



Trindade, 06 de agosto de 2025.

| Fornecedor | CPF/CNPJ | Tipo de Despesa | Referência | Valor | Vencimento | Pagamento | Descrição |
|---|--------------------|-------------------------------|------------|----------|------------|------------|---|
| RENATO ROQUE DE BRITO | 426.490.301-78 | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS | JULHO | 2.159,26 | 01/07/2025 | 01/07/2025 | Despesa com pagamento de aluguel |
| DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA | 243.691.521-00 | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS | JULHO | 5.900,00 | 11/07/2025 | 11/07/2025 | Despesa com pagamento de aluguel |
| LAZARA DE JESUS SILVA | 426.490.301-78 | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS | JULHO | 2.111,80 | 11/07/2025 | 11/07/2025 | Despesa com pagamento de aluguel |
| LCA VIAGENS E TURISMO LTDA | 43.062.389/0001-02 | VIAGENS | 122251 | 1.213,76 | 17/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com Hospedagem do Fernando Tavares - periodo de 23/06/2025 a 27/06/2025 |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 121198504 | 404,04 | 17/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com pagamento de energia - GALPÃO |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 40269012 | 916,53 | 17/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com pagamento de energia - FATURAMENTO |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 109310380 | 327,81 | 17/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 10930380 | 273,86 | 17/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório |
| SANEAMENTO DE GOIÁS S.A | 01.616.929/0001-02 | ÁGUA | 1424193-5 | 412,66 | 26/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com pagamento de água - Escritório |
| SANEAMENTO DE GOIÁS S.A | 01.616.929/0001-02 | ÁGUA | 2679930-8 | 40,17 | 17/07/2025 | 17/07/2025 | Despesa com pagamento de energia - GALPÃO |
| SANEAMENTO DE GOIÁS S.A | 01.616.929/0001-02 | ÁGUA | 2480751-6 | 134,25 | 26/07/2025 | 18/07/2025 | Despesa com pagamento de energia - FATURAMENTO |

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.

ANDRE SILVA
SADER:17072541845

Assinado de forma digital por ANDRE
SILVA SADER:17072541845
Dados: 2025.08.06 17:09:48 -03'00'

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Fundamento legal: Fundamento legal: Item 12.1.v da Minuta Padrão do Contrato de Gestão-PGE.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 00012 / 1292 / 000580133732-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 237 - BCO BRADESCO S.A. - 060746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 1633 / 17868-3 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | RENATO ROQUE DE BRITO |
| CPF/CNPJ: | 426.490.301-78 |
| Valor: | R\$ 2.159,26 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | ALUGUEL RENATO ROQUE DE B |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/07/2025 |
| Data / Hora da operação: | 01/07/2025 13:27:13 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 55218836 |
| Chave de segurança: | AT499KPL87NQV6K2 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL PARA FINS
NÃO RESIDENCIAIS – Nº 010/2023**

RENATO ROQUE DE BRITO

E

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

De um lado, **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 33, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente “LOCATÁRIO” ou “IMED”; e, de outro lado,

RENATO ROQUE DE BRITO, brasileiro, casado, comerciante, portador da Cédula de Identidade RG nº 167.590-0 SSP/GO e inscrito no CPF/MF sob o nº 426.490.301-78, residente e domiciliado na Rua Sebastião Prates de Oliveira, Qd. 20, Lt. 13, nº 46, Cristina II, Trindade - GO, CEP.: 75389-131, doravante denominada simplesmente “LOCADOR”.

- i. Considerando que, em 09 de outubro de 2023, foi celebrado entre as Partes o Contrato de Locação de Imóvel Para Fins Não Residenciais Nº 010/2023) - (o “Contrato”) para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à referida Unidade de Saúde, tendo em conta que o mesmo é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES / GO);

All

Renato
Renato

- ii. Considerando que a vigência do referido Contrato tem como data final o dia 31/10/2024 e que as Partes possuem interesse em renová-lo por mais 12 (doze) meses; e
- iii. Considerando que, as Partes após negociação e conforme previsão disposta no item "b" da Cláusula IV do Contrato, desejam, de comum acordo, reajustar o valor atual da contraprestação mensal do aluguel,

têm as Partes entre si justo e contratado firmar o presente **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO** de Locação de Imóvel Para Fins Não Residenciais N° 010/2023 (o "Instrumento"), conforme termos e condições a seguir especificadas:

1. OBJETO:

- 1.1 Pelo presente Instrumento, prorroga-se a vigência do Contrato por mais 12 (doze) meses, contados a partir da data prevista do seu término (31.10.2024), passando este a vigor até 31 de outubro de 2025.
- 1.2 As Partes, formalizam pelo presente Instrumento, o reajuste, a partir do dia 1º de novembro de 2024, do valor do aluguel com base no índice IPCA-IBGE acumulado nos últimos 12 (doze) meses, qual seja: 7,96% (sete vírgula noventa e seis por cento).
- 1.3 Em razão do reajuste mencionado no item "1.2" acima, a partir do dia 1º de novembro de janeiro de 2024, o valor mensal do aluguel passa a ser de R\$ 2.159,26 (dois mil, cento e cinquenta e nove reais e vinte e seis centavos).

2. DA RATIFICAÇÃO:

- 2.1 Permanecem inalteradas e neste ato são ratificadas pelas Partes todas as demais cláusulas e condições previstas no Contrato e em seu(s) eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) que não tenha(m) sido expressamente alteradas por este Instrumento. Em caso de divergência entre as disposições previstas no Contrato ou em seus eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) e neste Instrumento, prevalecerão as disposições contidas neste Instrumento.

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

- 3.1 Este Instrumento é celebrado em caráter irrevogável e irretratável, obrigando as Partes e seus sucessores ao cumprimento do mesmo.

*Alberto
Ribeiro*

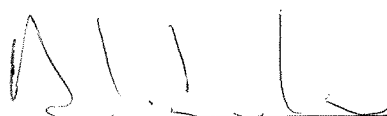
AM

3.2 Não será considerada precedente, novação ou renúncia, a tolerância pelas partes contratantes, quanto a eventuais concessões da outra Parte, relativamente às condições estabelecidas neste Instrumento.

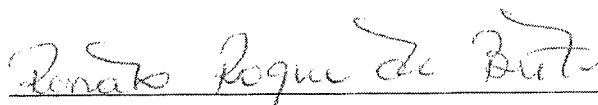
3.3 O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua assinatura.

E, por estarem justas e contratadas, firmam as Partes e 02 (duas) testemunhas o presente Instrumento para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura eletrônica deste Instrumento, ele produzirá efeitos a partir da abaixo mencionada, independentemente da data em que for assinado pelas Partes; e (ii) na hipótese de assinatura na forma física, o Instrumento deverá ser entregue em 02 (duas) vias em igual teor e valor.

Trindade-GO, 29 de outubro de 2024.



IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO



RENATO ROQUE DE BRITO

Testemunhas:

1)

Nome: Maya M^o Moraes Almeida

R.G.: 34.535.030-3

C.P.F.: 299.274.808-03

2)

Nome: Leonardo Coimbra

R.G.: 41296471-5

C.P.F.: 346028938-48



Demonstrativo de Pagamento

Tipo de Serviço: Pagamento a Fornecedor

Seu Número 000000 Nosso Número 000000000 Uso da Empresa Pagamento 02/07/2025

Códigos do Banco Favorecido

| Comp. | Banco | Agência /DV | Nº da conta favorecido | Valor |
|-------|-------------------------------|-------------|------------------------|--------------|
| | 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 01241 - 0 | 000045014 - 8 | R\$ 5.900,00 |

Nome Favorecido/ CPF ou CNPJ
DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA
290.477.061-53

Valor por Extenso
cinco mil, novecentos reais

Endereço Favorecido

| Banco Pagador | Agência Pagadora | Conta Pagadora |
|--------------------------------|------------------|----------------|
| 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 00012 - 4 | 00006869 - 1 |
| Pagadora IMED (HET) | | |
| CPF/CNPJ 19.324.171/0004-47 | | |

Forma de Lançamento: TED

A transferência de crédito através de DOC se realiza na mesma praça ou entre praças integrantes do mesmo sistema de Compensação Local ou Regional

O Banco não é responsável pela demora ou no cumprimento da transferência por erro de preenchimento/informações incorretas.

Autenticação
Mecânica

| |
|--|
| |
|--|



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Transação realizada via convênio de Pagamentos

| | | |
|--------------------|-----------------------------|--|
| Nome do remetente: | IMED (HET) | |
| CNPJ/CPF: | 19.324.171/0004-47 | |
| Conta de origem: | 00012 / 0003 / 00006869 - 1 | |

| | | |
|----------------------|--------|------------------------|
| Convênio: | 442049 | |
| Tipo de Compromisso: | 0001 | Pagamento a Fornecedor |
| Compromisso: | 0001 | |
| NSA: | 002418 | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Conta destino: | 01241- 0 / 0000 / 000045014 - 8 | |
| Nome do destinatário: | DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA | |
| Valor: | R\$ 5.900,00 (cinco mil, novecentos reais) | |
| Data da operação: | 11/07/2025 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Autenticação Bancária: | 264402E9C9F204DDCA6EE9000 |
|-------------------------------|---------------------------|

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL PARA FINS NÃO RESIDENCIAIS
Nº 006/2025

I - DAS PARTES CONTRATANTES

LOCADOR: DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, comerciante, portador da Cédula de Identidade RG nº 146.6985 e inscrito no CPF/MF sob o nº 290.477.061-53, residente e domiciliado na 60 Freshfields Newmarket Suffolk CB8 OEG, doravante denominado simplesmente "**LOCADOR**";

ADMINISTRADOR: DIVINO ALVES DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, torneiro mecânico, portador da Cédula de Identidade RG nº 1174848 e inscrito no CPF/MF sob o nº 243.691521-00, residente e domiciliado na Rua Nossa Senhora da Abadia, nº 298, Jardim Nossa Senhora do Perpetuo Socorro, Trindade/GO, CEP.: 75390245, doravante denominado simplesmente "**ADMINISTRADOR**"; e

LOCATÁRIO: IMED- INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 33, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial estabelecida em Trindade- GO, à Rua 3, Jardim Primavera, Qd. 4, Lt. 10, CEP 75380-000 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente "**LOCATÁRIO**" ou "**IMED**".

