



Trindade, 03 de novembro de 2025.

Fornecedor	CPF/CNPJ	Tipo de Despesa	Referência	Valor	Vencimento	Pagamento	Descrição
RENAVATO ROQUE DE BRITO	426.490.301-78	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	SETEMBRO	2.159,26	01/10/2025	01/10/2025	Despesa com pagamento de aluguel
DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA	243.691.521-00	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	SETEMBRO	5.900,00	01/10/2025	01/10/2025	Despesa com pagamento de aluguel
LAZARA DE JESUS SILVA	426.490.301-78	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	SETEMBRO	2.111,80	01/10/2025	01/10/2025	Despesa com pagamento de aluguel
EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A	01.543.632/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO	121198504	685,26	08/10/2025	08/10/2025	Despesa com pagamento de energia - GALPÃO
EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A	01.543.632/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO	109310380	1.534,20	14/10/2025	14/10/2025	Despesa com pagamento de energia escritório
SANEAMENTO DE GOIÁS S.A	01.616.929/0001-02	ÁGUA	2480751-6	421,42	15/10/2025	15/10/2025	Despesa com pagamento de energia - FATURAMENTO
EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A	01.543.632/0001-04	ENERGIA ELÉTRICA / ESCRITÓRIO	40269012	698,15	16/10/2025	16/10/2025	Despesa com pagamento de energia - FATURAMENTO
LCA VIAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	LOCAÇÃO DE VEÍCULO	126961	4.390,85	16/10/2025	16/10/2025	Despesa com locação do veículo Vania Fernandes - período de 20/07/2025 a 19/08/2025
LCA VIAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	LOCAÇÃO DE VEÍCULO	126960	4.210,15	16/10/2025	16/10/2025	Despesa com locação do veículo administrativo - período de 16/08/2025 a 15/09/2025
SANEAMENTO DE GOIÁS S.A	01.616.929/0001-02	ÁGUA	1424193-5	63,69	16/10/2025	16/10/2025	Despesa com pagamento de água - Escritório
SANEAMENTO DE GOIÁS S.A	01.616.929/0001-02	ÁGUA	2679930-8	137,61	17/10/2025	17/10/2025	Despesa com pagamento de energia- GALPÃO
LCA VIAGENS E TURISMO LTDA	43.062.389/0001-02	VIAJENS	126959	810,00	22/10/2025	22/10/2025	Despesa com hospedagem do Fernando Tavares - período de 15/09/2025 a 19/09/2025

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: 2025.11.03 15:57:28 -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.

Endereço: R. 03, 200 – Jardim Primavera, Trindade - GO
Cep 75380-000 | Tel: (62) 3110-8735



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:	002531	

Banco destino:	237 - BRADESCO SA
Agência/Conta destino:	01633- 0 / 000017868- 3
Tipo de conta:	Conta corrente
Tipo de pessoa:	Física
Nome do destinatário:	RENATO ROQUE DE BRITO
CNPJ do destinatário:	426.490.301-78
Valor:	R\$ 2.159,26
Data da operação:	01/10/2025

Autenticação Bancária:	414423158D1204DDD14BB9000
-------------------------------	---------------------------

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: RENATO ROQUE DE BRITO

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 202509

Valor (R\$) : 2.159,26

Data Pagamento: 01/10/2025

Nº Contrato/ Pedido: 010/2023

Valor Total (R\$): 2.159,26

Forma de Pagamento:

Observações: ALUGUEL

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 010/2023.

Data: 01/10/2025

Nota: 202509

Nome: Juliana Silva



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 01/10/2025, às 07:39:53, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Dilson Santos, OUTROS, CONTROLADORIA em 01/10/2025, às 10:52:57, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 01/10/2025, às 13:47:13, conforme horário oficial de Brasília.

