.393,00	Data de Emissão 17/01/2022	Data de Vencimento 30/01/2022	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 3.59 após 30/01/2022 Multa de R\$ 47.86 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:			
Praca 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 SUA 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

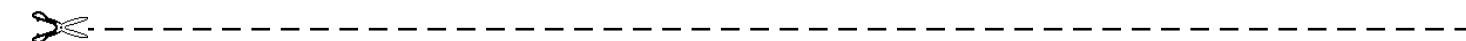
Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A.	422-7	42297.09706 00002.476992 00005.122528 1 88810000239300			
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 FT00138297	Espécie Docto. 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
Encargos 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			19.324.171/0001-02 00005122-5	
Sacador/Avalista	BELA VISTA			SAO PAULO SP	
					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 lata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00138297 - Página 2 de 2

Notas de Débito

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

Observação

Centro Custo: SEM CONTRATO

	SILVA/AURELIO		06/12/2021	VC00371068				03/11/2021 até 03/12/2021		Veiculo: 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.Reserva: 3726829	LOCALIZA BRASILIA		SEM CONTRATO	Brasilia		Brasilia	2115185888	LUCIANA FERNANDES DE SOUZA			
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

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

21/12/2021

Carimbo e assinatura

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

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES

Agência: 2175 Conta: 130088889

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



Pagamento realizado com sucesso.

Beneficiário 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	CPF/CNPJ Beneficiário Original	Razão Social Beneficiário Original
422 - BCO SAFRA S A	43.062.389/0001-02	AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA
Nome Fantasia Beneficiário Original	CPF/CNPJ Pagador Original	Nome Pagador Original
AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA	19.324.171/0001-02	IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS
CPF/CNPJ Pagador Efetivo	Razão Social Pagador Efetivo	Data de Vencimento
19.324.171/0006-09	IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES	30/01/2022
Valor Nominal	Valor Pago	Encargos
2.393,00	0,00	0,00
Desconto	Valor Total a Cobrar	Data / hora da transação:
0,00	0,00	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:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
341 - ITAU UNIBANCO S A	26/01/2022	R\$ 3.063,00	R\$ 3.063,00

34191.76007.65737.642937.83150.390009.4.88860000306300

Instituição Financeira Favorecida	CPF/CNPJ Beneficiário Original	CPF/CNPJ Pagador Original
341 - ITAU UNIBANCO S A	00.000.000/0000-00	00.000.000/0000-00
CPF/CNPJ Pagador Efetivo	Razão Social Pagador Efetivo	Data de Vencimento
19.324.171/0006-09	IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES	04/02/2022
Valor Nominal	Valor Pago	Encargos
3.063,00	3.063,00	0,00
Desconto	Valor Total a Cobrar	Data / hora da transação:
0,00	3.063,00	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 - NFFS-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 SOLUCOES HDFGT S.A.

Nome Fantasia: TICKET LOG

Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000

Município: CAMPO BOM / RS

Telefone: (51) 3590 7900

E-mail:

Site:

LOCAL DE TRIBUTAÇÃO

Campo Bom / RS

RESPONSABILIDADE PELO ISSQN

Prestador de Serviço

REGIME TRIBUTÁRIO

Regime Geral

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

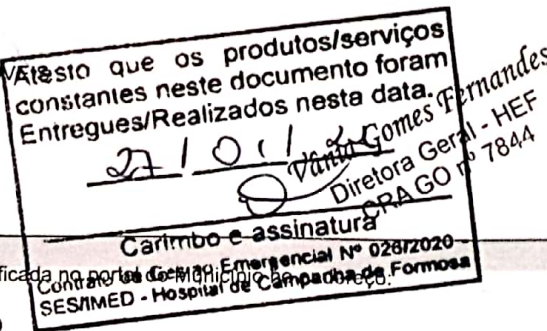
REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 25/01/2022

GESTOR: ANDRE FRANCISCO AMUD

CODIGO CLIENTE: 176643

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

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: 11L.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
------------------------	--------------