Considerando que:

- a) O **LOCATÁRIO** é organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN), conforme Contrato de Gestão



firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES / GO);

- b) O Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (HETRIN) encontra-se em fase de ampliação e reforma, com objetivo de expandir a sua capacidade, aumentando de 56 (cinquenta e seis) para 149 (cento e quarenta e nove) leitos de internação;
- c) Devido às obras, o HETRIN enfrenta falta de espaço para armazenar os materiais e equipamentos adquiridos;
- d) A locação torna-se indispensável em razão da chegada de diversos equipamentos médicos hospitalares e mobiliários destinados ao investimento na ampliação do HETRIN, que incluirá a abertura de novos setores nos meses de junho, setembro e outubro. Entre os itens previstos, destaca-se a aquisição de mais de 100 (cem) camas hospitalares, para as quais atualmente não há espaço disponível para armazenamento; e
- e) Os equipamentos incluem camas hospitalares, aparelhos para o centro cirúrgico e a agência transfusional, além de equipamentos para o CME e mobiliário para as enfermarias

Resolvem as Partes celebrar o presente **CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL** (o "contrato de locação"), conforme termos e condições a seguir ajustados:

II - DO OBJETO DA LOCAÇÃO

- a) O presente contrato tem como objeto a locação do imóvel situado na cidade de Trindade-GO, à Rua Padre Geraldo, Quadra 01, Lote 04, Jardim Primavera, CEP: 75.390.310, **destinado exclusivamente para fins não residenciais, especificamente para armazenamento e guarda dos materiais e equipamentos recebidos/adquiridos para equipar as novas alas do HETRIN e demais providências correlatas.**

III - DO PRAZO DE LOCAÇÃO E RESCISÃO

- a) Este contrato de locação terá vigência do dia 07/02/2025 (data em que as partes acordaram para o início da locação) até o dia 07/02/2026, podendo, caso necessário, ser prorrogado, desde que haja interesse mútuo e consensual e seja formalizado mediante Termo Aditivo devidamente assinado pelos representantes legais das partes.




- b) Findo o prazo estipulado da locação, se o locatário permanecer no imóvel por mais de 30 (trinta dias) sem oposição do locador, presumir-se-á prorrogada a locação nas condições ajustadas, mas sem prazo determinado.
- c) A pretensão rescisória poderá ocorrer a qualquer momento, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias, sem direito a qualquer tipo de indenização ou multa a nenhuma das partes.
- d) O presente contrato de locação será rescindido, de forma automática, caso haja, por qualquer motivo, rescisão do Contrato de Gestão mencionado no Considerando "a" acima, não cabendo ao **LOCATÁRIO** realizar o pagamento de qualquer multa e/ou indenização ao **LOCADOR** ou ao **ADMINISTRADOR**, 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.
- e) Ocorrerá a rescisão do presente contrato de locação, independentemente de qualquer comunicação prévia ou indenização por parte do **LOCATÁRIO**, nas seguintes hipóteses:
- em caso de conclusão das obras e instalação dos equipamentos; ou
 - na hipótese de desapropriação do imóvel alugado.

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

- (a) O **LOCATÁRIO** pagará ao **LOCADOR**, a título de aluguel do imóvel ora locado, o valor mensal de **R\$ 5.900,00 (cinco mil e novecentos reais)**, todo dia 07 (sete) de cada mês (ou no primeiro dia útil caso este recaia em dias de sábado, domingo e/ou feriado), **sendo que o primeiro aluguel deverá ser pago em até 10 (dez) dias úteis da assinatura do Contrato**, mediante depósito/transferência na conta bancária do **LOCADOR**: Devair Alves de Oliveira, Caixa Econômica Federal, Agência nº 1241, Conta Corrente nº 45014-8, o qual será reajustado pelo IPCA, em caso de renovação do prazo inicial de locação (ou por outro índice que vier a substituir o IPCA).
- (b) Os aluguéis e encargos que não forem quitados dentro do prazo acima indicado, serão corrigidos pela variação acumulada do índice do IPCA, até o efetivo pagamento, considerado igual a 0 (zero) na hipótese de deflação, e acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.
- (c) O pagamento de parcelas posteriores não significa a quitação de eventuais parcelas



anteriores.

(d) O preço mensal da locação tem com data-base o mês de assinatura do Contrato e poderá ser reajustado anualmente mediante livre negociação entre as partes. A título meramente referencial, fica eleito como critério de reajuste o IPCA, sendo certo que, na hipótese de extinção, deverá, de comum acordo, ser eleito um outro índice de correção que melhor se adapte a este Contrato.

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

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

(g) O LOCADOR não estará obrigado a renovar o contrato de locação se, por determinação do poder público, tiver que realizar no imóvel obras que importarem na sua radical transformação ou para fazer modificações de tal natureza que aumente o valor do negócio ou da propriedade.

V - DAS CONDIÇÕES DO IMÓVEL LOCADO

(a) O **LOCATÁRIO** declara ter recebido o imóvel ora locado nas condições de uso e conservação dispostas nas fotografias contidas no Anexo Único do presente contrato de locação.

(b) O **LOCATÁRIO** se obriga a manter o imóvel objeto deste contrato de locação nas mesmas condições de uso e conservação em que o 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 uso e 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 ou do ADMINISTRADOR. As benfeitorias necessárias, ainda que não autorizadas, as úteis e as voluptárias, desde que autorizadas pelo **LOCADOR ou pelo ADMINISTRADOR**, 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** ou do **ADMINISTRADOR**, manifestado por escrito, sob pena de ação judicial de despejo do imóvel com retorno da posse do **LOCADOR**, na forma da legislação aplicável.

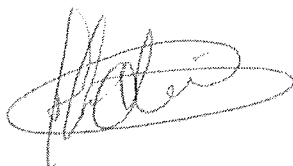
(b) Fica avençado que o **LOCADOR** ou o **ADMINISTRADOR**, pessoalmente ou por seu procurador constituído para tal finalidade, poderá examinar e vistoriar o imóvel locado, quando entender conveniente, mediante comunicação prévia de, pelo menos, 5 (cinco) dias de antecedência.

(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 pelo **LOCADOR** ou pelo **ADMINISTRADOR**, também mediante comunicação prévia de, pelo menos, 5 (cinco) dias de antecedência. Se houver a efetivação do negócio, o **LOCADOR** poderá ser mantido na posse do imóvel durante a vigência do contrato de locação, exceto se o(s) adquirente(s) optar(em) por denunciar o contrato no prazo de 90 (noventa) dias do registro da venda ou do compromisso de compra e venda firmado. Após esse prazo, presume-se a manutenção da locação.

(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.

(f) Aos casos omissos ou aos que não conflitem com este contrato de locação, aplica-se o disposto na Lei federal nº 8.245, de 18 de outubro de 1991



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 de locação amigavelmente. Caso não seja possível a composição amigável, as partes elegem o foro da Comarca de São Paulo-SP para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do mesmo.

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 indicadas.

Trindade-GO, 07 de fevereiro de 2025.

Devaír Alves de Oliveira

DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA

(Locador)

Divino Alves de Oliveira

DIVINO ALVES DE OLIVEIRA

(Administrador)

IMED

IMED-Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

(Locatário)

Testemunhas:

1) *[Assinatura]*
Nome: *Nayla Maria Mendes Almeida*
RG: 34.535.030-3
CPF/MF: 299.294.803-03

2) _____
Nome: _____
RG: _____
CPF/MF: _____

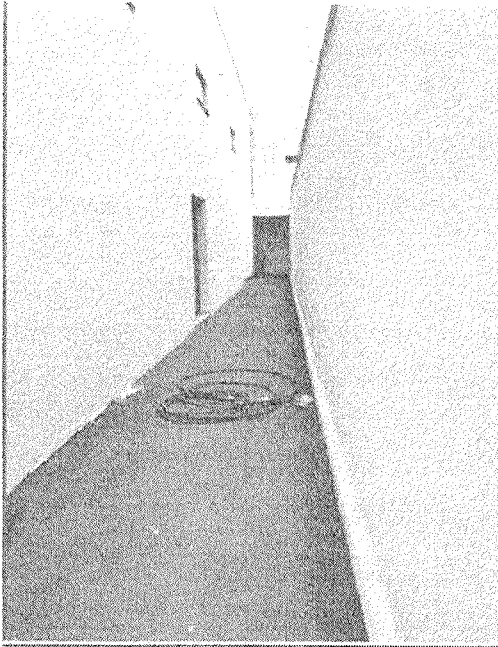


04782502034346824300880, 04782502034349924300881
Consulte <http://extrajudicial.tigo.jus.br/seio>
Reconheço por verdadeira as assinaturas indicadas de DIVINO ALVES DE OLIVEIRA e DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA. Dou Fe. *0099 *99557F. Trindade-GO, 10 de fevereiro de 2025.

