



Trindade, 05 de junho de 2025.

| Fornecedor                                    | CPF/CNPJ           | Tipo de Despesa               | Referência | Valor    | Vencimento | Pagamento  | Descrição                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------|----------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| RENATO ROQUE DE BRITO                         | 426.490.301-78     | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS            | MAIO       | 2.159,26 | 02/05/2025 | 02/05/2025 | Despesa com pagamento de aluguel                                                             |
| LCA VIAGENS E TURISMO LTDA                    | 43.062.389/0001-02 | LOCAÇÃO DE VEÍCULOS           | 118479     | 3.986,45 | 30/04/2025 | 02/05/2025 | Despesa com locação de veículo diretora Vania Fernandes - Período de 20/02/2025 a 22/03/2025 |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 101142967  | 103,24   | 17/03/2025 | 05/05/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório                                                  |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 101142967  | 263,82   | 17/04/2025 | 05/05/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório                                                  |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 109310380  | 473,15   | 12/05/2025 | 12/05/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório                                                  |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 10930380   | 796,34   | 12/05/2025 | 12/05/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório                                                  |
| EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A | 01.543.632/0001-04 | ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO | 119310380  | 1.001,91 | 12/05/2025 | 12/05/2025 | Despesa com pagamento de energia escritório                                                  |
| DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA                      | 243.691.521-00     | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS            | MAIO       | 5.900,00 | 13/05/2025 | 13/05/2025 | Despesa com pagamento de aluguel                                                             |
| LAZARA DE JESUS SILVA                         | 426.490.301-78     | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS            | MAIO       | 2.111,80 | 26/05/2025 | 26/05/2025 | Despesa com pagamento de aluguel                                                             |

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: 2025.06.03 18:27:18 -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                             |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 02/05/2025          |
| Data / Hora da operação: | 02/05/2025 14:13:29 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 53817901         |
| Chave de segurança: | E8V6RC9LEH7EC9VF |

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);





- 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 parte 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

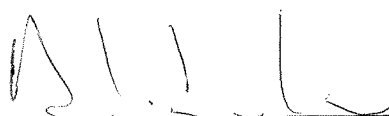


3.2 Não será considerada precedente, novação ou renúncia, a tolerância pelas partes contratantes, quanto a eventuais concessões da outra Parte, relativamente às condições estabelecidas neste Instrumento.

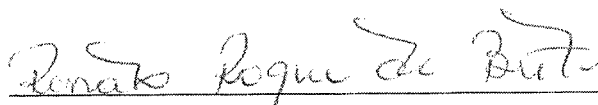
3.3 O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua assinatura.

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.



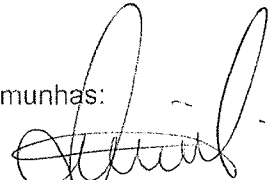
IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO



RENATO ROQUE DE BRITO

Testemunhas:

1)

Nome:  Taysa M. Moraes Almeida

R.G.: 34.535.030-3

C.P.F.: 299.274.808-03

2)

Nome:  Leonardo de Almeida

R.G.: 41296471-5

C.P.F.: 346028938-48

---

**CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL PARA FINS NÃO RESIDENCIAIS**  
**Nº 010/2023**

---

---

**I - DAS PARTES CONTRATANTES**

**LOCADOR: 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 denominado simplesmente "**LOCADOR**"; 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. 34, 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 estimativa de término das obras para daqui 01 (um) ano; e

---

*Renato Roque de Brito*

*A*

*H*

- c) Em razão das referidas obras, o HETRIN vem enfrentando problemas com a falta de espaço para guarda e armazenamento dos materiais e equipamentos adquiridos para equipar as novas alas, sendo necessária, por tal razão, a locação do imóvel objeto do presente contrato de locação para a finalidade específica de guarda e armazenamento dos mesmos até a conclusão das obras de reforma e ampliação da unidade de saúde e consequente instalação,

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 03, Quadra 04, Lote 07, Jardim Primavera, CEP: 75.390.334, **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**, durante o período de obras de ampliação e reforma da unidade de saúde.

## **III - DO PRAZO DE LOCAÇÃO E RESCISÃO**

- a) Este contrato de locação terá vigência do dia 01/11/2023 (data em que as partes acordaram para o início da locação) até o dia 31/10/2024, podendo, caso necessário, ser prorrogado por pelo tempo hábil para a finalização das obras na unidade de saúde, 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.

Renato Roque de Brito

A



c) 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 **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**, 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\$ 2.000,00 (dois mil reais)**, todo dia 01º 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 no dia 01/11/2023 e, assim, sucessivamente,** mediante depósito/transferência na conta bancária do **LOCADOR**: Renato Roque de Brito, Banco Bradesco, Agência nº 1633, Conta Corrente nº 17868-3, o qual será reajustado pelo IGP-M/FGV, em caso de renovação do prazo inicial de locação (ou por outro índice que vier a substituir o IGP-M/FGV).

(b) Os aluguéis e encargos que não forem quitados dentro do prazo acima indicado, 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.

(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

Renato Roque de Brito



contrato de locação, 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 durante o período de locação, serão 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 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. As benfeitorias necessárias, ainda que não autorizadas, e as úteis, desde que autorizadas pelo **LOCADOR**, quando realizadas pelo **LOCATÁRIO** não serão indenizáveis pelo **LOCADOR**.

Renato Roque de Brito





## **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 do **LOCADOR**, na forma da legislação aplicável.
- (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 de locação amigavelmente. Caso não seja possível a composição amigável, as partes

---

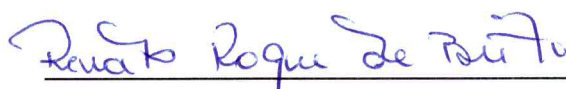
Renato Roque de Brito



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, 09 de outubro de 2023.



**Renato Roque De Brito**  
(Locador)



**IMED-Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**  
(Locatário)

Testemunhas:

1) Gabriela Ap<sup>te</sup> S. Catarino  
Nome: Gabriela Ap<sup>te</sup> S. Catarino  
RG: 38.732.294-2  
CPF/MF: 464.245.608-23

2) Jamille Cristina de Jesus Moraes  
Nome: Jamille Cristina de Jesus Moraes  
RG: 368454289  
CPF/MF: 390.773.648-62

## **ANEXO ÚNICO**



REALTÓRIO DE FOTOS



FRENTE DO IMÓVEL



LATERAL DO IMÓVEL



BANHEIRO



VISÃO DO FUNDO PARA FRENTE

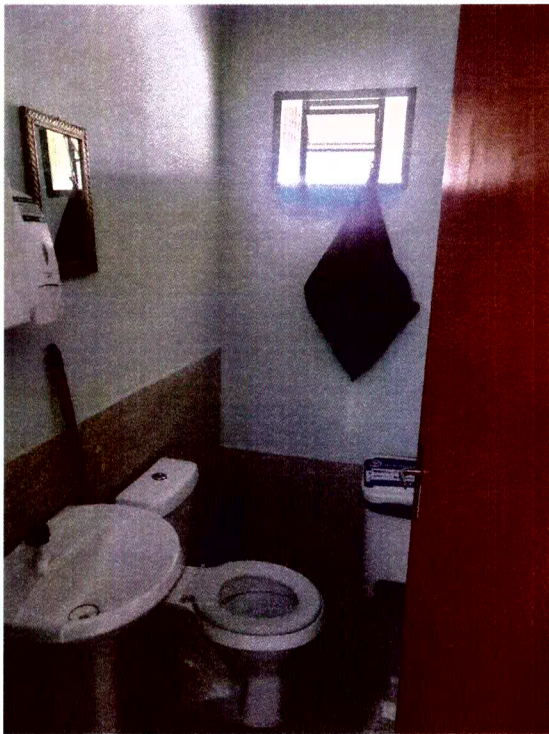
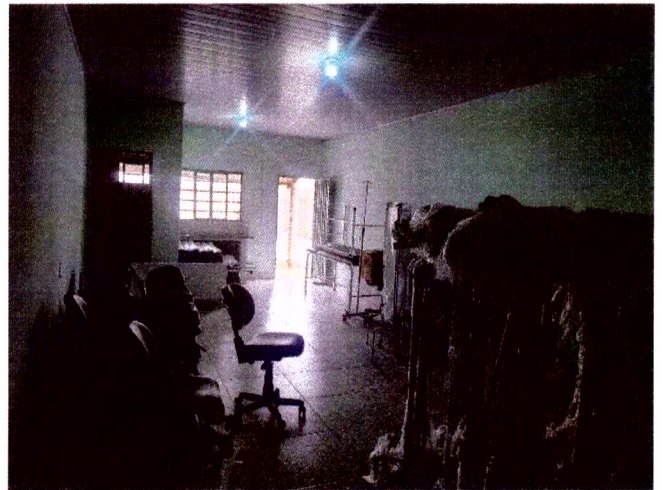


ENTRADA LATERAL

Rui Rogério de Brito

A





Renato Roque de Brito A





## 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:                 | 002330 |                        |

|                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 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\$ 3.986,45               |
| Data da operação:      | 02/05/2025                 |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Autenticação Bancária:</b> | B844F2C9600204A8A26119000 |
|-------------------------------|---------------------------|

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: 118479

Valor (R\$) : 3.986,45

Data Pagamento: 30/04/2025

Nº Contrato/ Pedido:

Valor Total (R\$):3.986,45

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 \_\_\_\_\_.

Data:22/04/2025

Nota: 118479

Nome: Junior Mourisqui



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO , ADMINISTRATIVO em 24/04/2025, às 11:30:24, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Francisco Antonio da Cunha Neto, ANALISTA CONTROLADORIA, CONTROLADORIA em 25/04/2025, às 11:31:18, conforme horário oficial de Brasília.

---



# 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 12427/2025

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, 6 de Abril de 2025.

Esta Certidão é válida até: 06/05/2025

**Data Geração:** 05/02/2025

**Data Emissão:** 06/04/2025

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** 711636

**Número da Certidão:** 12427/2025

**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 25040255758-00

Data e hora da emissão 07/04/2025 09:38:06

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](http://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: 19598503/2025

Expedição: 06/04/2025, às 10:46:35

Validade: 03/10/2025 - 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 14:22:55 do dia 05/02/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 04/08/2025.