SALDOS

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

Vânia Gomes Fernandes
Diretora Geral - HEF
CRAGO nº 7844

Hospital Estadual de Formosa

Dr. César Saad Fayad



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



CONTROLE DE VIAGENS CARROS ADMINISTRATIVOS 2021 - Cartão 02

DATA	MOTORISTA	PREFIXO	SETOR	KM SAIDA	H.SAIDA	SERVIÇO	DESTINO	KM CHEGADA	H.CHEGADA	TOTAL KM
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, URUAÇU	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

Atesto que os produtos/serviços
constantes neste documento foram
Entregues/Realizados nesta data.
21 / 01 / 22
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: 11.216.796/0001-30

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
27/12/2021 12:20:16
TERMINAL: 76004447
DOC: 049737

AUT: 758049737

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 44772

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

COR0002
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

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
SESIMED - 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

CODIGO	QTD. UN.	DESCRIÇÃO	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
124	25,420 LT	OLEO DIESEL B \$10	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/nfca/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6501 0000 0159 8215 8064 7558

Consumidor CNPJ: 19324171000609
IHED - 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: 152214685396946
Data de Autorização: 21/12/2021 12:21:46



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

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
27/12/2021 08:40:40
TERMINAL: 76004447
DOC: 752959

AUT: 758752959

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 58073

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

COR0002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 2.252,12

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

21 / 01 / 2022

Carimbo e assinatura

Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
SESIMED - 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

CODIGO	QTD. UN.	DESCRIÇÃO	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
	13,890 LT	GASOLINA C ADITIVADA	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/nfca/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2588 2016 9613 4015

Consumidor CNPJ: 19324171000609
IHED - 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



1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

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:000300672360
 COMPRA FROTA D:30/12 H:21:36
 A:413645
 ESTAB:0000000000115380

Gasolina Comum
 Km: 59617

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

COR0002
 HOSPITAL DE FORMOSA
 603574*****8810
 Saldo disponível: 1.421,39

Via portador

(Sitef)

Emitido em: 30/12/2021 21:36:22
 Usuário: JUAREZ
 Vendedor:
 Terminal: PDV
 Movimento Caixa: 2250
 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

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UN	VL UNIT	VL
1	GASOLINA COMUM (b:1)				
	HBCI#B51HTQ#E1882758#EF882820#(ATD:LUC				
	AS GUILHERMES VEIGA)				
		22,017	LT	7,299	160,70

QTD TOTAL DE ITENS 1
 VALOR TOTAL R\$ 160,70
 FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$
 Cartão de Crédito 160,70
 TROCO R\$ 0,00

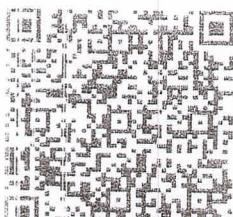
Numero: 000420510 Serie: 1 Emissão 30/12/2021

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://www.nfe.gov.br/pagina/ver/10270/consulta-completa>

5221 1201 1196 0000 0166 6500 1000 4206 5010 0269 5157
 Protocolo 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\$: 21,01 Federal, 48,21 Estadual e 0,00 Municipal

Fonte IBPT D9E24F
 IBPT/empresometro.com.br

Tributos incidentes Lei Federal 12.741/12

Total R\$ 69,82

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

2a. VIA - CLIENTE

ESTAB: 880200900010918
 03/01/2022 10:51:18
 TERMINAL: 76004447
 DOC: 824807

AUT: 759824807

TICKET LOG

COMPRA
 Gasolina Aditivada
 Km: 59957

	Litros	Valor
Abast.	30,38	216,58
Valor Total		216,58

COR0002
 HOSPITAL DE FORMOSA
 603574*****8810
 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 Nº 026/2020 -
 SES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa

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
01010		
QTD UN.	VL UNIT(R\$)	
30,380 LT	7,129	216,58
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/nfcdanfeNFCe>
 5222 0111 2167 9600 0130 6500 3000 2593 3716 7196 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



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

2a. VIA - CLIENTE

ESTAB.: 3802009000109/8
04/01/2022 11:53:45
TERMINAL: 76004447
DOC: 026237

ALT: 760026237

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Aditivada
Km: 60324

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

COR0002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 990,84

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ: 11216796000130
2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 3802009000109/8
04/01/2022 09:05:51
TERMINAL: 76004447
DOC: 719930
ALT: 760719930

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Comar
Km: 61027

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

COR0002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 575,19

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

21 / 01 / 2022

Carimbo e assinatura

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

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
30,000 LT	7,129	213,87

Qtde. 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/nfeueb/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
Formosa - 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