Em Test. *[Assinatura]* da Verdade
Karla Rosa dos Santos -
Escrivente

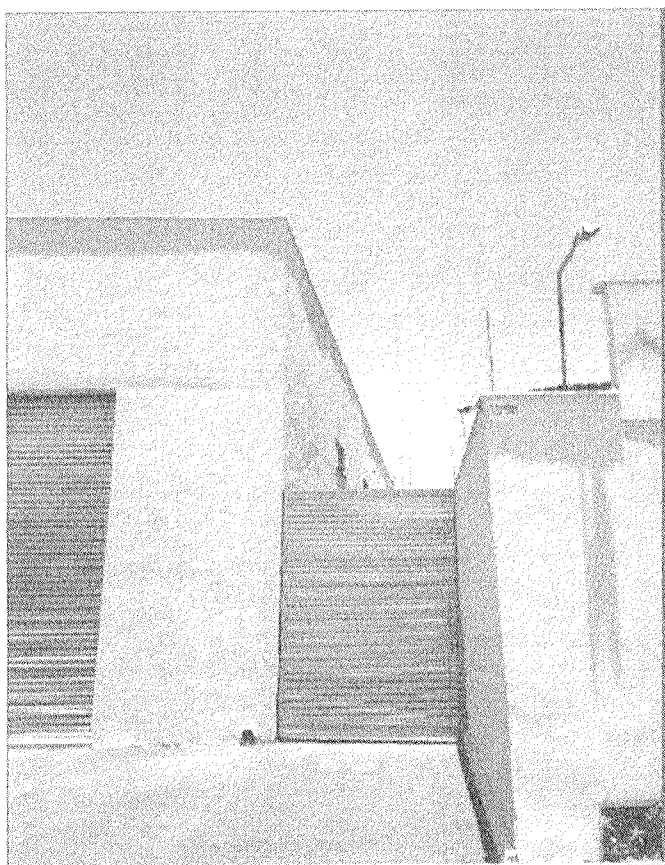


ANEXO ÚNICO



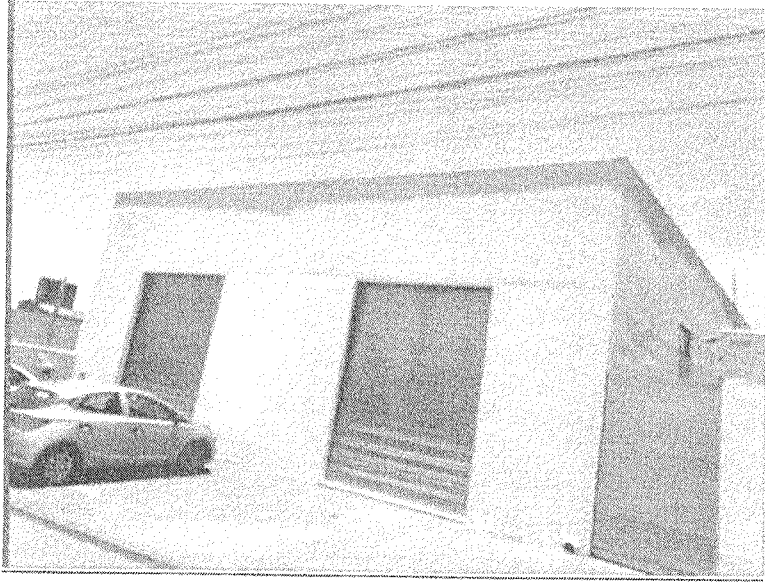
All

A large, stylized handwritten signature or scribble, possibly reading 'P. L. S.', written in black ink.



ACU

A handwritten signature or set of initials, possibly "ACU", written in a cursive style.



ALL

Protein



Demonstrativo de Pagamento

Tipo de Serviço: Pagamento a Fornecedor

Seu Número 000000 Nosso Número 000000000 Uso da Empresa Pagamento 02/07/2025

Códigos do Banco Favorecido

| Comp. | Banco | Agência /DV | Nº da conta favorecido | Valor |
|-------|-------------------------------|-------------|------------------------|--------------|
| | 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 03639 - 0 | 000010412 - 9 | R\$ 2.111,80 |

Nome Favorecido/ CPF ou CNPJ

LAZARA DE JESUS SILVA
437.828.921-00

Valor por Extenso

dois mil, cento e onze reais e oitenta centavos

Endereço Favorecido

| Banco Pagador | Agência Pagadora | Conta Pagadora |
|--------------------------------|------------------|----------------|
| 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 00012 - 4 | 00006869 - 1 |
| Pagadora IMED (HET) | | |
| CPF/CNPJ 19.324.171/0004-47 | | |

Forma de Lançamento: TED

A transferência de crédito através de DOC se realiza na mesma praça ou entre praças integrantes do mesmo sistema de Compensação Local ou Regional

O Banco não é responsável pela demora ou no cumprimento da transferência por erro de preenchimento/informações incorretas.

Autenticação
Mecânica

| |
|--|
| |
|--|



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Transação realizada via convênio de Pagamentos

| | | |
|--------------------|-----------------------------|--|
| Nome do remetente: | IMED (HET) | |
| CNPJ/CPF: | 19.324.171/0004-47 | |
| Conta de origem: | 00012 / 0003 / 00006869 - 1 | |

| | | |
|----------------------|--------|------------------------|
| Convênio: | 442049 | |
| Tipo de Compromisso: | 0001 | Pagamento a Fornecedor |
| Compromisso: | 0001 | |
| NSA: | 002418 | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Conta destino: | 03639- 0 / 0000 / 000010412 - 9 | |
| Nome do destinatário: | LAZARA DE JESUS SILVA | |
| Valor: | R\$ 2.111,80 (dois mil, cento e onze reais e oitenta centavos) | |
| Data da operação: | 11/07/2025 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Autenticação Bancária: | 1444A6A5CA12040B553229000 |
|-------------------------------|---------------------------|

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**QUINTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE LOCAÇÃO DE BEM IMÓVEL PARA FINS
NÃO RESIDENCIAIS**

(FILIAL DO IMED NO MUNICÍPIO DE TRINDADE/GO)

Pelo presente Instrumento, de um lado,

LÁZARA DE JESUS DA SILVA, inscrita no CPF/MF sob o nº 437.828.921-00 e inscrita no RG sob o nº 1.757.578, doravante denominada **LOCADORA**; e, de outro lado,

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS 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 Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIO**.

- i. Considerando que em 25 de agosto de 2019, foi celebrado entre as Partes o Contrato de Locação de Imóvel Para Fins Não Residenciais - (o "Contrato") para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à referida Unidade de Saúde, tendo em conta que o mesmo é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES / GO);
- ii. Considerando que as Partes após negociação e de comum acordo decidiram reajustar o valor mensal da contraprestação mensal do aluguel,

têm entre si justo e contratado firmar o presente **QUINTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO**, conforme termos e condições a seguir especificadas.





1. **OBJETO – REAJUSTE DO VALOR MENSAL DE LOCAÇÃO:**

1.1. Pelo presente Instrumento, as Partes acordam em reajustar o valor mensal da locação do imóvel onde funciona a filial do LOCATÁRIO no Município de Trindade/GO, aplicando o índice IGP-M de 5,59% (cinco vírgula cinquenta e nove por cento), a partir de 11 de março de 2025, o valor do aluguel passará a ser de R\$ 2.111,80 (dois mil, cento e onze reais e oitenta centavos) mensais.

2. **DA RATIFICAÇÃO:**

2.1. Permanecem inalteradas e neste ato são ratificadas pelas Partes todas as demais cláusulas e condições previstas no Contrato e em seu(s) eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) que não tenham sido expressamente alteradas por este Instrumento. Em caso de divergência entre as disposições previstas no Contrato ou em seu(s) eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) e neste Instrumento, prevalecerão as disposições contidas neste Instrumento.

3. **DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:**

Este Instrumento é celebrado em caráter irrevogável e irretratável, obrigando as Partes e seus sucessores ao cumprimento do mesmo.

Não será considerada precedente, novação ou renúncia, a tolerância pelas Partes contratantes, quanto a eventuais concessões da outra Parte, relativamente às condições estabelecidas neste Instrumento.

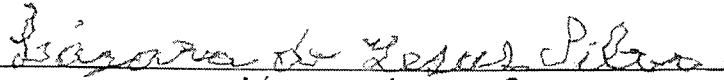
O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua elaboração (data acordada entre as Partes).

E, por estarem justas e contratadas, firmam as Partes e 02 (duas) testemunhas o presente Instrumento para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura eletrônica deste Contrato, ele

Liázara *ML*


produzirá efeitos a partir da abaixo mencionada, independentemente da data em que for assinado pelas Partes; e (ii) na hipótese de assinatura na forma física, o instrumento deverá ser entregue em 02 (duas) vias em igual teor e valor.

Trindade-GO, 11 de março de 2025.



LÁZARA DE JESUS DA SILVA

LOCADORA



IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

LOCATÁRIO

Testemunhas:

1) _____

2) _____



Comprovante de transferência eletrônica disponível - TED

Transação realizada via convênio de Pagamentos

| | | |
|--------------------|-----------------------------|--|
| Nome do remetente: | IMED (HET) | |
| CNPJ/CPF: | 19.324.171/0004-47 | |
| Tipo de pessoa: | Jurídica | |
| Conta de origem: | 00012 / 0003 / 00006869 - 1 | |
| Tipo de conta: | Conta Pessoa Jurídica | |

| | | |
|----------------------|--------|------------------------|
| Convênio: | 442049 | |
| Tipo de Compromisso: | 0001 | Pagamento a Fornecedor |
| Compromisso: | 0001 | |
| NSA: | 002429 | |

| | | |
|------------------------|----------------------------|--|
| Banco destino: | 341 - ITAU UNIBANCO SA | |
| Agência/Conta destino: | 08121- 0 / 000010794- 3 | |
| Tipo de conta: | Conta corrente | |
| Tipo de pessoa: | Jurídica | |
| Nome do destinatário: | LCA VIAGENS E TURISMO LTDA | |
| CNPJ do destinatário: | 07.407.994/0001-04 | |
| Valor: | R\$ 1.213,76 | |
| Data da operação: | 17/07/2025 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Autenticação Bancária: | 1144E898423204B31E6229000 |
|-------------------------------|---------------------------|

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: LCA VIAGENS E TURISMO LTDA

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID:122251

Valor (R\$) :1.213,76

Data Pagamento: 15/07/2025

Nº Contrato/ Pedido:

Valor Total (R\$):1.213,76

Forma de Pagamento: Boleto

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simple Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº _____.