Código de controle da certidão: **B7F7.A055.E261.1DD0**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

## **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:** 01/04/2025 a 30/04/2025

**Certificação Número:** 2025040119571330816970

Informação obtida em 04/04/2025 08:24:00

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**





# 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

FT00118479 - Página 1 de 2

|                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                                      |                                         |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Nº Fatura Duplicata<br><b>FT00118479</b>                                                                                                                                         | Valor Fatura/<br>Duplicata [ R\$]<br><b>3.986,45</b>                          | Data de Emissão<br><b>17/04/2025</b> | Data de Vencimento<br><b>30/04/2025</b> | Para uso da Inst. Financeira |
| Encargos p/dia de R\$ 2.07 após 30/04/2025 Multa de R\$ 79.73 após 01/05/2025                                                                                                    |                                                                               |                                      |                                         |                              |
| Pagador: 021911 - IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO<br>A/C.: NAJLA                                                                                         |                                                                               |                                      |                                         |                              |
| Endereço: RUA 3, 281 OUADRA4 LOTE 10                                                                                                                                             |                                                                               |                                      |                                         |                              |
| Bairro: JARDIM PRIMAVERA                                                                                                                                                         |                                                                               | Cidade: TRINDADE                     | RIO DE JANEIRO                          | 75390-334                    |
| Fones(s): (21)                                                                                                                                                                   |                                                                               | Fax: (21)                            |                                         |                              |
| Cobrança: RUA 3, 281 OUADRA4 LOTE 10                                                                                                                                             |                                                                               |                                      |                                         |                              |
| Bairro: JARDIM PRIMAVERA                                                                                                                                                         |                                                                               | Cidade: TRINDADE                     | RIO DE JANEIRO                          | 75390-334                    |
| CNPJ: 19.324.171/0004-47                                                                                                                                                         |                                                                               | Inscrição:                           |                                         |                              |
| Praca de pagamento: Impresso em 17/04/2025 21:46:30                                                                                                                              |                                                                               |                                      |                                         |                              |
| Valor por extenso                                                                                                                                                                | Três Mil e Novecentos e Oitenta e Seis Reais e Ouarenta e Cinco 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: / /                                                                                                                                                                |                                                                               |                                      |                                         |                              |

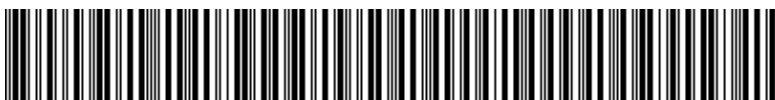
|                                |                       |                          |             |                      |                                             |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|----------------------|---------------------------------------------|
| <b>341 - 7</b>                 | <b>Banco Itaú S.A</b> | <b>Recibo do Pagador</b> |             |                      |                                             |
| Nosso Número<br>109/00042263-8 | Espécie<br>R\$        | Carteira<br>109          | Aceite<br>N | Espécie Doc.<br>Serv | Agência/Código Beneficiário<br>8121/10794-3 |

Autenticação Mecânica

|                                                                                                                                                    |                                 |                        |                                                               |                       |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| Banco Itaú S.A                                                                                                                                     |                                 | <b>341-7</b>           | <b>34191.09008 04226.388124 11079.430002 7 10670000398645</b> |                       |                                             |
| Local do Pagamento<br>ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.                                             |                                 |                        |                                                               |                       | Vencimento<br>30/04/2025                    |
| Beneficiário<br>LCA VIAGENS E TURISMO LTDA<br>ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519, CERÂMICA, SÃO CAETANO DO SUL - SP, 09531-190 - 07.407.994/0001-04 |                                 |                        |                                                               |                       | Agência/Código Beneficiário<br>8121/10794-3 |
| Data do Documento<br>17/04/2025                                                                                                                    | Num. do Documento<br>FT00118479 | Espécie Docto.<br>Serv | Aceite<br>N                                                   | Data do<br>17/04/2025 | Nosso Número<br>109/00042263-8              |
| Uso do Banco                                                                                                                                       | Carteira<br>109                 | Espécie<br>R\$         | Quantidade                                                    | x Valor               | (=) Valor do documento<br>3.986.45          |
| Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)                                                 |                                 |                        |                                                               |                       | (-) Desconto/Abatimento                     |
| Encargos p/dia de R\$ 2.07 após 30/04/2025<br>Após 30/04/2025 cobrar multa de R\$ 79.73                                                            |                                 |                        |                                                               |                       | (-) Outras Deduções                         |
|                                                                                                                                                    |                                 |                        |                                                               |                       | (+) Mora/Multa                              |
|                                                                                                                                                    |                                 |                        |                                                               |                       | (+) Outros Acréscimos                       |
|                                                                                                                                                    |                                 |                        |                                                               |                       | (-) Valor Cobrado                           |
| Pagador<br>IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO<br>RUA 3, 281 OUADRA4 LOTE 10<br>75390334 JARDIM PRIMAVERA TRINDADE RJ          |                                 |                        |                                                               |                       | 19.324.171/0004-47<br>109/00042263-8        |
| Beneficiário final:                                                                                                                                |                                 |                        |                                                               |                       | 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

FT00118479 - 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.       | Taxas DU     | Tx.Serviço                | Out.Rec. | Desconto                 | Total             |
| Nº Pedido                                                        | Fornecedor        | C. Custos      |          | Retirada      |                      | Devolução            |               | Nº Confirm.  | Solicitante               |          |                          | Tipo de Pagamento |
| Observação                                                       |                   |                |          |               |                      |                      |               |              |                           |          |                          |                   |
|                                                                  | FERNANDES/VANIA   |                |          | 04/04/2025    | VC00891801           |                      |               |              | 20/02/2025 até 22/03/2025 |          | Veículo: - Citroen C4 Ca |                   |
| ND00598172                                                       | 00525740          | 3.870,00 [R\$] | 1,000000 | 3.870,00      | 76,80                | 39,65                | 0,00          | 0,00         | 0,00                      | 0,00     | 0,00                     | 3.986,45          |
|                                                                  | UNIDAS RENT A CAR |                |          |               | AEROPORTO DE GOIANIA | AEROPORTO DE GOIANIA | 25155845      | NAJLA        |                           |          |                          |                   |
| Projeto: 037/2019 Atividade: contr 037/2019 Autorizador: JOSIANE |                   |                |          |               |                      |                      |               |              |                           |          |                          |                   |
| Total Notas de Debito                                            |                   |                |          | 3.870,00      | 76,80                | 39,65                | 0,00          | 0,00         | 0,00                      | 0,00     | 0,00                     | 3.986,45          |

Total da Fatura

3.986,45



|                                                                                                                                        |                              |                                                                                        |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Cliente:</b> VANIA LUCIA GOMES PIRES FERNANDES                                                                                      | <b>Contato:</b> 61 981177704 | <b>Reserva:</b> 25155845<br><b>Res.ext.:</b> 128473                                    | <b>Nº de Contrato:</b> 26996974 |
| <b>CNH:</b> 00237359022                                                                                                                | <b>CPF:</b> 62447432100      | <b>Tipo Contrato:</b> Eventual                                                         | <b>Status:</b> Fechado          |
| <b>Dados de retirada:</b><br>Loja: GYN4 - UNIDAS LOCADORA S.A.<br>Endereço da Loja: Avenida Independencia, 4950. GYN - GO. 6236021740  |                              | <b>Data:</b> 20/02/2025<br><b>Horário:</b> 18:17<br><b>Horário de retirada:</b> 18:17  |                                 |
| <b>Dados de Devolução:</b><br>Loja: GYN4 - UNIDAS LOCADORA S.A.<br>Endereço da Loja: Avenida Independencia, 4950. GYN - GO. 6236021740 |                              | <b>Data:</b> 22/03/2025<br><b>Horário:</b> 18:17<br><b>Horário de devolução:</b> 18:17 |                                 |
| <b>Dados do Veículo:</b><br>Placa: SYD0F21    Modelo: CRETA    Grupo: SV<br>Km retirada: 36.677    Km devolução: 36.678                |                              | <b>Tarifa:</b> INTERNACIONAL - BASE/21 - PP+POT+TX.+1MT.AD. ISENTOS                    |                                 |

Valores do seu contrato

| Descrição                      | Valor Unitário | Quantidade | Desconto | Valor total         |
|--------------------------------|----------------|------------|----------|---------------------|
| Diárias                        | R\$ 129,00     | 30         | R\$ 0,00 | R\$ 3.870,05        |
| <b>Subtotal</b>                |                |            |          | <b>R\$ 3.870,05</b> |
| Pedágios / Estacionamentos     |                | 12         |          | R\$ 76,80           |
| Taxa de utilização Unidas Pass |                | 6          |          | R\$ 39,60           |
| <b>Total</b>                   |                |            |          | <b>R\$ 3.986,45</b> |

|                                         |                                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Forma de pagamento:</b>              | <b>Pré-autorização:</b> R\$ 0,00                  |
| <b>Total pago no cartão:</b> R\$ 0,00   | <b>Participação obrigatória:</b>                  |
| <b>Total pago no pix:</b> R\$ 0,00      | • <b>Avarias e incêndios:</b> R\$ 8000,00         |
| <b>Total pago no Dinheiro:</b> R\$ 0,00 | • <b>Roubo, furto e perda total:</b> R\$ 12000,00 |

**OBSERVAÇÃO:** Todos os custos são estimados e estão sujeitos à alterações caso o veículo não seja devolvido na data, horário e local especificados, ou se houver quilometragem excedente, ou ainda se o tanque de combustível não estiver cheio sem a aquisição do serviço de tanque pré-pago.

Atenção:

**Rodízio:** Há restrições para a circulação no município de São Paulo/SP, conforme o último número da placa: 1 e 2 (2ª-feira), 3 e 4 (3ª-feira), 5 e 6 (4ª-feira), 7 e 8 (5ª-feira), 9 e 0 (6ª-feira). O rodízio é das 7h às 10h e das 17h às 20h.

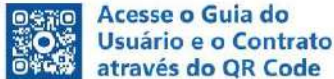
**Quilometragem:** Até 20 diárias: quilometragem livre. A partir de 21 diárias: quilometragem controlada conforme o tarifário vigente no site [www.unidas.com.br](http://www.unidas.com.br).