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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
24,190 LT	7,129	172,45

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/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5222 0111 2167 9600 0130 6500 1000 2996 7519 4053 4349

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

NFC-e NR: 299675 Série:1 10/01/2022 09:08:55

Protocolo de Autorização: 152224745119239
Data de Autorização: 10/01/2022 09:08:54



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: 113232

AUT: 761113232

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 61352

	Litros	Valor
Abast.	26,92	200,53
Valor Total		200,53

COR0002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponivel: 374,66

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
Abast.	22,39	166,78

HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 61646

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

21 / 01 / 2022

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
Formosa - GO

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

QTD. UN.	DESCRIÇÃO	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
26,920 LT	GASOLINA C ADITIVADA	7,449	200,53
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/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5222 0111 2167 3600 0130 6500 3000 2602 2111 9335 3492

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

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

Protocolo de Autorização: 152224751520631
Data de Autorização: 12/01/2022 10:47:16



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

QTD. UN.	DESCRIÇÃO	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
22,390 LT	GASOLINA C ADITIVADA	7,449	166,78
Total de Itens			22,390
Valor Total R\$			166,78
FORMA PAGAMENTO			VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito			166,78

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sites/nfce/danfeNFCe>
5222 0111 2167 3600 0130 6500 3000 2603 2511 2238 0210

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

NFC-e NR: 260325 Série:3 13/01/2022 10:32:28

Protocolo de Autorização: 152224754498299
Data de Autorização: 13/01/2022 10:32:26



POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
13/01/2022 16:41:02
TERMINAL: 76004447
DOC: 349734

AUT: 761349734

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 61934

	Litros	Valor
Abast.	19,29	143,69
Valor Total		143,69

COR0002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 64,19

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
17/01/2022 12:17:09
TERMINAL: 76004447
DOC: 863478

AUT: 761863478

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Aditivada
Km: 62569

	Litros	Valor
Abast.	8,59	63,99
Valor Total		63,99

COR0002
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8810
Saldo disponível: 0,20

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

21 / 01 / 2022

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
Formosa - GO

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
QTD. UN.	VL UNIT(R\$)	
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/nfevib/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: 260372 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 COM DE COMB E LUBRIFICANTES LTDA
MAESTRO J L ESPIRITO SANTO, 1234 - - PARQUE LAGUNA
Formosa - GO

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	TOTAL
QTD. UN.	VL UNIT(R\$)	
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/nfevib/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:	Data do pagamento	Valor nominal	Valor total a pagar
TICKET SOLUCOES HDFGT SA	04/01/2022	R\$ 3.063,00	R\$ 3.063,00

34191.76007.64645.352937.83150.390009.1.88640000306300

Instituição Financeira Favorecida	CPF/CNPJ Beneficiário Original	Razão Social Beneficiário Original
341 - ITAU UNIBANCO S A	03.506.307/0001-57	TICKET SOLUCOES HDFGT SA
Nome Fantasia Beneficiário Original	CPF/CNPJ Pagador Original	Nome Pagador Original
TICKET SOLUCOES HDFGT SA	19.324.171/0001-02	IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST
CPF/CNPJ Pagador Efetivo	Razão Social Pagador Efetivo	Data de Vencimento
19.324.171/0006-09	IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DES	13/01/2022
Valor Nominal	Valor Pago	Encargos
3.063,00	3.063,00	0,00
Desconto	Valor Total a Cobrar	Data / hora da transação:
0,00	3.063,00	04/01/2022 11:34:54
Autenticação		
IBE14104BB927E14A89A40D		