Data: 07/07/2025

Nota: 122251

Nome: Junior MOurisqui



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, DIRETOR ADMINISTRATIVO, DIRETORIA GERAL em 07/07/2025, às 12:36:14, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Juliana Trindade, COORDENADOR FINANCEIRO, TESOUREIRA em 11/07/2025, às 11:52:50, conforme horário oficial de Brasília.

**IMED**INSTITUTO DE
MEDICINA,
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTOCUIDANDO
COM RESPEITO

Relatório de Atividades

| | |
|-------------------------------------|--|
| Projeto/Tema | ACOMPANHAMENTO DE ADEQUAÇÕES – HOSPITAL ESTADUAL DE TRINDADE |
| Objetivo | VISITA TÉCNICA A OBRA E AO HOSPITAL EM FUNCIONAMENTO |
| Data | 23/06 A 27/06/2025 |
| Participantes Hosp. Apoiado | VÂNIA GOMES, JOÃO MARCOS DUARTE E ALINE BERNARDO. |
| Participantes | |
| Compilado por / Revisado por | |

| | |
|---|---|
| Atividades: | |
| 1. ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES DO SETOR DE INFRAESTRUTURA. | |
| Agenda | |
| Ações: | |
| 23 A 27/06/2025 | <ul style="list-style-type: none">- VISITA TÉCNICA A UNIDADE;- REUNIÃO COM O GERENTE DE ENGENHARIA CLÍNICA;- REUNIÃO COM A EQUIPE DE GERENCIAMENTO E CONSTRUTORA DA OBRA DO NOVO HETRIN;- REUNIÃO NA SES/GO. |

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

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 07.407.994/0001-04
Razão Social: LCA VIAGENS E TURISMO LTDA
Endereço: AL TERRACOTA 215 / CERAMICA / SAO CAETANO DO SUL / SP / 09531-190

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 05/07/2025 a 03/08/2025

Certificação Número: 2025070502071330816976

Informação obtida em 16/07/2025 14:42:35

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL

Secretaria da Fazenda

Departamento da Receita

09540-230 - AV. FERNANDO SIMONSEN, 566 CERÂMICA SÃO CAETANO DO SUL SP

Certidão de Regularidade Fiscal Mobiliária

Nº 41076/2025

CERTIFICO, para os devidos fins, atendendo o requerido, que o CPF/CNPJ abaixo descrito acha-se quite com esta Fazenda Municipal no corrente exercício, até a presente data.

Informamos ainda que não constam débitos anteriores inclusive inscritos em Dívida Ativa, até a presente data.

Fica ressalvado o direito da Fazenda Municipal da cobrança de tributos e diferença de tributos que sejam constatados em verificações futuras.

Ccm **115546**
Razão Social **LCA VIAGENS E TURISMO LTDA**
CNPJ / CPF **07.407.994/0001-04**
Endereço **AL. TERRACOTA, 215 CONJ. COML. 518/519 - 5.º ANDAR**
Bairro **CERAMICA** Cidade **SÃO CAETANO DO SUL** Estado **SP**

SÃO CAETANO DO SUL, 9 de Maio de 2025.

Esta Certidão é válida até: 05/08/2025

Data Geração: 07/05/2025

Data Emissão: 09/05/2025

Tanto a veracidade da informação quanto a manutenção da condição de não devedor poderá ser verificada na seguinte página da Internet: <https://webpref.saocaetanodosul.sp.gov.br/tbw/loginWeb.jsp?execobj=ServicosWebSite>

Identificação 740285

Número da Certidão: 41076/2025

Controle: 115546

ATENÇÃO: Qualquer rasura ou emenda **INVALIDARÁ** este documento.

Certidão Emitida Gratuitamente



Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ: 07.407.994/0001-04

Ressalvado o direito da Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo de apurar débitos de responsabilidade da pessoa jurídica acima identificada, é certificado que **não constam débitos** declarados ou apurados pendentes de inscrição na Dívida Ativa de responsabilidade do estabelecimento matriz/filial acima identificado.

Certidão nº 25060228877-90
Data e hora da emissão 06/06/2025 09:47:15
Validade 6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio www.pfe.fazenda.sp.gov.br



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: LCA VIAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 07.407.994/0001-04

Certidão nº: 31497652/2025

Expedição: 06/06/2025, às 10:40:15

Validade: 03/12/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **LCA VIAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **07.407.994/0001-04**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: LCA VIAGENS E TURISMO LTDA
CNPJ: 07.407.994/0001-04

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 14:10:07 do dia 05/06/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 02/12/2025.

Código de controle da certidão: **1CD9.8B4C.F24D.AB70**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

COTAÇÃO ATUALIZADA DE HOTEIS DEZEMBRO 2024

URUAÇU

| | |
|----------------------------|--|
| CASSIUS HOTEL | R\$ 120,00 + 10% |
| CASSIUS HOTEL (duplo) | R\$ 199,00 + 10% |
| TIGO CONFORT HOTEL | R\$ 199,00 + 10% LUXO e R\$ 220,00 + 10% no SUPER LUXO |
| TIGO CONFORT HOTEL (duplo) | R\$ 259,00 + 10% LUXO e R\$ 289,00 + 10% no SUPER LUXO |
| Flamboyant Park | R\$ 170,00 + 10% LUXO e R\$ 220,00 + 10% no SUPER LUXO, ambos com café |
| Flamboyant Park (duplo) | R\$ 240,00 + 10% LUXO e R\$ 300,00 + 10% no SUPER LUXO, ambos com café |

FORMOSA

| | |
|--------------------|---|
| Hotel Solaris | R\$ 230,00 + 10% com café da manhã (single) R\$ 280,00 + 10% com café da manhã (duplo) |
| Hotel Sofisticatto | R\$ 260,00 + 10% com café da manhã |
| Rio Preto Hotel | R\$ 230,00 + 10% com café da manhã |
| Hotel Conviver | R\$ 210,00 + 10% com café da manhã |

SÃO PAULO, 13/12/2023

Contato

☎ 55 11 3384-2800
✉ contato@lcaviagens.com.br

Atendimento Emergencial 24h

☎ 55 11 97679-5954
✉ emergencial@lcaviagens.com.br

Onde Estamos

R. Sen. Carlos Teixeira de Carvalho,
564 CEP: 01535-010





LCA VIAGENS E TURISMO LTDA

LCA VIAGENS E TURISMO LTDA

CNPJ: 07.407.994/0001-04

ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519 - 5 ANDAR

CADASTUR: 26.017508.10.0001-0

Fone: 11-3384-2800

E-Mail:

Home Page:

Inscr. Mun:

Cep: 09531-190, SÃO CAETANO DO SUL, SP, BRASIL

FT00122251 - Página 1 de 2

| | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Nº Fatura Duplicata FT00122251 | Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 1.213,76 | Data de Emissão 03/07/2025 | Data de Vencimento 15/07/2025 | Para uso da Inst. Financeira |
| Encargos p/dia de R\$ 0.63 após 15/07/2025 Multa de R\$ 24.28 após 16/07/2025 | | | | |
| Pagador: 021911 - IMED - INSTITUTO DE MEDICINA. ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO A/C.: NAJLA | | | | |
| Endereço: RUA 3, 281 QUADRA4 LOTE 10 | | | | |
| Bairro: JARDIM PRIMAVERA | Cidade: TRINDADE | RIO DE JANEIRO | 75390-334 | |
| Fones(s): (21) | Fax: (21) | | | |
| Cobrança: RUA 3, 281 QUADRA4 LOTE 10 | | | | |
| Bairro: JARDIM PRIMAVERA | Cidade: TRINDADE | RIO DE JANEIRO | 75390-334 | |
| CNPJ: 19.324.171/0004-47 | Inscrição: | | | |
| Praca de pagamento: | | | | Impresso em 03/07/2025 15:26:51 |
| Valor por extenso | Um Mil e Duzentos e Treze Reais e Setenta e Seis Centavos***** | | | |
| RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A LCA VIAGENS E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS. | | | | |
| Aceite: | | Data: / / | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|----------------------|---|
| 341-7 | Banco Itaú S.A | Recibo do Pagador | | | |
| Nosso Número 109/00019533-7 | Espécie R\$ | Carteira 109 | Aceite S | Espécie Doc. Serv | Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3 |

Autenticação Mecânica

| | | | | | |
|--|---|------------------------|---|-----------------------|---|
| | Banco Itaú S.A | 341-7 | 34191.09008 01953.378120 11664.930002 7 11430000121376 | | |
| Local do Pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ. | | | | | Vencimento 15/07/2025 |
| Beneficiário LCA VIAGENS E TURISMO LTDA ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519, CERÂMICA, SÃO CAETANO DO SUL - SP, 09531-190 - 07.407.994/0001-04 | | | | | Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3 |
| Data do Documento 03/07/2025 | Num. do Documento FT00122251 | Espécie Docto. Serv | Aceite S | Data do 03/07/2025 | Nosso Número 109/00019533-7 |
| Uso do Banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | x Valor | (=) Valor do documento 1.213.76 |
| Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto/Abatimento |
| Encargos p/dia de R\$ 0.63 após 15/07/2025 Após 15/07/2025 cobrar multa de R\$ 24.28 | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador | IMED - INSTITUTO DE MEDICINA. ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA 3, 281 QUADRA4 LOTE 10 | | | 19.324.171/0004-47 | 109/00019533-7 |
| Beneficiário final: | 75390334 | JARDIM PRIMAVERA | TRINDADE RJ | Código de Baixa | |

Autenticação Mecânica- **Ficha de compensação**



CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...