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

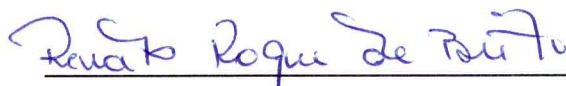


5

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 Af^o S. Catarino
Nome: Gabriela Af^o 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: 390.773.848-62

ANEXO ÚNICO

REALTÓRIO DE FOTOS



FRENTE DO IMÓVEL



LATERAL DO IMÓVEL



BANHEIRO



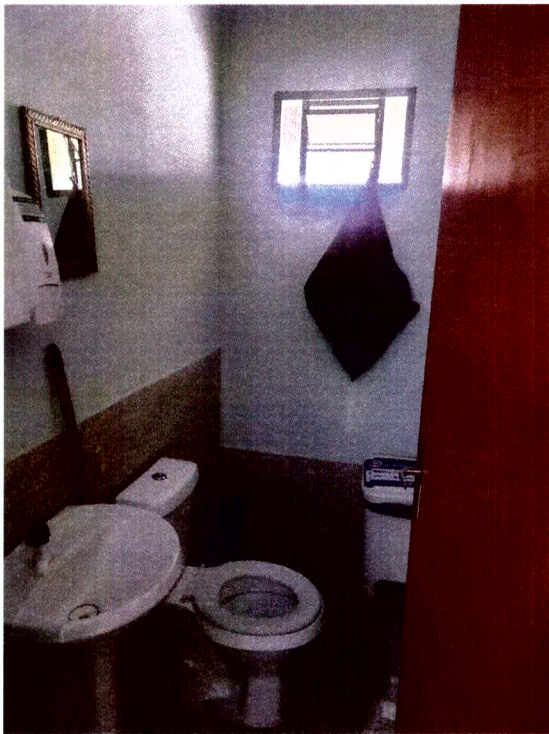
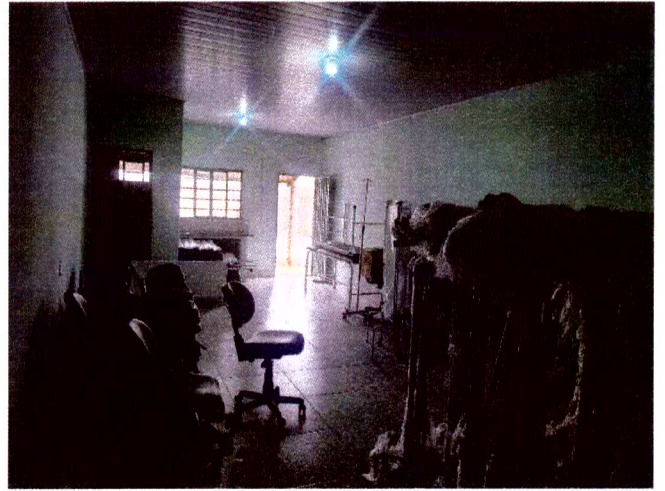
VISÃO DO FUNDO PARA FRENTE



ENTRADA LATERAL

Renato Rogério de Brito

A



Renato Roque de Brito A

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

2. DA RATIFICAÇÃO:

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

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

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



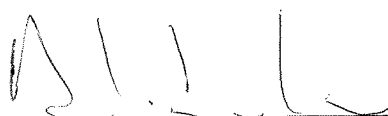
Alberto
Ribeiro

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

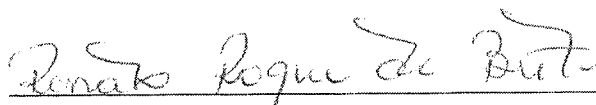
3.3 O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua assinatura.

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

Trindade-GO, 29 de outubro de 2024.



IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO



RENATO ROQUE DE BRITO

Testemunhas:

1)

Nome: Maya M^{te} Moraes Almeida

R.G.: 34.535.030-3

C.P.F.: 299.274.808-03

2)

Nome: Leonardo Colares

R.G.: 41296471-5

C.P.F.: 346028938-48

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

2. DA RATIFICAÇÃO:

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

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

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



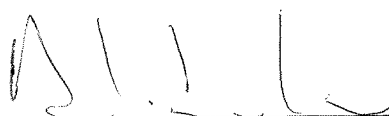
Alberto
Ribeiro

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

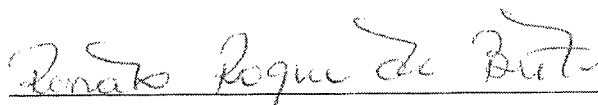
3.3 O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua assinatura.

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

Trindade-GO, 29 de outubro de 2024.



IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO



RENATO ROQUE DE BRITO

Testemunhas:

1)

Nome: Maya M^{te} Moraes Almeida

R.G.: 34.535.030-3

C.P.F.: 299.274.808-03

2)

Nome: Leonardo Colares

R.G.: 41296471-5

C.P.F.: 346028938-48



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:	002531	

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:	01/10/2025

Autenticação Bancária:	9F44623116020437D1BAA9000
-------------------------------	---------------------------

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: 202510 Valor (R\$) : 5.900,00 Data Pagamento: 01/10/2025

Nº Contrato/ Pedido: 006/2025

Valor Total (R\$): 5.900,00

Forma de Pagamento:

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 006/2025

Data: 01/10/2025

Nota: 202510

Nome: Juliana Silva



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 01/10/2025, às 07:50:55, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por João Marcos Duarte Miranda, OUTROS, ENGENHARIA CLINICA em 01/10/2025, às 08:35:01, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Dilson Santos, OUTROS, CONTROLADORIA em 01/10/2025, às 10:58:04, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 01/10/2025, às 13:43:25, 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



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

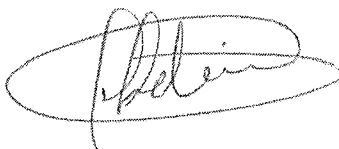
Resolvem as Partes celebrar o presente **CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL** (o "contrato de locação"), conforme termos e condições a seguir ajustados:

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

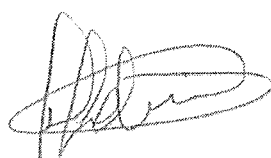
(a) O **LOCATÁRIO** declara ter recebido o imóvel ora locado nas condições de uso e conservação dispostas nas fotografias contidas no Anexo Único do presente contrato de locação.

(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.

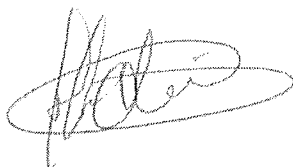
(b) Fica avençado que o **LOCADOR** ou o **ADMINISTRADOR**, pessoalmente ou por seu procurador constituído para tal finalidade, poderá examinar e vistoriar o imóvel locado, quando entender conveniente, mediante comunicação prévia de, pelo menos, 5 (cinco) dias de antecedência.

(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

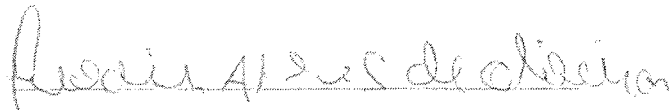


VIII - DO FORO

(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.

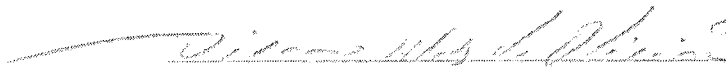
E assim, por se estarem justas e contratadas, sem nenhum vício de consentimento, as partes firmam o presente contrato de locação em duas vias de igual teor e forma, para os efeitos legais desejados, perante as testemunhas abaixo indicadas.

Trindade-GO, 07 de fevereiro de 2025.



DEVAIR ALVES DE OLIVEIRA

(Locador)



DIVINO ALVES DE OLIVEIRA

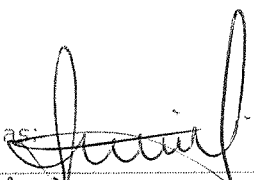
(Administrador)



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 75.389-708 - Trindade - GO
Jorge Augusto D'Alcântara Costa Diogo Oliveira D'Alcântara Costa
(TABELÃO E OFFINA) (TABELÃO E OFFINA: 248571778)

04782502034349924300980, 04782502034349924300981

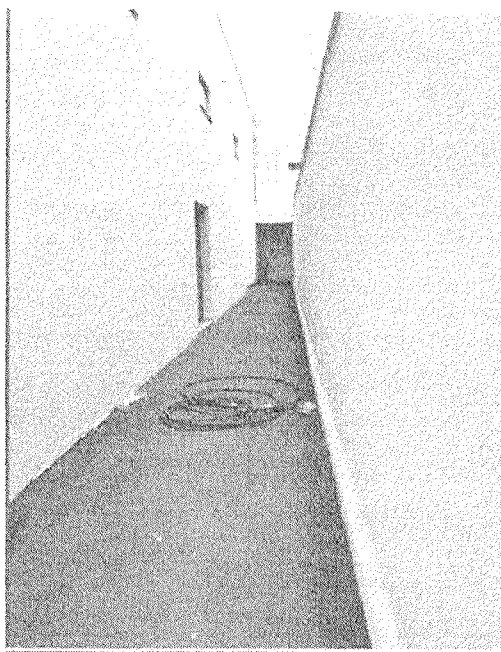
Consulte <http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo>