**Manutenção:** O cliente deve manter o veículo conforme indicado, agendando a manutenção nas lojas indicadas. Respeite os prazos e a quilometragem segundo as recomendações do fabricante. O LOCATÁRIO DECLARA TER CIÊNCIA E CONCORDAR: Com as condições descritas neste contrato, bem como no “Contrato de Locação de Veículos”, registrado em Cartório de Títulos e Documentos de São Paulo, cuja cópia está disponível nas lojas e no site: [www.unidas.com.br](http://www.unidas.com.br). **CLÁUSULA 1ª:** "O LOCATÁRIO constitui a LOCADORA como sua procuradora para assinar o termo de apresentação do condutor/infrator das multas de trânsito ocorridas durante a vigência deste contrato, nos termos do art. 257 do CTB e da cláusula 11.2 do Contrato de Locação.

**Proibido fumar no veículo.** Odores de fumo (cigarros, cigarilhas, charutos ou outros) terão cobrança de higienização completa.

Assinatura igual a da CNH

Nome do Condutor



## ATUALIZAÇÃO DE VALORES UNIDAS

### Reajuste de contrato mensal

Conforme informado pela UNIDAS, a reserva mensal do Sra. VANIA LUCIA GOMES PIRES FERNANDES, sob PLACA SYD0F21, sofrerá reajuste a partir de 23/10/2024

Valor atual, R\$ 4.842,06

Novo valor, R\$ 3.870,05

SÃO PAULO, 15/10/2024

#### 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



[www.lcaviagens.com.br](http://www.lcaviagens.com.br)



**GOIÂNIA**

**LCA**

## UNIDAS SEDAN



unidas

Valor total estimado: BRL 3.492,01  
(CA) VOLKSWAGEN VIRTUS AUTOMÁTICO 1.6 /  
2.0 OU SIMILAR (ICAR)

4.500 km/mês

## SUV



unidas

Valor total estimado: BRL 3.796,25  
SUV AT INTERMEDIÁRIO - Citroen C4 Cactus |  
Peugeot 2008 | Renault Duster | ou similares  
(IFAM)

4.500 km/mês

## MOVIDA HATCH



movida

Valor total estimado: BRL 4.677,84  
(D) 208, HB20, 1.0 Turbo, 1.3 ou 1.6 ou similar  
(CDAR)

4.500 km/mês

## SUV



movida

Valor total estimado: BRL 4.834,44  
(H) C4 Cactus, Creta, 2008, 1.6 ou 2.0 ou similar  
(IFAR)

4.500 km/mês

**LOCALIZA**

**Não há disponibilidade**

## AUGUSTUS

### BRASÍLIA

#### SEDAN

NÃO HÁ DISPONIBILIDADE PARA SEDAN AUTOMÁTICO

##### Local de retirada:

BRASILIA AEROPORTO

Quinta-feira 03/11/2022, 10:00

Editar

##### Local de devolução:

BRASILIA AEROPORTO

Domingo 04/12/2022, 10:00

Editar



##### GRUPO F - GRUPO F - SEDAN COMPACTO 5 MANUAL

Preço Estimado

##### • Detalhamento da conta

Diárias (31 x R\$ 95,79)..... R\$ 2.969,49

Proteções inclusas..... R\$ 465,00

Taxa Administrativa (20.00%)..... R\$ 686,90

R\$ 4.121,39

#### HATCH

##### Local de retirada:

BRASILIA AEROPORTO

Quinta-feira 03/11/2022, 10:00

Editar

##### Local de devolução:

BRASILIA AEROPORTO

Domingo 04/12/2022, 10:00

Editar



##### GRUPO D - GRUPO D - HATCH AUTOMÁTICO

Preço Estimado

##### • Detalhamento da conta

Diárias (31 x R\$ 107,39)..... R\$ 3.329,09

Proteções inclusas..... R\$ 465,00

Taxa Administrativa (20.00%)..... R\$ 758,82

R\$ 4.552,91

#### SUV

##### Local de retirada:

BRASILIA AEROPORTO

Quinta-feira 03/11/2022, 10:00

Editar

##### Local de devolução:

BRASILIA AEROPORTO

Domingo 04/12/2022, 10:00

Editar



##### GRUPO H - GRUPO H - SUV AUTOMÁTICA

Preço Estimado

##### • Detalhamento da conta

Diárias (31 x R\$ 106,36)..... R\$ 3.297,16

Proteções inclusas..... R\$ 620,00

Taxa Administrativa (20.00%)..... R\$ 783,43

R\$ 4.700,59

## AUGUSTUS

|                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Local de retirada:</b><br>GOIÂNIA AEROPORTO                                    | <b>Local de retirada:</b><br>GOIÂNIA AEROPORTO                                     |
| Quinta-feira 03/11/2022, 10:00                                                    | Quinta-feira 03/11/2022, 10:00                                                     |
| <b>Local de devolução:</b><br>GOIÂNIA AEROPORTO                                   | <b>Local de devolução:</b><br>GOIÂNIA AEROPORTO                                    |
| Sábado 03/12/2022, 10:00                                                          | Sábado 03/12/2022, 10:00                                                           |
|  |  |
| <b>GRUPO HX - GRUPO HX - SUV AUTOMÁTICA PLUS</b>                                  | <b>GRUPO QX - GRUPO QX - EXECUTIVO AUTOMÁTICO</b>                                  |
| Preço Estimado                                                                    | Preço Estimado                                                                     |
| <b>• Detalhamento da conta</b>                                                    | <b>• Detalhamento da conta</b>                                                     |
| Diárias (30 x R\$ 125,01)..... R\$ 3.750,30                                       | Diárias (30 x R\$ 166,18)..... R\$ 4.985,40                                        |
| Proteções inclusas..... R\$ 600,00                                                | Proteções inclusas..... R\$ 600,00                                                 |
| Taxa Administrativa (20.00%)..... R\$ 870,06                                      | Taxa Administrativa (20.00%)..... R\$ 1.117,08                                     |
| <b>R\$ 5.220,36</b>                                                               | <b>R\$ 6.702,48</b>                                                                |

## LCA

**Localiza**  
Grupo LS – SUV Especial - R\$ 7.884,86 - Jeep Compass 1.3 Turbo ou similar

**Movida**  
Grupo HX - Suv Automática Plus – R\$ 6.090,00 – Kicks, Pulse, C4 e similar  
Grupo HY – Suv Especial – R\$ 7.633,50 - Jeep Compass, Tracker, Corolla Cross  
Grupo Qx – Executivo Automático – R\$ 7.819,50 - Corolla, Cruze Sedan/Hatch, Arizzo

→ **RETIRADA** 02/12/2022 - 10:00 [ALTERAR](#)

GOIANIA/GO - AG CENTRO JARDIM ATLANTICO

← **DEVOLUÇÃO** 01/01/2023 - 10:00 [ALTERAR](#)

GOIANIA/GO - AG CENTRO JARDIM ATLANTICO

**SEU CARRO**

**GRUPO DO CARRO** [ALTERAR](#)

LE - SUV ESPECIAL  
Jeep Compass 1.3 Turbo - ou similar

**SUA ESTIMATIVA**

**Valor total previsto**  
**R\$ 4.874,02 / mês**

AUGUSTUS

GOIÂNIA

## SEDAN - 5000 KM/MÊS

### Local de retirada:

GOIÂNIA AEROPORTO

Quinta-feira 03/11/2022, 10:00

Editar

### Local de devolução:

GOIÂNIA AEROPORTO

Sábado 03/12/2022, 10:00

Editar



GRUPO QX - GRUPO QX - EXECUTIVO AUTOMÁTICO

### Preço Estimado

#### • Detalhamento da conta

Diárias (30 x R\$ 166,18) R\$ 4.985,40

Proteções inclusas R\$ 600,00

Taxa Administrativa (20.00%) R\$ 1.117,08

R\$ 6.702,48

## HATCH - 5000 KM/MÊS

### Local de retirada:

GOIÂNIA AEROPORTO

Quinta-feira 03/11/2022, 10:00

Editar

### Local de devolução:

GOIÂNIA AEROPORTO

Sábado 03/12/2022, 10:00

Editar



GRUPO D - GRUPO D - HATCH AUTOMÁTICO

### Preço Estimado

#### • Detalhamento da conta

Diárias (30 x R\$ 107,39) R\$ 3.221,70

Proteções inclusas R\$ 450,00

Taxa Administrativa (20.00%) R\$ 734,34

R\$ 4.406,04

## SUV - 5000 KM/MÊS

### Local de retirada:

GOIÂNIA AEROPORTO

Quinta-feira 03/11/2022, 10:00

Editar

### Local de devolução:

GOIÂNIA AEROPORTO

Sábado 03/12/2022, 10:00

Editar



GRUPO H - GRUPO H - SUV AUTOMÁTICA

### Preço Estimado

#### • Detalhamento da conta

Diárias (30 x R\$ 106,36) R\$ 3.190,80

Proteções inclusas R\$ 600,00

Taxa Administrativa (20.00%) R\$ 758,16

R\$ 4.548,96



## BRASÍLIA

LCA

### UNIDAS SEDAN



Valor total estimado: BRL 3.492,01  
(CA) VOLKSWAGEN VIRTUS AUTOMÁTICO 1.6 /  
2.0 OU SIMILAR (ICAR)

4.500 km/mês

### SUV



Valor total estimado: BRL 4.121,96  
(SV) VOLKSWAGEN T-CROSS AUTOMÁTICO 1.6 /  
2.0 OU SIMILAR (IFAR)

4.500 km/mês

### MOVIDA HATCH



Valor total estimado: BRL 4.677,84  
(D) 208, HB20, 1.0 Turbo, 1.3 ou 1.6 ou similar  
(CDAR)

3000 Km/mês

### SUV



Valor total estimado: BRL 4.834,44  
(H) C4 Cactus, Creta, 2008, 1.6 ou 2.0 ou similar  
(IFAR)

3000 Km/mês

## LOCALIZA

# SEDAN

GRUPO DO CARRO

[ALTERAR](#)

FX - INTERMEDIÁRIO AUTOMÁTICO  
Peugeot 208 Hatch 1.6 - ou similar

+

SUA ESTIMATIVA

Valor total previsto

R\$ 4.101,89/mês

# SUV

GRUPO DO CARRO

[ALTERAR](#)