LCA VIAGENS E TURISMO LTDA

LCA VIAGENS E TURISMO LTDA

CNPJ: 07.407.994/0001-04

ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519 - 5 ANDAR

CADASTUR: 26.017508.10.0001-0

Fone: 11-3384-2800

E-Mail:

Home Page:

Inscr. Mun:

Cep: 09531-190, SÃO CAETANO DO SUL, SP, BRASIL

FT00122251 - Página 2 de 2

Notas de Débito

| Nº Viag | Passageiro | Tipo | Emissão | Bilhete/NC/OS | Num. OP | Matricula | Saída/Período | Rota/Produto | | | | |
|------------------------------|------------------|----------------|------------|---------------|---------|-----------|---------------|----------------------|---------------------------|-------------------|-------------------------|----------|
| Nota débito | Reserva | Vlr.Original | Câmbio | Valor | Extras | Taxas | Tx.Emb. | Taxas DU | Tx.Serviço | Out.Rec. | Desconto | Total |
| Nº Pedido | Fornecedor | C. Custos | | | | | | Nº Confirm. | Solicitante | Tipo de Pagamento | | |
| Observação | | | | | | | | | | | | |
| | TAVARES/FERNANDO | | 23/06/2025 | VC00906857 | | | | | 23/06/2025 até 27/06/2025 | | Hospedagem Diárias: 004 | |
| ND00630321 | 00553083 | 1.213,76 [R\$] | 1,000000 | 1.213,76 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.213,76 |
| 287820-298043 | LIGUORI HOTEL | | | | | | | 0-K489R4-6688465-230 | NAJLA | | | |
| Autorizador: NAJLA | | | | | | | | | | | | |
| Total Notas de Debito | | | | 1.213,76 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.213,76 |

Total da Fatura

1.213,76

**Comprovante de Pagamento de Boletto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Nome: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO |
| Conta de débito: | 00012 1292 000580133732-2 |

| | |
|--|--|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09677 32452.882932 85633.150009 7 11450000091653 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | EQUATORIAL GOIAS DISTR ENER SA |
| Nome/Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTR ENER SA |
| CPF/CNPJ: | 01.543.032/0001-04 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVI |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |

| | |
|--|--------------------|
| Data do Vencimento: | 17/07/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/07/2025 |
| Valor Nominal do Boletto: | 916,53 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 916,53 |
| Valor Pago (R\$): | 916,53 |
| Identificação do Pagamento: | ENERGIA ESCRITORIO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/07/2025 13:34:25 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Código da operação: | 49800413985 |
| Chave de segurança: | H0LHEZ1JSVXG1PA |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 40269012

Valor (R\$) : 916,53

Data Pagamento: 17/07/2025

Nº Contrato/ Pedido: 109310380

Valor Total (R\$): 916,53

Forma de Pagamento: BOLETO

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simple Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº 109310380.

Data: 09/07/2025

Nota: 40269012

Nome: Taisa Paiva

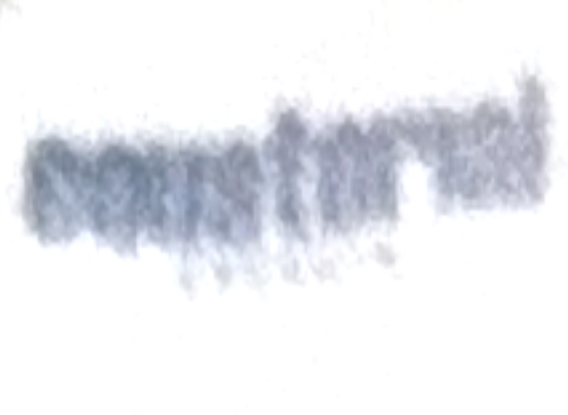
Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 09/07/2025, às 09:44:04, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Pollyana Bueno Siqueira, GERENTE ASSISTENCIAL, DIRETORIA GERAL em 14/07/2025, às 11:17:14, conforme horário oficial de Brasília.



Equatorial Energia S.A. - Rua 03, Q. 4, L. 10, S/N - Jardim Primavera - CEP 75390-334 - Trindade - GO

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

40260012

109310380

7/2025

R\$ 916,53

17/07/2025

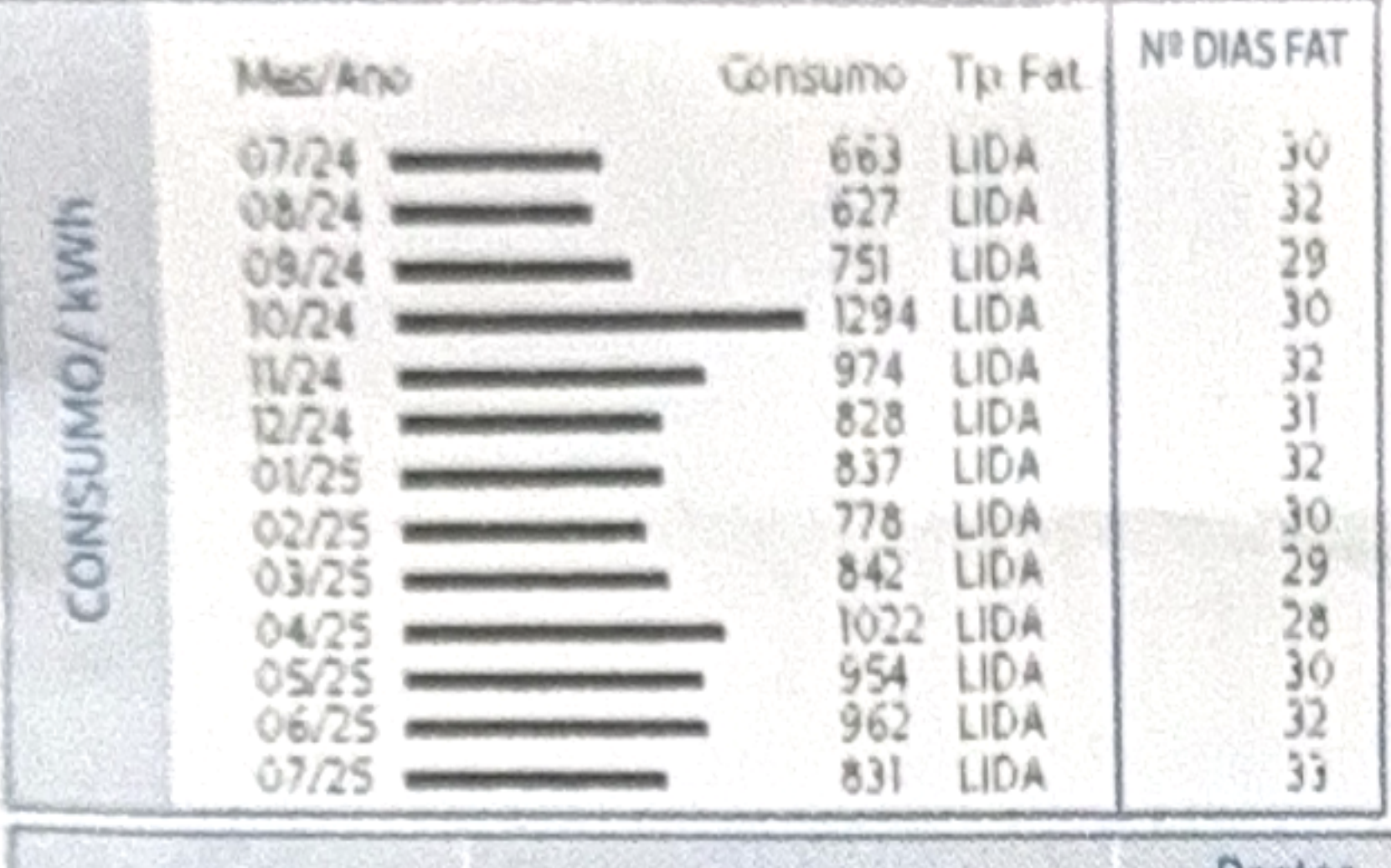


UTILIZE O QR CODE AO LADO PARA ACESSAR SUA NOTA FISCAL
 ACESSO: 27/07/2025 10:11:04
 NOTA FISCAL N. 151001091 - SKATE 3
 DATA DE EMISSÃO: 17/07/2025 10:11:04
 EMISSÃO EM CONTINGÊNCIA: Pendente de Autorização
 CDP 1258 - Venda de energia elétrica para não contribuinte

APROVEITE OS BENEFÍCIOS DO DÉBITO AUTOMÁTICO, CADASTRE-SE NA SUA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA UTILIZANDO O CÓDIGO: 0360890768

| Datas das Leituras | Leitura Anterior | Leitura Atual | Nº de Dias | Próxima Leitura |
|--------------------|------------------|---------------|------------|-----------------|
| | 04/06/2025 | 07/07/2025 | 33 | 04/08/2025 |

| Item | Unid | Quant | Preço unit.(R\$) contributos | Valor (R\$) | PIS/COFINS (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Alíquota ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
|---|------|--------|------------------------------|---------------|------------------|-----------------------|-------------------|---------------|--------------------|
| Fornecimento | | | | | | | | | |
| Rd: bandeira vermelha | KWh | 831,00 | 0,050568 | 41,87 | 2,34 | 41,87 | 19,00 | 9,26 | 0,044630 |
| Consumo | KWh | 831,00 | 0,978391 | 813,46 | 30,03 | 813,46 | 19,00 | 154,58 | 0,745330 |
| Itens Financeiros | | | | | | | | | |
| Contrib. Custeio da Lumin. pública - CP | | | 0,000000 | 54,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,000000 |
| TOTAL | | | | 916,53 | 41,37 | 862,13 | | 163,81 | |



| Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| PIS/PASEP | 698,32 | 1,0554 | 7,37 |
| COFINS | 698,32 | 4,8687 | 34,00 |
| ICMS | 862,13 | 19,00 | 163,81 |