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

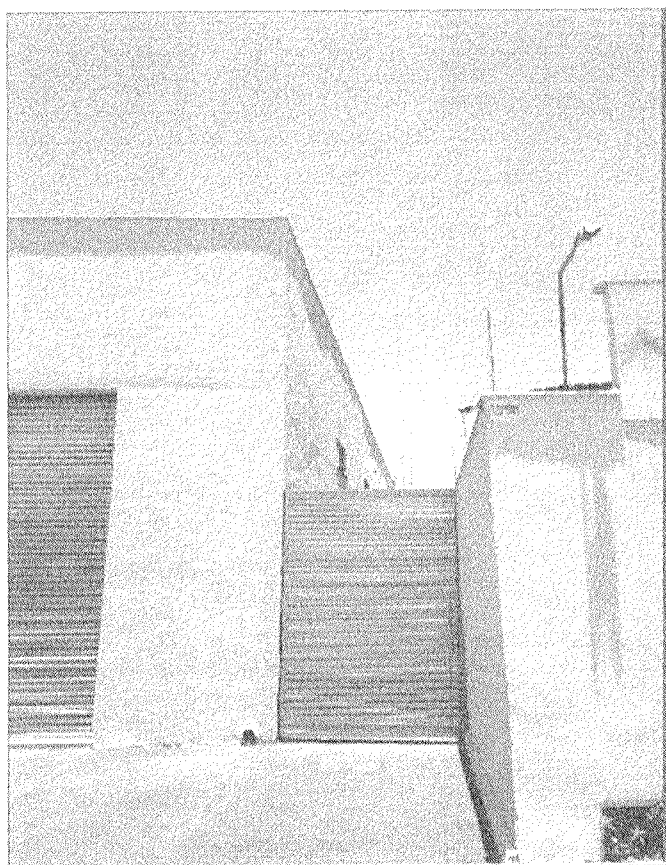


ANEXO ÚNICO



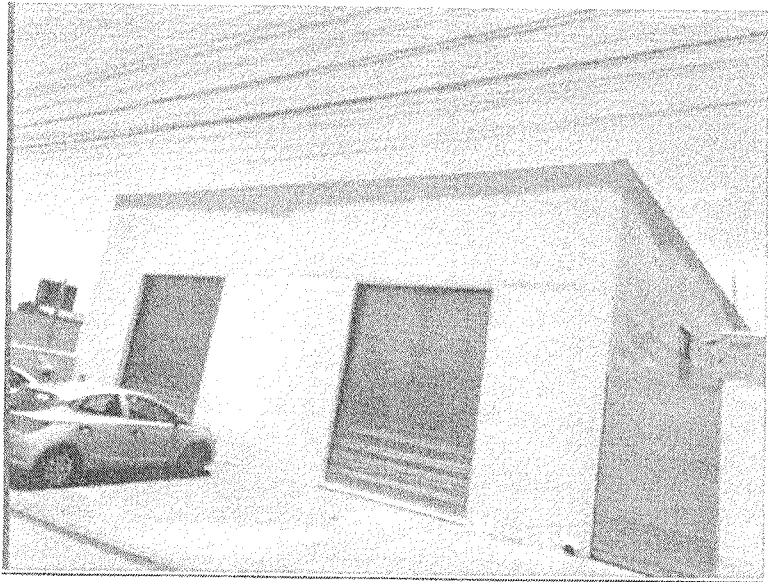
All

[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:	002531	

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:	01/10/2025

Autenticação Bancária:	5544E46E60E20422F6AEE9000
-------------------------------	---------------------------

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: LAZARA DE JESUS SILVA

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 202510 Valor (R\$) : 2.111,80 Data Pagamento:01/10/2025

Nº Contrato/ Pedido: QUINTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO - S/Nº

Valor Total (R\$): 2.111,80

Forma de Pagamento:

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 QUINTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO - S/Nº

Data: 01/10/2025

Nota: 202510

Nome: Juliana Silva



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 01/10/2025, às 07:45:33, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Dilson Santos, OUTROS, CONTROLADORIA em 01/10/2025, às 10:54:20, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 01/10/2025, às 13:46:35, conforme horário oficial de Brasília.