GC - SUV COMPACTO AUTOMÁTICO  
Nissan Kicks 1.6 - ou similar

+

SUA ESTIMATIVA

Valor total previsto

R\$ 4.802,11/mês



## Comprovante de pagamento de Boleto

Transação realizada via convênio de pagamentos

|                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| Nome do pagador: | IMED (HET)                  |
| CNPJ:            | 19.324.171/0004-47          |
| Conta debitada:  | 00012 / 0003 / 00006869 - 1 |

|                      |        |                        |
|----------------------|--------|------------------------|
| Convênio:            | 442049 |                        |
| Tipo de Compromisso: | 01     | Pagamento a Fornecedor |
| Compromisso:         | 0001   |                        |
| NSA:                 | 002344 |                        |

Linha Digitável do Código de Barras  
34191096103424233293985633150009810840000100194

Instituição Emissora: 341 - ITAU UNIBANCO SA

### Beneficiário

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Nome:         | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA |
| Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA |
| CNPJ/CPF:     | 01.543.032/0001-04             |

### Sacador/avalista

|               |                                          |
|---------------|------------------------------------------|
| Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA DE ENERGI |
| CNPJ/CPF:     | 01.543.032/0001-04                       |

Data de vencimento 12/05/2025

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Valor nominal     | R\$ 1.001,94 |
| Encargos          | R\$ 0,00     |
| Desconto          | R\$ 0,00     |
| <u>VALOR PAGO</u> | R\$ 1.001,94 |

Data do Pagamento: 12/05/2025

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Autenticação Bancária:</b> | 6444F2372302044BE81DD9000 |
|-------------------------------|---------------------------|

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: EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.**

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 40269012  
17/05/2025

Valor (R\$) : 1.001,94

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 109310380

Valor Total (R\$): 1.001,94

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 109310380.

Data: 06/05/2025

Nota: 40269012

Nome: Taisa de Paiva Fernandes

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 06/05/2025, às 13:44:31, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO, ADMINISTRATIVO em 09/05/2025, às 17:26:47, conforme horário oficial de Brasília.

---



Grupo e Subgrupo de Tensão: B1 / MONO

Tensão Nom.: 220 V

Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL

Classificação: RESIDENCIAL RESIDENCIAL NORMAL

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

RUA 03, Q. 4, L. 10, S/N JARDIM PRIMAVERA CEP: 75390334

TRINDADE GO

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

Unidade Consumidora: 40269012

Parceiro de Negócio: 109310380

Conta mês: 5/2025

Total a pagar: R\$ 1.001,94

Vencimento: 17/05/2025

Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota Fiscal ou acesse o site:

<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>

com a chave: 52250501543032000104660001446454762015882140

NOTA FISCAL N 144645476 - SERIE 0

DATA DE EMISSAO: 03/05/2025 06:26:55

EMITIDO EM CONTINGENCIA: Pendente de Autorizacao

CFOP 5258 - Venda de energia eletrica para nao contribuinte

APROVEITE OS BENEFICIOS DO DEBITO AUTOMATICO, CADASTRE-SE NA SUA INSTITUICAO BANCARIA UTILIZANDO O CODIGO: 0360890768

| Datas das Leituras                       | Leitura Anterior |        | Leitura Atual     |             | Nº de Dias      |                       | Próxima leitura   |            |                    |
|------------------------------------------|------------------|--------|-------------------|-------------|-----------------|-----------------------|-------------------|------------|--------------------|
|                                          | 03/04/2025       |        | 03/05/2025        |             | 30              |                       | 04/06/2025        |            |                    |
| Item                                     | Unid.            | Quant. | Preço unit. (R\$) | Valor (R\$) | IS/COFINS (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Alíquota ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
| Fornecimento                             |                  |        |                   |             |                 |                       |                   |            |                    |
| Adc.bandeira amarela                     | KWh              | 954,00 | 0,002504          | 2,39        | 0,13            | 2,39                  | 19,00             | 0,45       | 0,001885           |
| Consumo                                  | KWh              | 954,00 | 0,990721          | 945,15      | 53,95           | 945,15                | 19,00             | 179,58     | 0,745930           |
| Itens Financeiros                        |                  |        |                   |             |                 |                       |                   |            |                    |
| Contrib. custeio da ilumin publica - cip |                  |        | 0,000000          | 54,40       | 0,00            | 0,00                  | 0,00              | 0,00       | 0,000000           |
| TOTAL                                    |                  |        |                   | 1001,94     | 54,08           | 947,54                |                   | 180,03     |                    |

| Mes/Ano | Consumo | Tp. Fat. | Nº DIAS FAT |
|---------|---------|----------|-------------|
| 05/24   | 888     | LIDA     | 32          |
| 06/24   | 854     | LIDA     | 32          |
| 07/24   | 663     | LIDA     | 30          |
| 08/24   | 627     | LIDA     | 32          |
| 09/24   | 751     | LIDA     | 29          |
| 10/24   | 1294    | LIDA     | 30          |
| 11/24   | 974     | LIDA     | 30          |
| 12/24   | 828     | LIDA     | 31          |
| 01/25   | 837     | LIDA     | 30          |
| 02/25   | 778     | LIDA     | 30          |
| 03/25   | 842     | LIDA     | 29          |
| 04/25   | 1022    | LIDA     | 28          |
| 05/25   | 954     | LIDA     | 30          |

| Tributo   | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| PIS/PASEP | 767,50                | 1,2563       | 9,64        |
| COFINS    | 767,50                | 5,7911       | 44,44       |
| ICMS      | 947,54                | 19,00        | 180,03      |

|                  |
|------------------|
| Reserva ao Fisco |
|------------------|

10666851 Energia Grátis - Kwh

Postos Médios

Leitura Anterior

58196

Leitura Atual

59150

Const. Medidor

1,0000

954,00

Fator de Potência

0.0%

3407/24

03/05/2025

Nº do Programa Social

Reavis de Vencimento

A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

Informações para o cliente

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação

Itau - 341

34191.09610 34242.332939 85633.150009 8 10840000100194

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

Mostrar Nr.: 109/61342423-3

Nr. Documento: 2025041701028

Data de Vencimento: 17/05/2025

Valor do Documento: 1.001,94

Valor Pago:

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

Agência / Código do Beneficiário:





## Comprovante de pagamento de Boleto

Transação realizada via convênio de pagamentos

|                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| Nome do pagador: | IMED (HET)                  |
| CNPJ:            | 19.324.171/0004-47          |
| Conta debitada:  | 00012 / 0003 / 00006869 - 1 |

|                      |        |                        |
|----------------------|--------|------------------------|
| Convênio:            | 442049 |                        |
| Tipo de Compromisso: | 01     | Pagamento a Fornecedor |
| Compromisso:         | 0001   |                        |
| NSA:                 | 002344 |                        |

Linha Digitável do Código de Barras  
34191096103424324293985633150009110840000047315

Instituição Emissora: 341 - ITAU UNIBANCO SA

### Beneficiário

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Nome:         | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA |
| Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA |
| CNPJ/CPF:     | 01.543.032/0001-04             |

### Sacador/avalista

|               |                                          |
|---------------|------------------------------------------|
| Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA DE ENERGI |
| CNPJ/CPF:     | 01.543.032/0001-04                       |

Data de vencimento 12/05/2025

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Valor nominal     | R\$ 473,15 |
| Encargos          | R\$ 0,00   |
| Desconto          | R\$ 0,00   |
| <u>VALOR PAGO</u> | R\$ 473,15 |

Data do Pagamento: 12/05/2025

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Autenticação Bancária:</b> | FE440525F462044806ACC9000 |
|-------------------------------|---------------------------|

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: EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.**

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 109310380  
17/05/2025

Valor (R\$) : 473,15

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 10035147294

Valor Total (R\$): 473,15

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: 06/05/2025

Nota: 109310380

Nome: Taisa de Paiva Fernandes

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 06/05/2025, às 13:31:28, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO, ADMINISTRATIVO em 09/05/2025, às 17:27:58, conforme horário oficial de Brasília.

---

Grupo e Subgrupo de Tensão: B1 / MONO Tensão Nom.: 220 V  
Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL  
Classificacao: RESIDENCIAL RESIDENCIAL NORMAL

**IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**

RUA 03, Q. 04, L. 07, S/N, SALA - 1 JARDIM PRIMAVERA CEP: 75390334 TRINDADE GO

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

Para atendimento,  
informe este número.

**Unidade Consumidora**  
**10035147294**

**Parceiro de Negócio**  
**109310380**

Conta mês  
**5/2025**

Total a pagar  
**R\$ 473,15**

Vencimento  
**17/05/2025**



Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota fiscal ou acesse o site:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>  
com a chave: 52250501543032000104660001446454782024820556  
NOTA FISCAL N 144645478 - SERIE 0  
DATA DE EMISSAO: 03/05/2025 06:31:17  
EMITIDO EM CONTINGENCIA: Pendente de Autorizacao  
CFOP 5258 - Venda de energia eletrica para nao contribuinte

**APROVEITE OS BENEFÍCIOS DO DÉBITO AUTOMÁTICO, CADASTRE-SE NA SUA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA UTILIZANDO O CÓDIGO: 0655451334**

| Datas das Leituras                       | Leitura Anterior |        | Leitura Atual                   |             | Nº de Dias       |                       | Próxima Leitura  |            |                    |
|------------------------------------------|------------------|--------|---------------------------------|-------------|------------------|-----------------------|------------------|------------|--------------------|
|                                          | 03/04/2025       |        | 03/05/2025                      |             | 30               |                       | 04/06/2025       |            |                    |
| Item                                     | Unid.            | Quant. | Preço unit. (R\$) contribuintes | Valor (R\$) | PIS/COFINS (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Alíquota ICMS(%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
| Fornecimento                             |                  |        |                                 |             |                  |                       |                  |            |                    |
| Adc bandeira amarela                     | kWh              | 449,00 | 0,002604                        | 1,12        | 0,06             | 1,12                  | 19,00            | 0,21       | 0,001885           |
| Consumo                                  | kWh              | 449,00 | 0,990721                        | 444,83      | 25,40            | 444,83                | 19,00            | 84,52      | 0,745930           |
| Itens Financeiros                        |                  |        |                                 |             |                  |                       |                  |            |                    |
| Contrib. custeio da ilumin publica - cip |                  |        | 0,000000                        | 27,20       | 0,00             | 0,00                  | 0,00             | 0,00       | 0,000000           |
| TOTAL                                    |                  |        |                                 | 473,15      | 25,46            | 445,95                |                  | 84,73      |                    |

| Mes/Ano | Consumo | Tp Fat | Nº DIAS FAT |
|---------|---------|--------|-------------|
| 05/24   | 12      | MINIMA | 32          |
| 06/24   | 16      | MINIMA | 30          |
| 07/24   | 15      | MINIMA | 30          |
| 08/24   | 22      | MINIMA | 32          |
| 09/24   | 19      | MINIMA | 29          |
| 10/24   | 17      | MINIMA | 30          |
| 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          |

| Tributo   | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| PIS/PASEP | 361,23                | 1,2563       | 4,54        |
| COFINS    | 361,23                | 5,7911       | 20,92       |
| ICMS      | 445,95                | 19,00        | 84,73       |