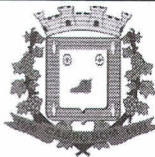

Transação exclusiva para pagamento de Boleto. O pagamento será processado somente se informados corretamente os dados do boleto. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os boletos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo 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 - NFFS-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 / 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 41008362	Vencimento 13/01/2022	Valor 3.063,00																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO</th> </tr> <tr> <th>Descrição</th> <th>Qtd / Unid</th> <th>Valor Bruto</th> <th>Desconto</th> <th>Retenção</th> <th>Valor líquido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL</td> <td>0,00</td> <td>3.000,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>3.000,00</td> </tr> </tbody> </table>			ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO						Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido	REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	3.000,00	0,00	0,00	3.000,00
ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO																				
Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido															
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	3.000,00	0,00	0,00	3.000,00															
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS																				
Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN													
20019 - TAXA BANCARIA	10.05	2,00	3,00	1,00 / UN	0,00	3,00	0,06													
20019 - TAXA SOBRE SERVICO ABASTECIMENTO/SERVICOS	10.05	2,00	60,00	1,00 / UN	0,00	60,00	1,20													
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 3.063,00																				
DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO																				
Valor de Serviço 63,00	Itens Não Tributáveis 3.000,00		Desconto Condicional 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																				

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

11 / 01 / 2022

Tharley Sousa Silva
Gerente ADM-HEF
CRA GO nº 17965

Carimbo e assinatura

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

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

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
13/12/2021 08:16:20
TERMINAL: 76004447
DOC: 571371

AUT: 756571371

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 54910

	Litros	Valor
Abast.	28,21	199,99
Valor Total		199,99

CORC001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 2.300,91

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 880200900010918
15/12/2021 09:49:18
TERMINAL: 76004447
DOC: 019908

AUT: 757019908

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 55149

	Litros	Valor
Abast.	35,44	251,23
Valor Total		251,23

CORC001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 2.049,68



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
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
28,050 LT	7,129	199,97
Acréscimo: 0,03		
Total de Itens		28,050
Valor Total R\$		199,97
Acréscimo R\$		0,03
Valor a Pagar R\$		200,00
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito-VISA		199,99
Troco		0,01

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevib/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2574 4618 2928 7666

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

NFC-e NR: 257448 Série:3 13/12/2021 08:13

Protocolo de Autorização: 15221465923510
Data de Autorização: 13/12/2021 08:13:10



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 -
RESIMED - Hospital de Campanha de Formosa



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
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
35,240 LT	7,129	251,23
Total de Itens		
Valor Total R\$		251,23
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito		251,23

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevib/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2577 3819 2408 9510

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

NFC-e NR: 257738 Série:3 15/12/2021 09:50:35

Protocolo de Autorização: 152214665894644
Data de Autorização: 15/12/2021 09:50:33



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 109,53
R\$: 33,66 Federal e 75,87 Estadual

POSTO PORTAL
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 40 LT 9

CNPJ 06051997000195

2a. VIA - CLIENTE

ESTAB.: 880200900033053

15/12/2021 17:33:31

TERMINAL: 76017313

DOC: 115356

AUT: 757115356

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Comum

Km: 55492

	Litros	Valor
Abast.	26.26	178,31
Valor Total		178,31

COR0001

HOSPITAL DE FORMOSA

603574*****8802

Saldo disponível: 1.871,37

POSTO PARANA
AV MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CNPJ 11216796000130

2a. VIA - CLIENTE

ESTAB.: 880200900010918

15/12/2021 22:28:52

TERMINAL: 76004447

DOC: 152636

AUT: 757152636

TICKET LOG

COMPRA

Gasolina Aditivada

Km: 55787

	Litros	Valor
Abast.	23,95	170,74
Valor Total		170,74

COR0001

HOSPITAL DE FORMOSA

603574*****8802

Saldo disponível: 1.700,63

PARANÁ LTDA
CNPJ 11216796000130
AVENIDA PERIMETRAL NORTE 50 QD 40 LT 9
FORMOSA - GO

DANFE PDF - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
NÃO permite aproveitamento do crédito de ICMS

Descrição	Quant.	Unitário	Total
Item ANP			
GASOLINA C	26.26 L	6.790	178.310
Valor de Itens:			1.000
Valor R\$:			178.310
Pagar R\$:		178.310	
Pagamento			Valor Pago
Crédito			178.310

Total Tributos (Lei 12.741/2012)

ICMS 12.741/2012

Tributos R\$ 0,00 Federal, 53,40 Estadual, 0,00 Municipal

Encargos: 946,44, 349, 946,30, 6,10

16496 - ROLAMENTO RIBEIRO DA SILVA Itens [1]