CONTRATO DE LOCAÇÃO DE BEM IMÓVEL PARA FINS NÃO RESIDENCIAIS

Imóvel locado:

Endereço: Rua 3, Jardim Primavera, Q 4, L 10, - Trindade - GO - CEP 75390-334

Partes:

LOCADORA: LÁZARA DE JESUS SILVA.

CPF 437.828.921-00, RG 1. 757.578

LOCATÁRIO: IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

CNPJ Nº 19.324.171/0004-47

Endereço: Rua Itapeva, 202, conjunto 35, Bairro Bela Vista, na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 01332-000

Representante legal: André Fonseca Leme, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-SP sob nº 172.666, portador do RG 20.737.340-1 SSP/SP, inscrito no CPF 275.226.198-58, com domicílio em São Paulo, Capital, à Avenida Paulista, 1009, cj. 601, Jardim Paulista.

PRAZO DA LOCAÇÃO: 48 (quarenta e oito) meses

INÍCIO DA LOCAÇÃO: 25/08/2019. TÉRMINO DA LOCAÇÃO: 25/09/2023.

ALUGUEL MENSAL: R\$ 1.100,00 (mil e cem reais)

Forma de reajuste: anual

Prazo para pagamento: até o dia 26 de cada mês seguinte ao do início de cada mês de locação.

Pelo presente instrumento de Contrato de Locação não residencial, as partes previamente qualificadas têm entre si como justo e contratado o presente contrato de locação, declarando a Locadora estar legitimada a figurar como Locadora do imóvel objeto deste instrumento.

1.-DO ALUGUEL:

1.1 - O aluguel será pago até o primeiro dia do mês subsequente ao do início do período de 30 dias da locação, observado o disposto nas cláusulas 1.7 e 1.8 deste contrato. Exemplo: iniciado o contrato em 25.08.19, o primeiro aluguel deverá ser pago até o dia 26.09.19 e assim sucessivamente.

1.2 - As partes convencionam que os aluguéis serão pagos através da rede bancária, em conta bancária de titularidade da Locadora, a saber: conta n. 00010412-9, agência 3639, Caixa

Lázara de Jesus Silva



Econômica Federal (banco 104), operação 013.

1.3 – Durante e após a vigência do presente contrato, os aluguéis serão reajustados anualmente de acordo com a variação do IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas);

1.4 – Ocorrendo a extinção do IGP-M/FGV ou, de qualquer forma, tornando-se impraticável a sua aplicação, os aluguéis passarão imediatamente a ser corrigidos pelo o Índice de Preços ao Consumidor, divulgado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP (IPC-FIPE); e na falta deste, o índice que retratar a inflação real do período de reajuste ou por qualquer indexador, autorizado pela legislação, ficando sua escolha a critério da Locadora, caso não seja restrita a utilização de apenas um determinado indexador;

1.5 - Em caso de descumprimento das obrigações contratadas, pelo Locatário, sem justificativa, cumprirá à Locadora notificá-lo a respeito, concedendo-lhe prazo de 5 (cinco) dias para sanar ou justificar o ocorrido. Persistindo o descumprimento injustificado, a Locadora poderá rescindir o contrato, observado o disposto nas cláusulas 1.7 e 1.8 deste instrumento.

1.6 - Correrão por conta exclusiva do Locatário, a partir da presente data, todas as despesas relativas ao consumo de energia elétrica, água, telefone e gás. Os imposto e taxas que venham recair sobre o imóvel locado, em especial o IPTU, serão também de responsabilidade do Locatário.

1.7 – A Locadora declara ter ciência que o presente aluguel é firmado em razão da celebração, pelo Locatário, junto ao Governo do Estado de Goiás, de contrato de gestão do Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN. Deste modo, a Locadora tem ciência de que os aluguéis referentes ao presente contrato estão necessariamente vinculados ao repasse financeiro mensal, pelo Estado de Goiás, dos valores relativos ao mencionado contrato de gestão.