Reserva ao Fisco

|           |                     |            |                       |                    |                       |        |
|-----------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------|
| 128814616 | Energia Ativa - kWh | Postos N/A | Leitura Anterior 2049 | Leitura Atual 2498 | Const. Medidor 1,0000 | 449,00 |
|-----------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------|

|                   |                      |         |            |                       |
|-------------------|----------------------|---------|------------|-----------------------|
| Fator de Potência | Perdas no Ramal 0.0% | 3407/24 | 03/05/2025 | Nº do Programa Social |
|-------------------|----------------------|---------|------------|-----------------------|

**Revisão de Vencimento: EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA**



**Informações para o cliente**

**PAGUE AQUI COM PIX**

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação



Itau - 341

34191.09610 34243.242939 85633.150009 1 10840000047315

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: 75390334 TRINDADE GO

|                           |                              |                                |                            |             |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------|
| Nosso Nr.: 109/61342432-4 | Nr. Documento: 2025041701038 | Data de Vencimento: 17/05/2025 | Valor do Documento: 473,15 | Valor Pago: |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------|

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





**Ouvidoria Equatorial: 0800 062 1500**

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis  
de segunda a sexta, das 08h às 18h.

**0800 727 0167 • Agência Goiana**

de Regulação - AGR • Ligação  
gratuita de telefones fixos.

**Agência Nacional de Energia Elétrica**

(ANEEL) 167 • Ligação gratuita  
de telefones fixos e móveis.

As informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados, tributos e informações suplementares encontram-se disponíveis para consulta nas Agências de Atendimento e na área reservada ao consumidor no site da Equatorial Goiás.

As regras para a cobrança da CIP de cada município atendido encontram-se na área de acesso público do site da Equatorial Goiás.

As informações sobre os atendimentos comerciais realizados para a sua unidade consumidora podem ser obtidas no site da Equatorial Goiás.

### Indicadores de Continuidade

|       |                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| DIC   | Nº de horas que o cliente ficou sem energia (horas)                       |
| FIC   | Nº de vezes que o cliente ficou sem energia (vezes)                       |
| DMIC  | Duração máxima em horas contínuas que o cliente ficou sem energia (horas) |
| DICRI | Duração de Interrupção Individual em dias críticos (horas)                |

É direito do consumidor ou da central geradora de solicitar a distribuidora o detalhamento da apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

Pague sua conta até a data de vencimento e evite a cobrança de multa de 2%, juros de mora de 0,0333% ao dia (conforme a Lei 10438/02) e atualização monetária com base no IPCA a serem incluídos na próxima fatura.

É direito do consumidor ou da central geradora de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora ou central geradora.

### Níveis de Tensão Fornecido

| Tensão Nominal (Volts)        | Faixa de valores para limites mín. e máx. | Tensão Nominal (Volts) | Faixa de valores para limites mín. e máx. |
|-------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| 115 (230/115)                 | 106 a 121                                 | 230 (230/115)          | 212 a 242                                 |
| 127 (220/127)   127 (254/127) | 117 a 133                                 | 254 (254/127)          | 234 a 267                                 |
| 220 (220/127)   220 (380/220) | 202 a 231                                 | 380 (380/220)          | 350 a 399                                 |

### Conserve sua conta

O papel da sua conta é termossensível. Para aumentar a vida útil dos dados impressos, evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

### DICRI - Duração de Interrupção Individual (Dias Críticos) | Horas

Meta a ser informada por faixa de tensão

| AT | 9,77h | MT | Faixa de Tensão Contratada: 1kV < Tensão < 69kV | Áreas Urbanas | 9,77h  |
|----|-------|----|-------------------------------------------------|---------------|--------|
|    |       |    | Contas Contrato atendidas por sistemas isolados | Áreas Rurais  | 12,77h |
|    |       |    |                                                 | Áreas Urbanas | 12,77h |
|    |       | BT | Faixa de Tensão Contratada: < 1kV               | Áreas Rurais  | 16,60h |

### Bandeiras Tarifárias

Conforme Resolução ANEEL nº 547 de 2013, continua neste ano o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira VERDE não implica em cobrança adicional. As bandeiras AMARELA e VERMELHA, quando acionadas, implicam em tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração da energia elétrica. Sobre esses valores incidem os tributos ICMS, PIS e COFINS.

Conforme REN ANEEL 581/2013, art. 8º parágrafo único, existindo cobrança de atividades acessórias ao serviço de prestação de energia elétrica, nas faturas relacionadas, é seu direito solicitar a emissão de nova fatura sem a cobrança relativa à prestação destas atividades.

Conforme Resolução Normativa Anel 581/2013, arts 7º e 8º, é seu direito solicitar, a qualquer tempo, à Equatorial Goiás o cancelamento de cobrança relativa de outros serviços cobrados na fatura, bem como a emissão da nova fatura sem a cobrança dos serviços cancelados. Ressalta-se que o fornecimento poderá ser suspenso, caso os valores referentes aos serviços de distribuição de energia não sejam devidamente pagos.

## Conta Cidadaã

## Um mundo mais inclusivo começa com nossas atitudes.

Juntos, somos mais fortes na  
luta pela inclusão das pessoas  
com autismo. Abrace essa  
causa e faça a diferença!

**02 de abril**  
**Dia Mundial**  
**de Conscientização**  
**sobre o Autismo**

equatorialgoias.official  
equatorialgoias

ABR / 2025



**Faça o uso seguro da energia.**  
**Fique atento às dicas para evitar acidentes em casa:**

- Não use fios desencapados, benjamins ou extensões improvisadas.
- Não ligue vários aparelhos em uma mesma tomada.
- O imprevisto elétrico pode causar sobrecarga.



## Comprovante de pagamento de Boleto

Transação realizada via convênio de pagamentos

|                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| Nome do pagador: | IMED (HET)                  |
| CNPJ:            | 19.324.171/0004-47          |
| Conta debitada:  | 00012 / 0003 / 00006869 - 1 |

|                      |        |                        |
|----------------------|--------|------------------------|
| Convênio:            | 442049 |                        |
| Tipo de Compromisso: | 01     | Pagamento a Fornecedor |
| Compromisso:         | 0001   |                        |
| NSA:                 | 002344 |                        |

Linha Digitável do Código de Barras  
34191096103424126293985633150009710840000079634

Instituição Emissora: 341 - ITAU UNIBANCO SA

### Beneficiário

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Nome:         | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA |
| Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA |
| CNPJ/CPF:     | 01.543.032/0001-04             |

### Sacador/avalista

|               |                                          |
|---------------|------------------------------------------|
| Razão Social: | EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA DE ENERGI |
| CNPJ/CPF:     | 01.543.032/0001-04                       |

Data de vencimento 12/05/2025

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Valor nominal     | R\$ 796,34 |
| Encargos          | R\$ 0,00   |
| Desconto          | R\$ 0,00   |
| <u>VALOR PAGO</u> | R\$ 796,34 |

Data do Pagamento: 12/05/2025

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Autenticação Bancária:</b> | 174491DFC2A20452061DD9000 |
|-------------------------------|---------------------------|

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: EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.**

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 109310380  
17/05/2025

Valor (R\$) : 796,34

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 10035147499

Valor Total (R\$): 796,34

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: 06/05/2025

Nota: 109310380

Nome: Taisa de Paiva Fernandes

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 06/05/2025, às 13:38:02, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO, ADMINISTRATIVO em 09/05/2025, às 17:27:26, conforme horário oficial de Brasília.

---



Grupo e Subgrupo de Tensão: B1 / MONO Tensão Nom.: 220 V  
Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL  
Classificação: RESIDENCIAL RESIDENCIAL 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

Para atendimento,  
Informe este número.

**Unidade Consumidora**  
**10035147499**

**Parceiro de Negócio**  
**109310380**

Conta mês  
**5/2025**

Total a pagar  
**R\$ 796,34**

Vencimento  
**17/05/2025**



Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota fiscal ou acesse o site:  
<https://dfe-portal.svns.rs.gov.br/nf3e/consulta>  
com a chave: 52250501543032000104660001446454742016301058  
NOTA FISCAL N 144645474 - SERIE 0  
DATA DE EMISSAO: 03/05/2025 06:30:16  
EMITIDO EM CONTINGENCIA: Pendente de Autorização  
CFOP 5258 - Venda de energia elétrica para não contribuinte