OPERADOR PAGADOR PDV

FORMAL

Entidade em Contingência

Número: 842344 Série: 1 Emissão: 15/12/2021 17:34:40

Via Consumidor

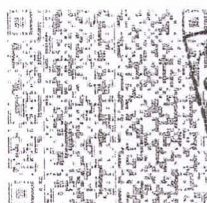
Consulte pela chave de acesso em

<http://www.nfce.go.gov.br/ncst/ver/211344/consulta-nfce>

CHAVE DE ACESSO

522112060550001256300003423449636314447

Consumidor não identificado
Consulte via leitor de QR Code



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 -
SESIMED - Hospital de Campanha de Formosa

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

CODIGO	QTD.	UN.	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
2	23,950	LT	7,129	170,74
Qtde. Total de Itens				23,950
Valor Total R\$				170,74
FORMA PAGAMENTO				VALOR-PAGO R\$
Cartão de Crédito				170,74

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeueb/sitas/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9800 0130 8500 2000 3336 0411 3701 9116

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

C-e NR: 333684 Série: 2 15/12/2021 22:30:19

Protocolo de Autorização: 152214688501563
Data de Autorização: 15/12/2021 22:30:19



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 74,44
R\$: 22,88 Federal e 51,56 Estadual

NCF: B28 E11412060550 EF1412093510 V23,950
Codigo [1] IE/RG: []
Atendente: 46700 0111800 0111800 0111800

POSTO PARANA
AV. MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO
CAP. 11216796000130

Za. VIA - CLIENTE
ESTAB.: 88020090000098
16/12/2021 09:03:59
TERMINAL: 76004447
DOC: 155313

AUT: 757155313

TICKET LOG

COMPRA
Etanol
Km: 149808

Abast.	27,51	148,53
valor total		148,53

COROCO:
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 1.552,10



REDE

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
8	ETANOL HIDRATADO COMBUSTIVEL	
27,510 LT	5,399	148,53
Desconto: 0,03		

Qtde. total de itens	27,510
Valor Total R\$	148,53
Desconto R\$	0,03
Valor a Pagar R\$	148,50
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	148,50

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfce/danfeNFCe>
3221 1211 2187 9600 0130 8500 2000 3336 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

cielo
EXIBO DOCUMENTO FISCAL DE Nº INDICADO NESTE TIPO

getnet

GOODCARD

REDE GETNET TECNOLOGIA
POSTO IRMAOS CARRIJO
GO 330 0 KM 82
25025354000111

16/12/2021 09:27:33
CARTÃO: 8882
POS: 00000000000000000000000000000000
AUT: 75712596 ver: 03.1010 1120 1120 1120
COMPRA FUEL CONTROL
Em 56148 lts Valor
Abast: 26,67 175,49
Valor Total: 175,49
COROCO1

Gasolina comum
Saldo disponível: 1.570,61
Cil: 0-16026492

HOSPITAL DE FORMOSA
Za. Via - Cliente
V-GO-330 010 1120 1120 1120

POSTO CARRIJO

CNPJ: 25.025.354/0001-11 AUTO POSTO CARRIJO 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	VI Unit.	VI 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 9253 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: 152214669024267
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: 11.216.796/0001-30

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

AUT: 757315432

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 56396

	Litros	Valor
Abast.	9,85	140,72
Valor Total		140,72

CORC001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 1.235,89

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

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

AUT: 757316864

TICKET LOG

COMPRA
Gasolina Comum
Km: 98099

	Litros	Valor
Abast.	33,86	240,03
Valor Total		240,03

CORC001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 779,00



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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
2	GASOLINA COM ADITIVADA	
19,740 LT	7,129	140,73
Qtde. 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 1074 0769

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

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

Protocolo de Autorização: 152214670544191
Data de Autorização: 16/12/2021 16:31:20



Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/12)
Total R\$ 61,36
R\$: 18,86 Federal e 42,50 Estadual

BCF:806 E11580228.580 EF1580240.320 V19.740

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
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		
Qtde. 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 6501 0000 0157 2117 1192 7356

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 16:34:06

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 -
RES/IMED - Hospital de Campanha de Formosa



Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/12)
Total R\$ 104,65
R\$: 32,16 Federal e 72,49 Estadual

BCF:820 E11666064.200 EF1666081.370 V17.180
BCF:821 E10262261.720 EF0262276.650 V16.930
Codigo:[1] IE/RG: []
Atendente: 98212-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