1.8 – Fica estabelecido, ainda, que, na hipótese de atrasos ou inadimplementos do repasse devido ao Locatário pelo Estado de Goiás, os respectivos aluguéis porventura em atraso deverão ser pagos assim que os respectivos repasses se regularizem, concordando a Locadora que indenizações ou despesas decorrentes dos referidos atrasos ou inadimplementos serão de exclusiva responsabilidade do Estado de Goiás, bem como a não retomar o imóvel até que

Loizano



referidos atrasos se regularizassem.

2 - DA UTILIZAÇÃO DO IMÓVEL:

2.1 - A presente locação destina-se exclusivamente para fins não residenciais, em especial para fins de funcionamento de filial do Locatário, instalada no Município de Trindade, em virtude da celebração, junto ao Governo do Estado de Goiás, de contrato de gestão do Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.

2.2 - É vedado ao Locatário ceder, sublocar ou emprestar sob qualquer pretexto, no todo ou em parte, o imóvel locado.

3 - DO ESTADO DE CONSERVAÇÃO ATUAL E DA DESOCUPAÇÃO FUTURA DO IMÓVEL:

3.1- O Locatário declara receber o imóvel livre de pessoas e coisas, e em bom estado de conservação apurado através do relatório de vistoria anexo, o qual passa a fazer parte integrante deste, obrigando-se ainda a:

3.1.1 - Comunicar por escrito, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data de assinatura do presente contrato, eventuais irregularidades encontradas no imóvel, a fim de assegurar seus direitos, por ocasião da devolução das chaves do imóvel, não obrigando, necessariamente, a Locadora à responsabilidade em providenciar eventuais reparos.

3.1.2 - Manter, às suas expensas, o imóvel locado em bom estado de conservação no que concerne a limpeza, estado geral da pintura, instalações elétricas e hidráulicas e quaisquer acessórios do imóvel e reparar os danos que decorrer do seu uso, para assim restituí-lo à Locadora, por ocasião do término ou da rescisão da locação, sem direito de reembolso ou retenção.;

3.1.3 - A não fazer qualquer instalação, adaptação, obra ou benfeitorias no imóvel sem prévio consentimento por escrito da Locadora ou de seu representante legal.

3.2 - Por ocasião da desocupação do imóvel e entrega das chaves, deverá o Locatário exibir

os comprovantes de quitação das contas de consumo de energia elétrica, água, gás, telefone, etc., e demais encargos que recaiam sobre o imóvel e que sejam de sua responsabilidade quanto ao pagamento; também deverá ser feito o relatório de vistoria de saída que deverá ser assinado por ambas as partes.

4. - DA POSSIBILIDADE DO LOCADOR VISITAR O IMÓVEL:

4.1 - Por si, ou por pessoa de sua confiança, poderá a Locadora visitar o imóvel locado, a fim de se certificar do tratamento a ele dispensado pelo Locatário.

5.- DA RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO:

5.1 - Se o imóvel for desapropriado na vigência da locação, ficará a Locadora exonerado de toda e qualquer responsabilidade que passará ao expropriador, somente contra quem poderá agir o Locatário.

5.2 - Em caso de incêndio, ou qualquer acidente ocorrido sem culpa de qualquer das partes que obrigue a reconstrução do prédio, a locação ficará rescindida e automaticamente desobrigados os contratantes das cláusulas e condições deste instrumento.

5.3 - No decorrer dos 12 (doze) primeiros meses de contrato, as partes não poderão rescindir este contrato, sob pena, de assim o fazendo, promover a parte infratora o pagamento dos valores de aluguéis devidos desde a data da rescisão até a data em que se complementaria o primeiro ano de contrato.

5.4 - Decorridos 12 (doze) meses de do contrato, o Locatário poderá rescindir o contrato, pagando, nesse caso, à Locadora, a título de multa, a quantia equivalente a 1 (um) mês de aluguel.

5.5 - Ocorrendo a rescisão, a qualquer tempo e por qualquer que seja razão, do contrato de gestão celebrado pelo Locatário junto ao Estado de Goiás, o presente contrato será igualmente rescindido, sem o pagamento de multa.