Reserva ao Fisco

| Medidor | Grandezas | Postos horários | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const Medidor | Consumo |
|----------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|---------|
| 10666851 | Energia ativa - Kwh | N/A | 60112 | 60943 | 1,0000 | 831,00 |

| Fator de Potência | Perdas no Ramal | Resolução ANEEL | Apresentação | Nº do Programa Social |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| | 0.0% | 3407/24 | 07/07/2025 | |

Reaviso de Vencimento



A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

Informações para o cliente

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURACAO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 5/2025. VRC = R\$ 259,49277

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Itau - 341 | | | | |
| 34191.09677 32452.882932 85633.150009 7 11450000091653 | | | | |
| PAGADOR: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-47 RUA 03, Q. 4, L. 10, S/N JARDIM PRIMAVERA CEP 75390334 TRINDADE GO | | | | |
| Mosso Nr.: 109/67324528-8 | Nr. Documento: 2025063373647 | Data de Vencimento: 17/07/2025 | Valor do Documento: 916,53 | Valor Pago: |
| Beneficiário: Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S/A CNPJ 01.543.032/0001-04 Agencia / Código do Beneficiário: | | | | |



**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Nome: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO |
| Conta de débito: | 00012 1292 000580133732-2 |

| | |
|--|--|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09677 32452.132932 85633.150009 2 11450000032781 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | EQUATORIAL GOIAS DISTR ENER SA |
| Nome/Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTR ENER SA |
| CPF/CNPJ: | 01.543.032/0001-04 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVI |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |

| | |
|--|---------------------|
| Data do Vencimento: | 17/07/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/07/2025 |
| Valor Nominal do Bolet | 327,81 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 327,81 |
| Valor Pago (R\$): | 327,81 |
| Identificação do Pagamento: | ENERGIA FATURAMENTO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/07/2025 13:35:42 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 49800450295 |
| Chave de segurança: | CLNM3R109M52CZFG |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 109310380
17/07/2025

Valor (R\$) : 327,81

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 10035147499

Valor Total (R\$): 327,81

Forma de Pagamento: BOLETO

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simples Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº 10035147499.

Data: 08/07/2025

Nota: 109310380

Nome: Taisa Paiva

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 08/07/2025, às 15:29:30, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Pollyana Bueno Siqueira, GERENTE ASSISTENCIAL, DIRETORIA GERAL em 11/07/2025, às 11:26:50, conforme horário oficial de Brasília.



Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S.A. Perdas no Ramal (0,0%) 0,00
 Nº Medidor: 128815892

Grupo e Subgrupo de Tensões: BT / AT
 Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL
 Classificação: RESIDENTAL RESIDENTAL NORMAL

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

RUA 03, Q. 04, L. 07, S/N, SALA - 2 JARDIM PRIMAVERA CEP: 75390334 TRINDADE GO
 CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-47

Unidade Consumidora
10035147499

Passagem de Medidor
109310380

7/2025

R\$ 327,81

17/07/2025



Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota Fiscal
 Ou acesse o site:
<http://dfe-portal.svs.rs.gov.br/dfe/consulta>
 com a chave: 5225070134103200010000001518830802086020839
 NOTA FISCAL Nº 151883080 - SÉRIE 0
 DATA DE EMISSÃO: 07/07/2025 10:12:54
 EMISSÃO EM CONTINGÊNCIA: Pendente de Autorização
 CFOP 5258 - Venda de energia elétrica para não contribuinte

APROVEITE OS BENEFÍCIOS DO DÉBITO AUTOMÁTICO, CADISTRE-SE NA SUA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA UTILIZANDO O CÓDIGO: 0655554749

| Dias das Leituras | Leitura Anterior | Leitura Atual | Nº de Dias | Próxima Leitura |
|-------------------|------------------|---------------|------------|-----------------|
| | 04/06/2025 | 07/07/2025 | 33 | 04/08/2025 |

| Item | Unid | Quant | Faixa unit (R\$) contributos | Valor (R\$) | ICMS (R\$) | Base Calc ICMS (R\$) | Alíquota ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit (R\$) |
|--|------|--------|------------------------------|---------------|--------------|----------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Fornecimento | | | | | | | | | |
| Adc. bandeira vermelha | WWh | 295,00 | 0,058568 | 17,28 | 0,83 | 17,28 | 19,00 | 3,28 | 0,044830 |
| Consumo | WWh | 295,00 | 0,975891 | 288,77 | 13,86 | 288,77 | 19,00 | 54,87 | 0,745930 |
| Itens Financeiros | | | | | | | | | |
| Contrib. custeio da illum pública - CB | | | 0,000000 | 21,76 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,000000 |
| TOTAL | | | | 327,81 | 14,69 | 306,05 | | 58,15 | |

| Mes/Ano | Consumo | Tp Fat | Nº DIAS FAT |
|---------|---------|--------|-------------|
| 07/24 | 433 | LIDA | 30 |
| 08/24 | 521 | LIDA | 32 |
| 09/24 | 562 | LIDA | 29 |
| 10/24 | 722 | LIDA | 30 |
| 11/24 | 675 | LIDA | 32 |
| 12/24 | 593 | LIDA | 31 |
| 01/25 | 611 | LIDA | 32 |
| 02/25 | 563 | LIDA | 30 |
| 03/25 | 636 | LIDA | 29 |
| 04/25 | 753 | LIDA | 28 |
| 05/25 | 747 | LIDA | 30 |
| 06/25 | 618 | LIDA | 32 |
| 07/25 | 295 | LIDA | 33 |

| Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| PIS/PASEP | 247,90 | 1,0554 | 2,62 |
| COFINS | 247,90 | 4,6687 | 12,07 |
| ICMS | 306,05 | 19,00 | 58,15 |

Reserva ao Fisco

| Medidor | Grandezas | Postos horários | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const Medidor | Consumo |
|-----------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|---------|
| 128815892 | Energia ativa - Kwh | N/A | 16150 | 16445 | 1,0000 | 295,00 |

| Fator de Potência | Perdas no Ramal | Resolução ANEEL | Apresentação | Nº do Programa Social |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| | 0.0% | 3407/24 | 07/07/2025 | |



A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

Informações para o cliente

PERÍODO DE REFERENCIA DA APURACAO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 5/2025. VRC = R\$ 203,18773

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação



Itau - 341

34191.09677 32452.132932 85633.150009 2 11450000032781

PAGADOR: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-47
 RUA 03, Q. 04, L. 07, S/N, SALA - 2 JARDIM PRIMAVERA CEP: 75390334 TRINDADE GO

| Nosso Nr.: | Nr. Documento: | Data de Vencimento: | Valor do Documento: | Valor Pago: |
|----------------|----------------|---------------------|---------------------|-------------|
| 109/67324521-3 | 2025063373675 | 17/07/2025 | 327,81 | |

Beneficiário: Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S/A CNPJ 01.543.032/0001-04
 Agência / Código do Beneficiário:



**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Nome: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO |
| Conta de débito: | 00012 1292 000580133732-2 |

| | |
|--|--|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09677 32453.462932 85633.150009 7 11450000027386 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | EQUATORIAL GOIAS DISTR ENER SA |
| Nome/Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTR ENER SA |
| CPF/CNPJ: | 01.543.032/0001-04 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVI |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |

| | |
|--|-----------------|
| Data do Vencimento: | 17/07/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/07/2025 |
| Valor Nominal do Bolet | 273,86 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 273,86 |
| Valor Pago (R\$): | 273,86 |
| Identificação do Pagamento: | ENERGIA SALA 01 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/07/2025 13:36:54 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 49800530253 |
| Chave de segurança: | 08RWHJ4RZL1RAJWM |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 109310380
17/07/2025

Valor (R\$) : 273,86

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 10035147294

Valor Total (R\$): 273,86

Forma de Pagamento: BOLETO

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simples Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº 10035147294.

Data: 08/07/2025

Nota: 109310380

Nome: Taisa Paiva

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 08/07/2025, às 15:21:50, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Pollyana Bueno Siqueira, GERENTE ASSISTENCIAL, DIRETORIA GERAL em 11/07/2025, às 11:27:32, conforme horário oficial de Brasília.



Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S.A.

Parque do Ramal (PBR) - R. do
 M. Machado - 13991-4018

Av. L. de A. ...
 Rua ...
 CEP ...