Abast.	Litros	Valor
Valor Total	16,93	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

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

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

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	QTD.	UN.	DESCRIÇÃO	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
	16,830	LT	GASOLINA C ADITIVADA	7,129	119,98
Acrescimo: 0,02					
Itde. Total de Itens					16,830
Valor Total R\$					119,98
Acrescimo 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/nfevb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2579 9313 4816 8098

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 257993 Série:3 17/12/2021 10:04:16

Protocolo de Autorização: 152214672439876
Data de Autorização: 17/12/2021 10:04:16



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 52,32
R\$: 16,08 Federal e 36,24 Estadual

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	QTD.	UN.	DESCRIÇÃO	VL. UNIT(R\$)	TOTAL
	25,920	LT	GASOLINA C ADITIVADA	7,129	184,78
Itde. Total de Itens					25,920
Valor Total R\$					184,78
FORMA PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito					184,78

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevb/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2582 0416 3146 9652

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

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



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/MED - Hospital de Campanha de Formosa

Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 80,58

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 disponível: 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: 332414

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 disponível: 301,70



REDE

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
34,070 LT	7,129	242,89

Qtd. Total de Itens	34,070
Valor Total R\$	242,89
JRMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	242,89

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevib/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2584 8511 4243 1147

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

NFC-e NR: 258485 Série:3 22/12/2021 18:00:08

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



Tributos Incidentes (Lei federal 12.741/12)
Total R\$ 105,90
R\$: 32,55 Federal e 73,35 Estadual



REDE

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	TOTAL
QTD. UN.	VL. UNIT(R\$)	
20,550 LT	7,129	146,50

Qtd. Total de Itens	20,550
Valor Total R\$	146,50
JRMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito	146,50

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sefaz.go.gov.br/nfevib/sites/nfce/danfeNFCe>
5221 1211 2167 9600 0130 6500 3000 2585 1510 0794 4540

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e NR: 258515 Série:3 22/12/2021 22:14:29

Protocolo de Autorização: 152214691344503
Data de Autorização: 22/12/2021 22:14:28

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

27/12/21

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\$ 83,87
R\$: 19,63 Federal e 44,24 Estadual

ECF:806 E11564492,390 EF1564512,940 V20,550
Codigo:[1] IE/RG: []
Atendente: 27096-WELLISSON JORGE DOS SANTOS

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

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

COR0001
HOSPITAL DE FORMOSA
603574*****8802
Saldo disponível: 0,61

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 -
SESIMED - Hospital de Campanha de Formosa



ACEDE

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

QTD, UN.	VL UNIT(R\$)	TOTAL
8,280 LT	7,129	59,03
Desconto: 0,03		

Idde. 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 2167 9600 0130 8500 3000 2588 1915 8624 5148

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

WCF: B22 E10257010, 720 EF0257019, 000 V8,280.
Codigo: [28148] IE/RG: []
Atendente: 7986-ANDERSON TAVARES BARBOSA
DANFE REIMPRESSAO
PETROS - 2.21.11.08 - www.adaptive.com.br

Carimbo e assinatura
Contrato de Gestão Emergencial Nº 026/2020 -
SES/IMED - 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 LOCAÇÃO

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

III - DO PRAZO DE LOCAÇÃO E RESCISÃO

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

V - DAS CONDIÇÕES DO IMÓVEL LOCADO

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

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

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

VI - DAS BENFEITORIAS

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



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

VII - CONDIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

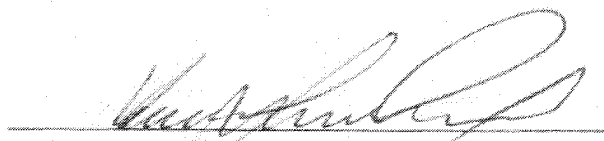
VIII - DO FORO

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

Alu

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

Formosa-GO, 31 de maio de 2021.



Valmor José Caye

(Locador)



IMED-Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

(Locatário)

Testemunhas:

1) Duaga Bastos Wrold

Nome: Duaga Bastos Wrold

RG: 6034433

CPF: 078.384.835-08

2) Alro G. Deurochilho

Nome: Alro Gomes Deurochilho

RG: 6039353

CPF: 040.916.521-23