6 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Locadora 

5.3 – No decorrer dos 12 (doze) primeiros meses de contrato, as partes não poderão rescindir este contrato, sob pena, de assim o fazendo, promover a parte infratora o pagamento dos valores de aluguéis devidos desde a data da rescisão até a data em que se complementaria o primeiro ano de contrato.

5.4 – Decorridos 12 (doze) meses de do contrato, o Locatário poderá rescindir o contrato, pagando, nesse caso, à Locadora, a título de multa, a quantia equivalente a 1 (um) mês de aluguel.

5.5 – Ocorrendo a rescisão, a qualquer tempo e por qualquer que seja razão, do contrato de gestão celebrado pelo Locatário junto ao Estado de Goiás, o presente contrato será igualmente rescindido, sem o pagamento de multa.

6 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

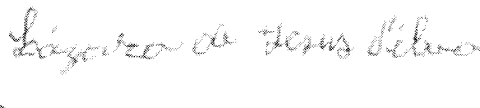
6.1 - A presente locação reger-se-á pela Lei nº 12.112 de 2009, que alterou a Lei nº 8.245 de 18 de outubro de 1.991;

6.2 - Para as questões oriundas do presente contrato fica eleito desde já o foro de Trindade-GO,

6.3 Caso venha a ser efetivada a transferência do imóvel a terceiros, a qualquer título, durante a vigência deste Contrato, este Contrato continuará em vigor, comprometendo-se a Locadora a fazer constar do Instrumento que vier a celebrar para alienação do imóvel, a obrigatoriedade do adquirente respeitar este Contrato até o seu final, inclusive suas prorrogações e renovações.

Trindade, 25 de agosto de 2019.

LÁZARA DE JESUS SILVA



IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

Testemunhas:

1 – Nome

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE LOCAÇÃO DE BEM IMÓVEL PARA
FINS NÃO RESIDENCIAIS

Pelo presente Instrumento, de um lado,

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

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIA**;

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

1. Valor:

1.1. O presente Instrumento tem por objeto alterar o valor da locação do imóvel, que era de R\$ 1.100,00 (mil e cem reais), que corrigido pelo IGP-M passa a ser de R\$ 1.297,18 (mil e duzentos e noventa e sete reais e dezoito centavos).

2. DA RATIFICAÇÃO:



2.1. Permanecem inalteradas e neste ato são ratificadas pelas Partes todas as demais cláusulas e condições previstas no Contrato que não tenham sido expressamente alteradas por este Instrumento. Em caso de divergência entre as disposições previstas no Contrato 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.

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 assim estarem de acordo, assinam o presente Instrumento Contratual em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as 2 (duas) testemunhas identificadas abaixo, para que produza os efeitos jurídicos desejados.

Trindade, 26 de setembro de 2020.


LÁZARA DE JESUS DA SILVA


IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

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

Pelo presente Instrumento, de um lado,

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

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIO**;

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

1. VALOR:

1.1. O presente Instrumento tem por objeto reajustar o valor mensal da locação do imóvel (cf. previsão contratual), que, após correção pelo IGP-M e desconto concedido pela **LOCADORA**, passará de R\$ 1.297,18 (mil e duzentos e noventa e sete reais e dezoito centavos), para **R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais)**.

2. DA RATIFICAÇÃO:

2.1. Permanecem inalteradas e neste ato são ratificadas pelas Partes todas as demais cláusulas e condições previstas no Contrato ou em seu Primeiro Termo Aditivo que não tenham sido expressamente alteradas por este Instrumento. Em caso de divergência entre as disposições previstas no Contrato e/ou em seu Primeiro



Termo Aditivo 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.

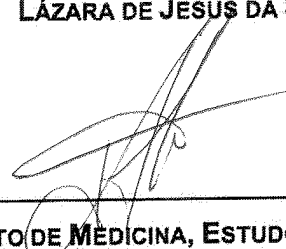
3.2. Não será considerada precedente, novação ou renúncia, a tolerância pelas Partes contratantes, quanto a eventuais concessões da outra Parte, relativamente às condições estabelecidas neste Instrumento.