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

| Datas das Leituras                       |       | 03/04/2025 |                              | 03/05/2025  |                   | Nº de Dias            |                  | 04/06/2025 |                    |
|------------------------------------------|-------|------------|------------------------------|-------------|-------------------|-----------------------|------------------|------------|--------------------|
| Item                                     | Unid. | Quant.     | Preço unit.(R\$) contributos | Valor (R\$) | PIS/ COFINS (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Alíquota ICMS(%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
| Fornecimento                             |       |            |                              |             |                   |                       |                  |            |                    |
| Adc bandeira amarela                     | kWh   | 747,00     | 0,002504                     | 1,87        | 0,11              | 1,87                  | 19,00            | 0,36       | 0,001886           |
| Consumo                                  | kWh   | 747,00     | 0,990721                     | 740,07      | 42,25             | 740,07                | 19,00            | 140,61     | 0,745930           |
| Itens Financeiros                        |       |            |                              |             |                   |                       |                  |            |                    |
| Contrib. custeio da ilumin publica - cip |       |            | 0,000000                     | 54,40       | 0,00              | 0,00                  | 0,00             | 0,00       | 0,000000           |
| TOTAL                                    |       |            |                              | 796,34      | 42,36             | 741,94                |                  | 140,97     |                    |

| Med/Año | Consumo | Tip Fat | Nº DIAS FAT | Tributo   | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|---------|---------|---------|-------------|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| 05/24   | 677     | LIDA    | 32          | PIS/PASEP | 600.97                | 1.2363       | 7.35        |
| 06/24   | 617     | LIDA    | 30          | COFINS    | 600.97                | 5.7911       | 34.81       |
| 07/24   | 433     | LIDA    | 32          | ICMS      | 741.94                | 19.00        | 140.97      |
| 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   | 610     | LIDA    | 32          |           |                       |              |             |
| 02/25   | 583     | LIDA    | 30          |           |                       |              |             |
| 03/25   | 636     | LIDA    | 29          |           |                       |              |             |
| 04/25   | 753     | LIDA    | 28          |           |                       |              |             |
| 05/25   | 747     | LIDA    | 30          |           |                       |              |             |

| Med/Año | Consumo | Tip Fat | Nº DIAS FAT | Tributo   | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|---------|---------|---------|-------------|-----------|-----------------------|--------------|-------------|
| 05/24   | 677     | LIDA    | 32          | PIS/PASEP | 600.97                | 1.2363       | 7.35        |
| 06/24   | 617     | LIDA    | 30          | COFINS    | 600.97                | 5.7911       | 34.81       |
| 07/24   | 433     | LIDA    | 32          | ICMS      | 741.94                | 19.00        | 140.97      |
| 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   | 610     | LIDA    | 32          |           |                       |              |             |
| 02/25   | 583     | LIDA    | 30          |           |                       |              |             |
| 03/25   | 636     | LIDA    | 29          |           |                       |              |             |
| 04/25   | 753     | LIDA    | 28          |           |                       |              |             |
| 05/25   | 747     | LIDA    | 30          |           |                       |              |             |

| Fator de Potência | 0.0% | 3407/24 | 03/05/2025 | Nº do Programa Social |
|-------------------|------|---------|------------|-----------------------|
|-------------------|------|---------|------------|-----------------------|

**Revisão Neutro: EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA**



**Informações para o cliente**

**PAGUE AQUI COM PIX**

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação



Itau - 341

34191.09610 34241.262939 85633.150009 7 10840000079634

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

| Mosso Nr.:     | Nr. Documento: | Data de Vencimento: | Valor do Documento: | Valor Pago: |
|----------------|----------------|---------------------|---------------------|-------------|
| 109/61342412-6 | 2025041701060  | 17/05/2025          | 796,34              |             |

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





**Ouvidoria Equatorial: 0800 062 1500**

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis  
de segunda a sexta, das 08h às 18h.

0800 727 0167 • Agência Goiana  
de Regulação - AGR • Ligação  
gratuita de telefones fixos.

Agência Nacional de Energia Elétrica  
(ANEEL) 167 • Ligação gratuita  
de telefones fixos e móveis.

As informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados, tributos e informações suplementares encontram-se disponíveis para consulta nas Agências de Atendimento e na área reservada ao consumidor no site da Equatorial Goiás.

As regras para a cobrança da CIP de cada município atendido encontram-se na área de acesso público do site da Equatorial Goiás.

As informações sobre os atendimentos comerciais realizados para a sua unidade consumidora podem ser obtidas no site da Equatorial Goiás.

### Indicadores de Continuidade

|       |                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| DIC   | Nº de horas que o cliente ficou sem energia (horas)                       |
| FIC   | Nº de vezes que o cliente ficou sem energia (vezes)                       |
| DMIC  | Duração máxima em horas contínuas que o cliente ficou sem energia (horas) |
| DICRI | Duração de Interrupção Individual em dias críticos (horas)                |

É direito do consumidor ou da central geradora de solicitar à distribuidora o detalhamento da apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

Pague sua conta até a data de vencimento e evite a cobrança de multa de 2%, juros de mora de 0,0333% ao dia (conforme a Lei 10438/02) e atualização monetária com base no IPCA a serem incluídos na próxima fatura.

É direito do consumidor ou da central geradora de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora ou central geradora.

### Níveis de Tensão Fornecido

| Tensão Nominal (Volts)        | Faixa de valores para limites mín. e máx. | Tensão Nominal (Volts) | Faixa de valores para limites mín. e máx. |
|-------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| 115 (230/115)                 | 106 a 121                                 | 230 (230/115)          | 212 a 242                                 |
| 127 (220/127)   127 (254/127) | 117 a 133                                 | 254 (254/127)          | 234 a 267                                 |
| 220 (220/127)   220 (380/220) | 202 a 231                                 | 380 (380/220)          | 350 a 399                                 |

### Conserve sua conta

O papel da sua conta é termossensível. Para aumentar a vida útil dos dados impressos, evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

### DICRI - Duração de Interrupção Individual (Dias Críticos) | Horas

Meta a ser informada por faixa de tensão

| AT | 9,77h | MT | Faixa de Tensão Contratada: 1kV < Tensão < 69kV | Áreas Urbanas | 9,77h  |
|----|-------|----|-------------------------------------------------|---------------|--------|
|    |       |    | Contas Contrato atendidas por sistemas isolados | Áreas Rurais  | 12,7h  |
|    |       | BT | Faixa de Tensão Contratada: ≤ 1kV               | Áreas Urbanas | 12,7h  |
|    |       |    |                                                 | Áreas Rurais  | 16,60h |

### Bandeiras Tarifárias

Conforme Resolução ANEEL nº 547 de 2013, continua neste ano o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira VERDE não implica em cobrança adicional. As bandeiras AMARELA e VERMELHA, quando acionadas, implicam em tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração da energia elétrica. Sobre esses valores incidem os tributos ICMS, PIS e COFINS.

Conforme REN ANEEL 581/2013, art. 8º parágrafo único, existindo cobrança de atividades acessórias ao serviço de prestação de energia elétrica, nas faturas relacionadas, é seu direito solicitar a emissão de nova fatura sem a cobrança relativa à prestação destas atividades.

Conforme Resolução Normativa Aneel 581/2013, arts 7º e 8º, é seu direito solicitar, a qualquer tempo, à Equatorial Goiás o cancelamento de cobrança relativa de outros serviços cobrados na fatura, bem como a emissão da nova fatura sem a cobrança dos serviços cancelados. Ressalta-se que o fornecimento poderá ser suspenso, caso os valores referentes aos serviços de distribuição de energia não sejam devidamente pagos.

## Conta Cidadã

## Um mundo mais inclusivo começa com nossas atitudes.

Juntos, somos mais fortes na luta pela inclusão das pessoas com autismo. Abrace essa causa e faça a diferença!

02 de abril  
Dia Mundial  
de Conscientização  
sobre o Autismo

equatorialgoias.official  
equatorialgoias

ABR / 2025

**Faça o uso seguro da energia.**  
**Fique atento às dicas para evitar acidentes em casa:**

- Não use fios desencapados, benjamins ou extensões improvisadas.
- Não ligue vários aparelhos em uma mesma tomada.
- O improviso elétrico pode causar sobrecarga.

Autenticação Mecânica do arrecadador

Comprovante de Pagamento de Boleto

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: | 34191.09552 42791.172937 85633.150009 4 10230000010324 |
| 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:                          | DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA                               |
| CPF/CNPJ:                                   | 290.477.061-53                                         |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO                               |
| CPF/CNPJ:                                   | 19.324.171/0004-47                                     |

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Data do Vencimento:               | 17/03/2025        |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 05/05/2025        |
| Valor Nominal do Boleto:          | 103,24            |
| Juros (R\$):                      | 0,00              |
| Multa (R\$):                      | 0,00              |
| Desconto (R\$):                   | 0,00              |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00              |
| Valor Calculado (R\$):            | 103,24            |
| Valor Pago (R\$):                 | 103,24            |
| Identificação do Pagamento:       | EQUATORIAL 202503 |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 05/05/2025 13:33:07 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 46246188024      |
| Chave de segurança: | 08SF8XARQG506LFQ |

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: 101142967  
17/03/2025

Valor (R\$) : 103,24

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 10038356676

Valor Total (R\$): 103,24

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 10038356676.

Data: 30/04/2025

Nota: 101142967

Nome: Taisa de Paiva Fernandes

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 30/04/2025, às 13:31:00, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO, ADMINISTRATIVO em 30/04/2025, às 17:30:33, conforme horário oficial de Brasília.

---

CNPJ: 01.543.032/0001-04 • IE: 100.549.420

Rua 2, Qd. A-37, Nº 505 - Jardim Goiás - Goiânia-GO • CEP: 74.805-180

**ENDEREÇO DE ENTREGA:**

RUA PE GERALDO, Q. 01, L. 04, S/N  
JARDIM PRIMAVERA  
CEP: 75380000 TRINDADE GO BRASIL

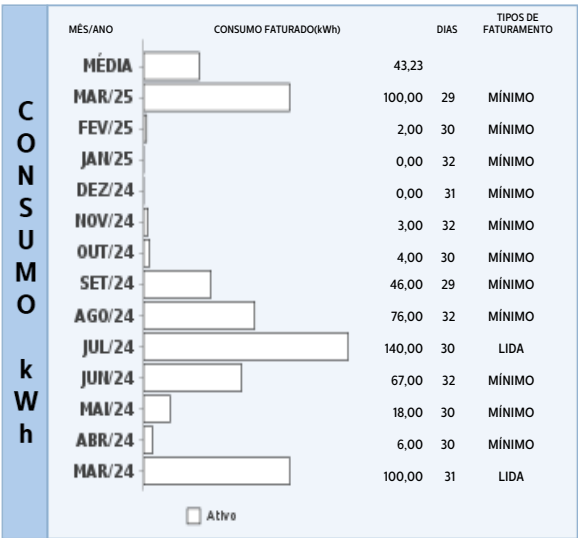
|                          |                                              |                                           |                                |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Data das Leituras</b> | <b>Leitura Anterior</b><br><b>05/02/2025</b> | <b>Leitura Atual</b><br><b>06/03/2025</b> | <b>Nº de Dias</b><br><b>29</b> | <b>Próxima Leitura</b><br><b>03/04/2025</b> |
|--------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|