Grupo e Subgrupo de Tarifas: BT 7 RESID
 Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL
 Classificação: RESIDENCIAL RESIDENCIAL MINIMAL

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

RUA 03, Q. 04, L. 07, S/N, SALA - 1 JARDIM PRIMAVERA CEP
 75390-334 TRINDADE GO

CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-47

10035147294

109310380

Vencimento
 17/07/2025

7/2025

R\$ 273,86



Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota Fiscal
 ou acesse o site:
<https://efeportal.svs.rs.gov.br/efe/consulta>
 com a chave: 5224701541032000104080001518630813000113554
 NOTA FISCAL N 191863083 - SERIE 0
 DATA DE EMISSAO: 07/07/2025 10:12:34
 EMISSAO EM CONTINGENCIA: Pendente de Autorizacao
 CPOP 5258 - Venda de energia elétrica para não contribuinte

APROVEITE OS BENEFICIOS DO DEBITO AUTOMATICO, CADASTRE-SE NA SUA INSTITUICAO BANCARIA UTILIZANDO O CODIGO: 0655451334

| Datas das Leituras | | Leitura Anterior | Leitura Atual | Nº de Dias | Próxima Leitura | | | | |
|---|-------|------------------|------------------------------|---------------|------------------|-----------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| | | 04/06/2025 | 07/07/2025 | 33 | 04/08/2025 | | | | |
| Item | Unid. | Quant. | Preço unit (R\$) contributos | Valor (R\$) | PTS/COFINS (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Alíquota ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit (R\$) |
| Fornecimento | | | | | | | | | |
| Adc. bandeira vermelha | KWh | 243,00 | 0,058568 | 14,23 | 0,68 | 14,23 | 19,00 | 2,70 | 0,044630 |
| Consumo | KWh | 243,00 | 0,978891 | 237,87 | 11,41 | 237,87 | 19,00 | 45,20 | 0,745930 |
| Itens Financeiros | | | | | | | | | |
| Contrib. custeio da illum publica - cip | | | 0,000000 | 21,76 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,000000 |
| TOTAL | | | | 273,86 | 12,09 | 252,10 | | 47,90 | |

| CONSUMO/AWh | Mes/Ano | Consumo | Tp. Fat. | Nº DIAS FAT | Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-------------|---------|---------|----------|-------------------|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| | 07/24 | 15 | MINIMA | 30 | PTS/PASEP | 204,21 | 1,0554 | 2,15 |
| 08/24 | 22 | MINIMA | 32 | COFINS | 204,21 | 4,8687 | 9,94 | |
| 09/24 | 19 | MINIMA | 29 | ICMS | 252,10 | 19,00 | 47,90 | |
| 10/24 | 17 | MINIMA | 30 | Presença ao Fisco | | | | |
| 11/24 | 21 | MINIMA | 32 | | | | | |
| 12/24 | 7 | MINIMA | 31 | | | | | |
| 01/25 | 7 | MINIMA | 32 | | | | | |
| 02/25 | 4 | MINIMA | 30 | | | | | |
| 03/25 | 17 | MINIMA | 29 | | | | | |
| 04/25 | 251 | LIDA | 28 | | | | | |
| 05/25 | 449 | LIDA | 30 | | | | | |
| 06/25 | 346 | LIDA | 32 | | | | | |
| 07/25 | 243 | LIDA | 33 | | | | | |

| Medidor | Grandezas | Postos horários | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const Medidor | Consumo |
|-----------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|---------|
| 128814616 | Energia ativa - Kwh | N/A | 2844 | 3087 | 1,0000 | 243,00 |

| Fator de Potência | Perdas no Ramal | Resolução ANEEL | Apresentação | Nº do Programa Social |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| | 0.0% | 3407/24 | 07/07/2025 | |

Reaviso de Vencimento



A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

Informações para o cliente

PERIODO DE REFERENCIA DA APURACAO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 5/2025. VRC = R\$ 122,13024

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação



| | | | | |
|--|-----------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Itau - 341 | | | | |
| 34191.09677 32453.462932 85633.150009 7 11450000027386 | | | | |
| PAGADOR: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-47 RUA 03, Q. 04, L. 07, S/N, SALA - 1 JARDIM PRIMAVERA CEP: 75390-334 TRINDADE GO | | | | |
| Mosso Nr.: | Nr. Documentos: | Data de Vencimento: | Valor do Documento: | Valor Pago: |
| 109/67324534-6 | 2025063373660 | 17/07/2025 | 273,86 | |
| Beneficiário: Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S/A CNPJ 01.543.032/0001-04 | | | | |
| Agencia / Código do Beneficiário: | | | | |





Demonstrativo de Pagamento

| | | | |
|----------------------|--------------|-----------------------|------------|
| Tipo de Serviço: | | Pagamento de tributos | |
| Seu Número | Nosso Número | Uso da Empresa | Pagamento |
| 00000000000001658262 | | | 16/07/2025 |

Códigos do Banco Favorecido

| Comp. | Banco | Agência /DV | Nº da conta favorecido | Valor |
|-------|-------|-------------|------------------------|------------|
| - | - | - | - | R\$ 412,66 |

Nome Favorecido/ CPF ou CNPJ
SANEAMENTO DE GOIAS S/A

Valor por Extenso
quatrocentos e doze reais e sessenta e seis centavos

Endereço Favorecido

| | | |
|--------------------------------|------------------|----------------|
| Banco Pagador | Agência Pagadora | Conta Pagadora |
| 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 00012 - 4 | 00006869 - 1 |
| Pagadora IMED (HET) | | |
| CPF/CNPJ 19.324.171/0004-47 | | |

Forma de Lançamento: Pagamento de contas e Tributos com código de barras

A transferência de crédito através de DOC se realiza na mesma praça ou entre praças intergrantes do mesmo sistema de Compensação Local ou Regional

O Banco não é responsável pela demora ou no cumprimento da transferência por erro de preenchimento/informações incorretas.

Autenticação
Mecânica

6C449E2832E2048476C339000



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 2264185219-4
26/07/2025

Valor (R\$) : 412,66

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 1424193-5

Valor Total (R\$): 412,66

Forma de Pagamento: BOLETO

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simple Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº 1424193-5.

Data: 10/07/2025

Nota: 2264185219-4

Nome: Taisa Paiva

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 10/07/2025, às 15:18:50, conforme horário oficial de Brasília.



Saneamento de Goiás S.A.

CNPJ: 01.616.929/0001-02 - INSC. EST. 10.013.359-6
AV. DA SAUDADE NR. 206 QD. 11 - SANTO GONÇALVES
75300000

SANEAGO

LAZARA DE JESUS SILVA



RUA 3
JARDIM PRIMAVERA
Q: 004 L: 10 - 101.67.04.2090
TRINDADE, 75380000

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:
1424193-5

Número da fatura:
2264185219-4

Data de emissão:
10/07/2025

Mês de referência:
JUL/2025

Tributação aproximada (R\$):
36,63

Vencimento:
26/07/2025

Valor (R\$):
412,66

Quantidade de unidades atendidas:

| Serviço | Social | Residencial | Comercial 1 | Comercial 2 | Industrial | Pública |
|---------|--------|-------------|-------------|-------------|------------|---------|
| Água | | | 1 | | | |
| Esgoto | | | 1 | | | |

| Descrição dos serviços: | Valor (R\$) |
|-------------------------------------|-------------|
| CUSTO MINIMO FIXO | 16,65 |
| TARIFA AGUA - COMERCIAL | 131,01 |
| COLETA/AFASTAMENTO ESGOTO COMERCIAL | 212,02 |
| TRATAMENTO ESGOTO COMERCIAL | 52,98 |

PAGUE COM PIX e facilite sua rotina



Confirme os dados antes de concluir a transação
SPRI AMBIENTAL - GOIÁS S.A.
CNPJ: 16.123.456.789-01-49

O tipo de consumo faturado foi: **MEDIDO**
VOLUME DE AGUA REGISTRADO NO HIDROMETRO.

| Hidrômetro (s) | Tipo | Número | Leitura (s) | | | Consumo (s) | | |
|-----------------------|------|--------|-------------------|-------------------|---------|-------------|-------|----------|
| | | | Atual | Anterior | Próxima | Faturado | Médio | Estimado |
| ÁGUA FRI A21DM0314719 | | | 10/07/2025 542 | 10/06/2025 531 | | 11 | 12 | 21 |

Histórico de consumo:

| Tipo/Mês | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ÁGUA FRI | 00010 | 00010 | 00010 | 00012 | 00010 | 00011 |

Aviso

AGRADECEMOS PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA. DESSA FORMA VOCE CONTRIBUI PARA UM SANEAMENTO BASICO CADA VEZ MELHOR E ACESSIVEL A TODOS.

ARROZAL

Sistema de Abastecimento de Água:

| Parâmetros | Cloro residual livre | Fluoreto | Turbidez | Cor aparente | pH | Coliformes totais | Escherichia coli |
|--|----------------------|----------|----------|--------------|----|-------------------|------------------|
| Nº Mínimo de análises exigidas ¹ | 60 | 8 | 60 | 60 | 8 | 60 | 60 |
| Nº de Análises realizadas ² | 65 | 8 | 65 | 65 | 8 | 65 | 65 |
| Nº de Análises que atenderam à legislação ³ | 65 | 8 | 64 | 65 | 8 | 65 | 65 |

Conclusão: a água fornecida é própria para o consumo. Eventuais resultados fora do padrão foram encaminhados para ações corretivas.
Informações mensais ao consumidor em atendimento ao Decreto Federal nº 5.440/2005

¹ Número Mínimo de Análises Mensais Exigidas pela Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017 do Min. da Saúde - Anexo XX e XXI.

² Número de Análises Mensais Realizadas pela Saneago. | ³ Número de Análises Mensais que Atenderam à Portaria de Potabilidade Vigente.

| Mês Ref: | Cód. Deb. Aut. | Nº da Fatura: | Vencimento | Valor total (R\$) |
|----------|----------------|---------------|------------|-------------------|
| JUL/2025 | 14241935 | 2264185219-4 | 26/07/2025 | 412,66 |

826400000046 126613796229 641852191429 419300273333



Faturas não pagas até o vencimento serão acrescidas de multa e atualização monetária diária (INPC + juros), conforme regulação da AGR (Resoluções nº 09/2014 e 080/2016-CR).

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | | | | |
|--|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Nome: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO | | | |
| Conta de débito: | 00012 1292 000580133732-2 | | | |
| Representação numérica do código de barras: | 826800000000 | 401713796225 | 641851332677 | 993000020095 |
| Empresa: | BRK AMBIENTAL - GOIA | | | |
| Valor: | 40,17 | | | |
| Identificação da operação: | SANEAGO ESCRITORIO | | | |
| Data de débito: | 18/07/2025 | | | |
| Data/hora da operação: | 18/07/2025 13:01:54 | | | |
| Código da operação: | 33720942 | | | |
| Chave de segurança: | 2X8VUYFPSJRAQHSW | | | |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 2264185133-3
26/07/2025

Valor (R\$) : 40,17

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 2679930-8

Valor Total (R\$): 40,17

Forma de Pagamento: BOLETO

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simple Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº 2679930-8.