NOTA FISCAL Nº 137069750 - SÉRIE O / DATA DE EMISSÃO: 06/03/2025 17:15:12  
 EMITIDO EM CONTINGÊNCIA - Pendente de Autorização  
 Consulte pela Chave de Acesso em:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/NF3e/consulta>  
 chave de acesso:  
 52250301543032000104660001370697502052723907  
 Protocolo de autorização: 3522500007240226 - 06/03/2025 às 18:02:17  
 CFOP 5258: Venda de energia elétrica para não contribuinte

A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

| Tributo   | Base (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-----------|------------|--------------|-------------|
| PIS/PASEP | 79,22      | 1,0411%      | 0,82        |
| COFINS    | 79,22      | 4,8015%      | 3,8         |
| ICMS      | 97,8       | 19%          | 18,58       |



|                    |              |                       |
|--------------------|--------------|-----------------------|
| Reservado ao Fisco |              |                       |
|                    |              |                       |
| Resolução ANEEL    | Apresentação | Nº do Programa Social |
|                    | 06/03/2025   |                       |

A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

**LIGUE GRÁTIS 0800 062 0196**  
**ATENDIMENTO GRATUITO 24H**  
Acesse o nosso site: [equatorialenergia.com.br](http://equatorialenergia.com.br)  
Fale com a Clara pelo WhatsApp: (62) 3243-2020  
● @equatorialenergiaoficial ● Equatorial Goiás ● Equatorial Goiás ● @equatorialgoias

**DIREITOS**  
É direito do consumidor ou da central geradora de solicitar à distribuidora o detalhamento da apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.  
É direito do consumidor ou da central geradora de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora ou central geradora.

|                                                                                                                                                                                           |                                       |                            |                                    |                                                        |                                |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| BANCO ITAÚ                                                                                                                                                                                |                                       |                            | 341-7                              | 34191.09552 42791.172937 85633.150009 4 10230000010324 |                                |                               |
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                                                                                                                                           |                                       |                            |                                    |                                                        | VENCIMENTO<br>17/03/2025       |                               |
| BENEFICIÁRIO<br>EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A                                                                                                                             |                                       |                            | UNIDADE CONSUMIDORA<br>10038356676 |                                                        | REFERÊNCIA<br>MAR/2025         | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO   |
| DATA DOCUMENTO<br>28/02/2025                                                                                                                                                              | NÚMERO DE REFERÊNCIA<br>2025021030910 | ESPÉCIE DOCUMENTO(A)<br>MN | CE TED                             | DATA PROCESSAMENTO<br>28/02/2025                       | NOSSO NÚMERO<br>109/55427911-7 |                               |
| USO DO BANCO                                                                                                                                                                              |                                       | CARTEIRA<br>109            | ESPÉCIE MOEDA<br>R\$               | QUANTIDADE                                             | VALOR                          | (-) VALOR DOCUMENTO<br>103,24 |
| INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO<br>O Pagamento poderá ser realizado 1 dia útil após a emissão. Para cadastrar sua fatura em débito automático utilize o código 0654846591 |                                       |                            |                                    |                                                        |                                | (-) DESCONTO ABATIMENTO       |
|                                                                                                                                                                                           |                                       |                            |                                    |                                                        |                                | (-) OUTRAS DEDUÇÕES           |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO<br>DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 290.477.061-53<br>RUA PE GERALDO, Q. 01, L. 04, S/N JARDIM PRIMAVERA CEP: 75380000 TRINDADE GO BRASIL             |                                       |                            |                                    |                                                        |                                | (+) MULTA                     |
|                                                                                                                                                                                           |                                       |                            |                                    |                                                        |                                | (+) OUTROS ACRÉSCIMOS         |
|                                                                                                                                                                                           |                                       |                            |                                    |                                                        |                                | (+) VALOR COBRADO             |
|                                                                                                       |                                       |                            |                                    |                                                        |                                | Ficha de Compensação          |

**Pague através do PIX.  
É mais facilidade  
pra você.**

**Para realizar o pagamento, utilize o QR CODE abaixo.**



**SE PREFERIR, COPIE E COLE O CÓDIGO PIX  
ABAIXO PARA FAZER O PAGAMENTO**

Comprovante de Pagamento de Boleto

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: | 34191.09586 44465.122933 85633.150009 8 10540000019219 |
| 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:                          | DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA                               |
| CPF/CNPJ:                                   | 290.477.061-53                                         |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IMED HOSP HETRIN CUSTEIO                               |
| CPF/CNPJ:                                   | 19.324.171/0004-47                                     |

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Data do Vencimento:               | 17/04/2025        |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 05/05/2025        |
| Valor Nominal do Boleto:          | 192,19            |
| Juros (R\$):                      | 0,00              |
| Multa (R\$):                      | 0,00              |
| Desconto (R\$):                   | 0,00              |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00              |
| Valor Calculado (R\$):            | 192,19            |
| Valor Pago (R\$):                 | 192,19            |
| Identificação do Pagamento:       | EQUATORIAL 202504 |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 05/05/2025 13:31:35 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 46246073580      |
| Chave de segurança: | SPKXQ9QE1ECA4VPE |

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 ENERGIA S.A.**

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 101142967  
17/04/2025

Valor (R\$) : 192,19

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 10038356676

Valor Total (R\$): 192,19

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 10038356676.

Data: 30/04/2025

Nota: 101142967

Nome: Taisa de Paiva Fernandes

Matr. 632.



Documento assinado eletronicamente por Taisa de Paiva Fernandes, ASSISTENTE EXECUTIVO, ADMINISTRATIVO em 30/04/2025, às 13:37:05, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO, ADMINISTRATIVO em 30/04/2025, às 17:29:25, conforme horário oficial de Brasília.

---

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

RUA PE GERALDO, Q. 01, L. 04, S/N  
JARDIM PRIMAVERA  
CEP: 75380000 TRINDADE GO BRASIL

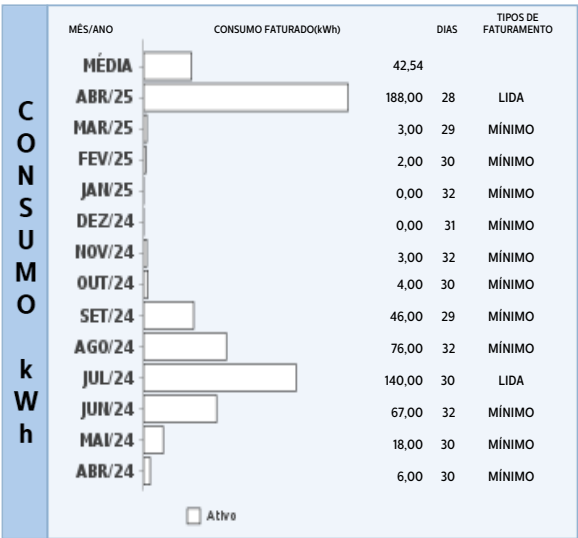
|                   |                                       |                                    |                         |                                      |
|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Data das Leituras | Leitura Anterior<br><b>06/03/2025</b> | Leitura Atual<br><b>03/04/2025</b> | Nº de Dias<br><b>28</b> | Próxima Leitura<br><b>03/05/2025</b> |
|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|



NOTA FISCAL Nº 140886481 - SÉRIE 0 / DATA DE EMISSÃO: 03/04/2025 17:30:29  
 EMITIDO EM CONTINGÊNCIA - Pendente de Autorização  
 Consulte pela Chave de Acesso em:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/NF3e/consulta>  
 chave de acesso:  
 52250401543032000104660001408864812096383275  
 Protocolo de autorização: 3522500010780916 - 06/04/2025 às 18:41:09  
 CFOP 5258: Venda de energia elétrica para não contribuinte

NOTIFICAÇÃO: 1 FATURA VENCIDA: MÊS 3/2025 VALOR TOTAL: R\$ 103,24 (DESCONSIDERE SE FOI PAGO).  
PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 2/2025. VRC = R\$ 27,20050  
A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO OCORRERÁ APÓS O DIA 18/04/2025 OU A QUALQUER MOMENTO POR DÉBITOS JÁ REAVISADOS ANTERIORMENTE.

| Tributo   | Base (R\$) | Aliquota (%) | Valor (R\$) |
|-----------|------------|--------------|-------------|
| ICMS      | 181,31     | 19%          | 34,45       |
| PIS/PASEP | 146,86     | 0,8033%      | 1,18        |
| COFINS    | 146,86     | 3,7073%      | 5,44        |



|                    |              |                       |
|--------------------|--------------|-----------------------|
| Reservado ao Fisco |              |                       |
|                    |              |                       |
| Resolução ANEEL    | Apresentação | Nº do Programa Social |
|                    | 03/04/2025   |                       |

NOTIFICAÇÃO: 1 FATURA VENCIDA: MÊS 3/2025 VALOR TOTAL: R\$ 103,24 (DESCONSIDERE SE FOI PAGO).  
A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO OCORRERÁ APÓS O DIA 18/04/2025 OU A QUALQUER MOMENTO POR DÉBITOS JÁ REAVISADOS ANTERIORMENTE.

**LIGUE GRÁTIS 0800 062 0196**  
**ATENDIMENTO GRATUITO 24H**  
 Acesse o nosso site: [equatorialenergia.com.br](http://equatorialenergia.com.br)  
 Fale com a Clara pelo WhatsApp: (62) 3243-2020  
 ● @equatorialenergiaoficial ● Equatorial Goiás ● Equatorial Goiás ● @equatorialgoias

**DIREITOS**  
 E direito do consumidor ou da central geradora de solicitar à distribuidora o detalhamento da apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.  
 E direito do consumidor ou da central geradora de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora ou central geradora.

|                                                                                                                                                                                           |                                       |                 |                                                        |            |                                  |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|--------------------------------|
| BANCO ITAÚ                                                                                                                                                                                |                                       | 341-7           | 34191.09586 44465.122933 85633.150009 8 10540000019219 |            |                                  |                                |
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                                                                                                                                           |                                       |                 |                                                        |            | VENCIMENTO<br>17/04/2025         |                                |
| BENEFICIÁRIO<br>EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A                                                                                                                             |                                       |                 | UNIDADE CONSUMIDORA<br>10038356676                     |            | REFERÊNCIA<br>ABR/2025           | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO    |
| DATA DOCUMENTO<br>01/04/2025                                                                                                                                                              | NÚMERO DE REFERÊNCIA<br>2025031708343 |                 | ESPÉCIE DOCUMENTO(A)<br>MN                             | CE TED     | DATA PROCESSAMENTO<br>01/04/2025 | NOSSO NÚMERO<br>109/58444651-2 |
| USO DO BANCO                                                                                                                                                                              |                                       | CARTEIRA<br>109 | ESPÉCIE MOEDA<br>R\$                                   | QUANTIDADE | VALOR                            | (-) VALOR DOCUMENTO<br>192,19  |
| INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO<br>O Pagamento poderá ser realizado 1 dia útil após a emissão. Para cadastrar sua fatura em débito automático utilize o código 0654846591 |                                       |                 |                                                        |            |                                  | (-) DESCONTO ABATIMENTO        |
|                                                                                                                                                                                           |                                       |                 |                                                        |            |                                  | (-) OUTRAS DEDUÇÕES            |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO<br>DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA   CNPJ/CPF: 290.477.061-53<br>RUA PE GERALDO, Q. 01, L. 04, S/N JARDIM PRIMAVERA CEP: 75380000 TRINDADE GO BRASIL           |                                       |                 |                                                        |            |                                  | (+) MULTA                      |
|                                                                                                                                                                                           |                                       |                 |                                                        |            |                                  | (+) OUTROS ACRÉSCIMOS          |
|                                                                                                                                                                                           |                                       |                 |                                                        |            |                                  | (+) VALOR COBRADO              |
|                                                                                                       |                                       |                 |                                                        |            |                                  | Ficha de Compensação           |

**Para realizar o pagamento, utilize o QR CODE abaixo.**



**SE preferir, copie e cole o código PIX  
abaixo para fazer o pagamento**



## 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:                 | 002347 |                        |

|                       |                                              |
|-----------------------|----------------------------------------------|
| 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:     | 13/05/2025                                   |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Autenticação Bancária:</b> | B64450F56152041F0F7559000 |
|-------------------------------|---------------------------|

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: DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA**

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: ALUGUEL  
07/05/2025

Valor (R\$) : 5.900,00

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 006/2025

Valor Total (R\$): 5.900,00

Forma de Pagamento: Transferência bancária

Observações:

Dados bancários

Banco: CX Economica

AG 1241

C/C 45014-8

---

**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 006/2025.

Data: 12/05/2025

Nota: ALUGUEL

Nome: Juliana Silva

Matr. \_\_\_\_\_.



Documento assinado eletronicamente por Jackson Mendonça, GERENTE ADMINISTRATIVO , ADMINISTRATIVO em 12/05/2025, às 18:43:26, conforme horário oficial de Brasília.

---

**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



1

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**

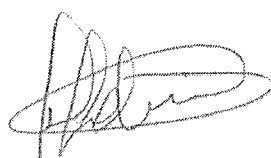
(a) O **LOCATÁRIO** declara ter recebido o imóvel ora locado nas condições de uso e conservação dispostas nas fotografias contidas no Anexo Único do presente contrato de locação.

(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.

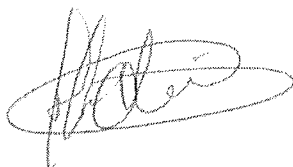
(b) Fica avençado que o **LOCADOR** ou o **ADMINISTRADOR**, pessoalmente ou por seu procurador constituído para tal finalidade, poderá examinar e vistoriar o imóvel locado, quando entender conveniente, mediante comunicação prévia de, pelo menos, 5 (cinco) dias de antecedência.

(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

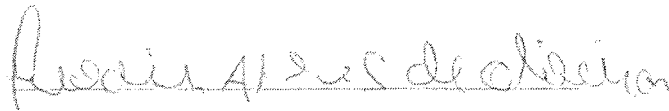


**VIII - DO FORO**

(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.

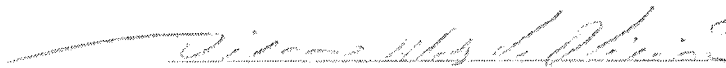
E assim, por se estarem justas e contratadas, sem nenhum vício de consentimento, as partes firmam o presente contrato de locação em duas vias de igual teor e forma, para os efeitos legais desejados, perante as testemunhas abaixo indicadas.

Trindade-GO, 07 de fevereiro de 2025.



**DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA**

(Locador)



**DIVINO ALVES DE OLIVEIRA**

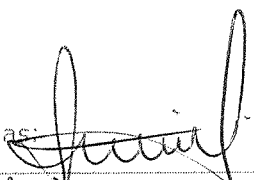
(Administrador)



**IMED-Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**

(Locatário)

Testemunhas:

1) 

Nome: Naysa Maria Mendes Almeida  
RG: 34.535.030-3  
CPF/MF: 299.294.803-03

2) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_

1º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMOVEIS  
Rua Moisés Ballão, 199 - Centro - CEP 75389-708 - Trindade - GO  
Jorge Augusto D'Alcântara Costa Diogo Oliveira D'Alcântara Costa  
(TABELÃO E OFFÍCIO) (TABELÃO E OFFÍCIO) 248571778

04782502034349924300980, 04782502034349924300981

Consulte <http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo>

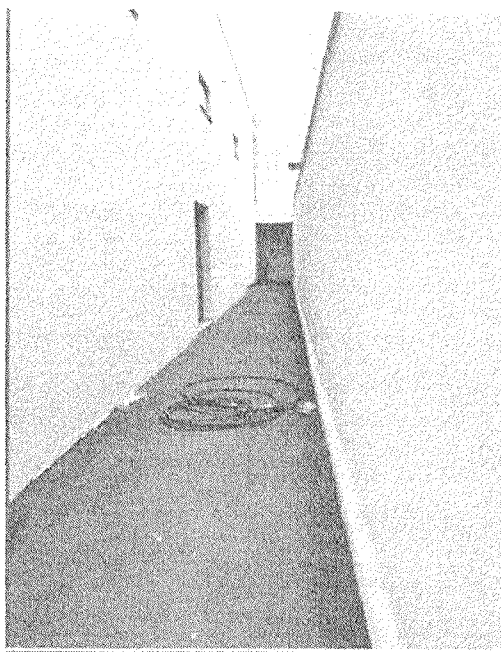
Reconheço por verdadeira as assinaturas indicadas de DIVINO ALVES DE OLIVEIRA e DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA. Dou Fe. \*0099 \*99557F. Trindade-GO, 10 de fevereiro de 2025.

Em Test.  da Verdade  
Karla Rosa dos Santos -  
Escrevente



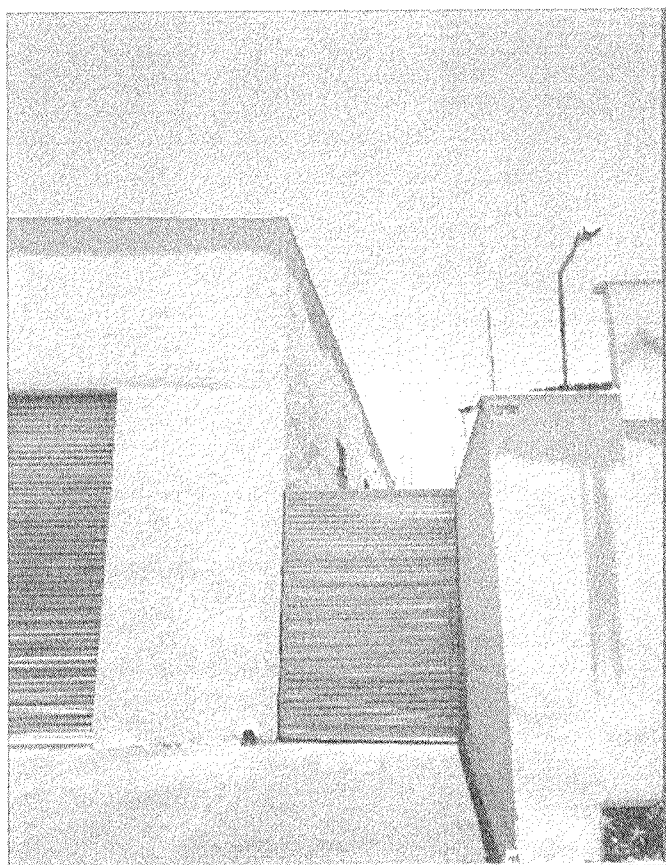


# ANEXO ÚNICO



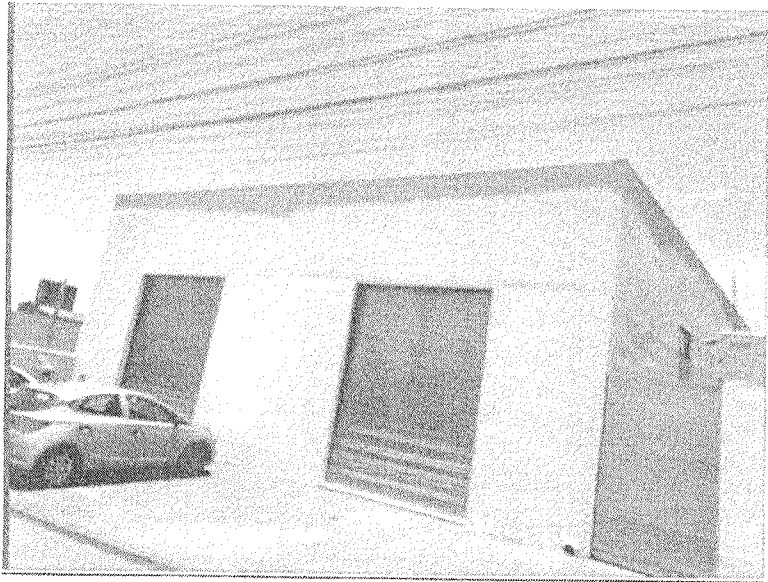
All

*[Handwritten signature]*



ALL

*[Handwritten signature]*



ML

Protein



## 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:                 | 002360 |                        |

|                       |                                                                  |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|
| 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:     | 26/05/2025                                                       |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Autenticação Bancária:</b> | CE44E50C394204D1157339000 |
|-------------------------------|---------------------------|

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