Data: 17/07/2025

Nota: 2264185133-3

Nome: Taisa Paiva

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 17/07/2025, às 14:50:40, conforme horário oficial de Brasília.

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:
2679930-8

Número da fatura:
2264185133-3

Data de emissão:
10/07/2025

Mês de referência:
JUL/2025

Tributação aproximada (R\$):
2,18

Vencimento:
26/07/2025

Valor (R\$):
40,17

Quantidade de unidades atendidas:

| Serviço | Social | Residencial | Comercial 1 | Comercial 2 | Industrial | Pública |
|---------|--------|-------------|-------------|-------------|------------|---------|
| Água | | | 1 | | | |
| Esgoto | | | 1 | | | |

Descrição dos serviços:

| Descrição dos serviços | Valor (R\$) |
|-------------------------------------|-------------|
| CUSTO MINIMO FIXO | 16,65 |
| TARIFA AGUA - COMERCIAL | 11,76 |
| COLETA/AFASTAMENTO ESGOTO COMERCIAL | 9,41 |
| TRATAMENTO ESGOTO COMERCIAL | 2,35 |

PAGUE COM PIX
e facilite sua rotina



Confirme os dados antes de concluir a transação
 BRK AMBIENTAL - GOIÁS S.A.
 CNPJ: 18.125.455/0001-40

O tipo de consumo faturado foi: **MEDIDO**
VOLUME DE AGUA REGISTRADO NO HIDROMETRO.

| Hidrômetro (s) | Leitura (s) | | | Consumo (s) | | | | |
|-----------------------|-------------|--------|------------|-------------|---------|----------|--------|----------|
| | Tipo | Número | Atual | Anterior | Próxima | Faturado | Médio | Estimado |
| ÁGUA FRI A231M0425636 | | 90 | 10/07/2025 | 09/06/2025 | | 1 m³ | 1 Dias | 1 m³ |

Histórico de consumo:

| Tipo/Mês | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ÁGUA FRI | 00000 | 00000 | 00001 | 00001 | 00000 | 00001 |

Aviso

AGRADECEMOS PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA. DESSA FORMA VOCE CONTRIBUI PARA UM SANEAMENTO BASICO CADA VEZ MELHOR E ACESSIVEL A TODOS.

ARROZAL

Sistema de Abastecimento de Água:

| Parâmetros | Cloro residual livre | Fluoreto | Turbidez | Cor aparente | pH | Coliformes totais | Escherichia coli |
|--|----------------------|----------|----------|--------------|----|-------------------|------------------|
| Nº Mínimo de análises exigidas ¹ | 60 | 8 | 60 | 60 | 8 | 60 | 60 |
| Nº de Análises realizadas ² | 65 | 8 | 65 | 65 | 8 | 65 | 65 |
| Nº de Análises que atenderam à legislação ³ | 65 | 8 | 64 | 65 | 8 | 65 | 65 |

Conclusão: a água fornecida é própria para o consumo. Eventuais resultados fora do padrão foram encaminhados para ações corretivas.
 Informações mensais ao consumidor em atendimento ao Decreto Federal nº 5.440/2005

¹ Número Mínimo de Análises Mensais Exigidas pela Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017 do Min. da Saúde - Anexo XX e XXI.
² Número de Análises Mensais Realizadas pela Saneago. | ³ Número de Análises Mensais que Atenderam à Portaria de Potabilidade Vigente.

Mês Ref.: **JUL/2025** | Cód. Deb. Aut.: **26799308** | Nº da Fatura: **2264185133-3** | Vencimento: **26/07/2025** | Valor total (R\$): **40,17**

826800000000 401713796225 641851332677 993000020095



Faturas não pagas até o vencimento serão acrescidas de multa e atualização monetária diária (INPC + juros), conforme regulação da AGR (Resoluções nº 09/2014 e 080/2016-CR).

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | | | | |
|--|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Nome: | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO | | | |
| Conta de débito: | 00012 1292 000580133732-2 | | | |
| Representação numérica do código de barras: | 826600000010 | 342513796223 | 641852182485 | 075100067133 |
| Empresa: | BRK AMBIENTAL - GOIA | | | |
| Valor: | 134,25 | | | |
| Identificação da operação: | SANEAGO FATURAMENTO | | | |
| Data de débito: | 18/07/2025 | | | |
| Data/hora da operação: | 18/07/2025 13:02:49 | | | |
| Código da operação: | 33798203 | | | |
| Chave de segurança: | PQNW5KWCW9X9GZ2R | | | |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**Hospital Estadual
de Trindade**
Walda Ferreira dos Santos

FORNECEDOR/FAVORECIDO: SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 2264185218-6
26/07/2025

Valor (R\$) : 134,25

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 2480751-6

Valor Total (R\$): 134,25

Forma de Pagamento: BOLETO

Observações:

Certidões/ Declarações

Federal/INSS ID:

Trabalhista ID:

FGTS ID:

Estadual ID:

Municipal ID:

Simple Nacional ID:

ATESTO

Hospital Estadual de Trindade – Walda Ferreira dos Santos, CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47, gerenciado pelo IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, Contrato de Gestão nº 037/2019 – SES/GO e 4º Termo aditivo.

Atesto o recebimento dos itens discriminados na(s) nota(s), de acordo com o Pedido/Contrato nº 2480751-6.

Data: 17/07/2025

Nota: 2264185218-6

Nome: Taisa Paiva

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 17/07/2025, às 10:41:09, conforme horário oficial de Brasília.



Saneamento de Goiás S.A.

CNPJ: 01.616.929/0001-02 - INSC. EST. 10.013.359-6
AV. DA SAÚDE NR. 206 QD. 11 - SANTO ANTONIO
75360000

RENATO ROQUE DE BRITO



RUA 3 S/N
JARDIM PRIMAVERA
Q: 004 L: 7 - 101.67.04.2080
TRINDADE, 75390334

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:
2480751-6

Número da fatura:
2264185218-6

Data de emissão:
10/07/2025

Mês de referência:
JUL/2025

Tributação aproximada (RS):
10,88

Vencimento:
26/07/2025

Valor (RS):
134,25

Quantidade de unidades atendidas:

| Serviço | Social | Residencial | Comercial 1 | Comercial 2 | Industrial | Pública |
|---------|--------|-------------|-------------|-------------|------------|---------|
| Água | | | 1 | | | |
| Esgoto | | | | | | |

Descrição dos serviços:

Valor (RS)

| | |
|-------------------------------------|-------|
| CUSTO MINIMO FIXO | 16,65 |
| TARIFA AGUA - COMERCIAL | 58,80 |
| COLETA/AFASTAMENTO ESGOTO COMERCIAL | 47,05 |
| TRATAMENTO ESGOTO COMERCIAL | 11,75 |

PAGUE COM PIX
e facilite sua rotina



PIX
Confirme os dados antes de concluir a transação
BRK AMBIENTAL - GOIÁS S.A.
CNPJ: 01.616.929/0001-02

O tipo de consumo faturado foi: **MEDIDO**
VOLUME DE ÁGUA REGISTRADO NO HIDROMETRO.

| Hidrômetro (s) | Leitura (s) | | | Consumo (s) | | | | |
|---------------------|-------------|--------|-------|-------------|---------|------------------|------------------|-------------------|
| | Tipo | Número | Atual | Anterior | Próxima | Faturado | Médio | Estimado |
| ÁGUA FRI Y20F260342 | | | 215 | 210 | | 5 m ³ | 6 m ³ | 17 m ³ |

Histórico de consumo:

| Tipo/Mês | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| AGUA FRI | 00000 | 00005 | 00004 | 00006 | 00006 | 00006 |

Aviso

AGRADECEMOS PELA PUNTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA. DESSA FORMA VOCE CONTRIBUI PARA UM SANEAMENTO BASICO CADA VEZ MELHOR E ACESSIVEL A TODOS.

ARROZAL

Sistema de Abastecimento de Água:

| Parâmetros | Cloro residual livre | Fluoreto | Turbidez | Cor aparente | pH | Coliformes totais | Escherichia coli |
|--|----------------------|----------|----------|--------------|----|-------------------|------------------|
| Nº Mínimo de análises exigidas ¹ | 60 | 0 | 60 | 60 | 8 | 60 | 60 |
| Nº de Análises realizadas ² | 65 | 0 | 65 | 65 | 8 | 65 | 65 |
| Nº de Análises que atenderam à legislação ³ | 65 | 0 | 64 | 65 | 8 | 65 | 65 |

Conclusão: a água fornecida é própria para o consumo. Eventuais resultados fora do padrão foram encaminhados para ações corretivas.
Informações mensais ao consumidor em atendimento ao Decreto Federal nº 5.440/2005

¹ Número Mínimo de Análises Mensais Exigidas pela Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017 do Min. da Saúde - Anexo XX e XXI.

² Número de Análises Mensais Realizadas pela Saneago. | ³ Número de Análises Mensais que Atenderam à Portaria de Potabilidade Vigente.



 Mês Ref: JUL/2025 Cód. Déb. Aut: 24807516 Nº da Fatura: 2264185218-6 Vencimento: 26/07/2025 Valor total (RS): 134,25
826600000010 342513796223 641852182485 075100067133



Faturas não pagas até o vencimento serão acrescidas de multa e atualização monetária diária (INPC + juros), conforme regulação da AGR (Resoluções nº 09/2014 e 080/2016-CR).