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

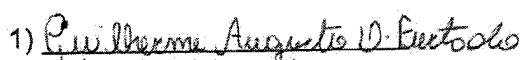
E, por assim estarem de acordo, assinam o presente Instrumento Contratual em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as 2 (duas) testemunhas identificadas abaixo, para que produza os efeitos jurídicos desejados.

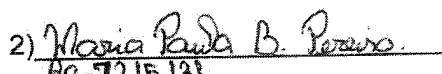
Trindade-GO, 27 de setembro de 2021.


LÁZARA DE JESUS DA SILVA


IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

Testemunhas:

1) 
RG: 5565462

2) 
RG: 7255131

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

(FILIAL DO IMED NO MUNICÍPIO DE TRINDADE/GO)

Pelo presente Instrumento, de um lado,

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

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIO**.

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

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

1.1. Pelo presente Instrumento, as Partes formalizam o reajuste do valor mensal da locação do imóvel onde funciona a filial do LOCATÁRIO no Município de Trindade/GO (cf. item “1.3” do respectivo contrato), que, após atualização pelo IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses (8,59%), passará, a partir do mês de outubro de 2022, de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais), para **R\$ 1.628,85 (hum mil, seiscentos e vinte e o oito reais e oitenta e cinco 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 tenham sido expressamente alteradas por este Instrumento. Em caso de divergência entre as disposições previstas no Contrato ou em seu(s) eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) e neste Instrumento, prevalecerão as disposições contidas neste Instrumento.

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

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

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

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

E, por estarem justas e contratadas, firmam as Partes e 02 (duas) testemunhas o presente Instrumento para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura eletrônica deste Contrato, ele 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, 27 de setembro de 2022.


LÁZARA DE JESUS DA SILVA

LOCADORA


IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
LOCATÁRIO

Testemunhas:

1) Gabriel apº F. Cotonio
CPF: 464.245.608-23

2) José C. de Jesus Moraes
CPF: 390.773.648-62

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

(FILIAL DO IMED NO MUNICÍPIO DE TRINDADE/GO)

Pelo presente Instrumento, de um lado,

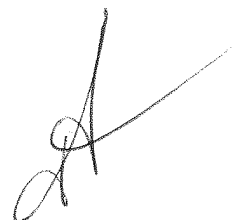
LÁZARA DE JESUS DA SILVA, inscrita no CPF/MF sob o nº 437.828.921-00 e inscrita no RG sob o nº 1.757.578, doravante denominada “**LOCADORA**”; e, de outro lado,

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente “**LOCATÁRIO**” ou “**IMED**”.

- Considerando que o **IMED** foi contratado pelo Estado de Goiás, através de sua Secretaria de Estado de Saúde, como organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações de saúde do Hospital Estadual de Trindade - Walda Ferreira dos Santos - HETRIN (Contrato de Gestão nº 037/2019-SES/GO) e que o mesmo, após o vencimento do seu prazo de vigência inicial (25/08/2023), foi prorrogado até o dia 24 de agosto de 2027, conforme Quarto Termo Aditivo firmado no dia 10 de outubro de 2023, não tendo havido solução de continuidade entre as referidas datas com a sua manutenção tácita, inclusive com relação às empresas contratadas pelo **IMED** para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas por este junto à referida Unidade de Saúde;

- Considerando o interesse das Partes em renovar o prazo de vigência do Contrato de Locação de Bem Imóvel onde funciona a filial do **IMED** na Cidade Trindade-GO (o “Contrato”) até o dia 24 de agosto de 2027; e

Lázara de Jesus Silva



- Considerando que as Partes, de comum acordo e após negociação, concordaram em readequar, após o término do prazo de vigência inicial do Contrato, o valor mensal de locação para R\$ 2.000,00 (dois mil reais), a partir do mês de novembro de 2023,

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

1. OBJETO:

1.1. Pelo presente Instrumento, as Partes formalizam a prorrogação do prazo de vigência do Contrato de 26 de setembro de 2023 a 24 de agosto de 2027.

1.1. Por este Instrumento, as Partes também formalizam a readequação do valor mensal devido pela locação do imóvel onde funciona a filial do **LOCATÁRIO**, que, a partir do mês de novembro de 2023, passará de R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

2. DA RATIFICAÇÃO:

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

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

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

Leiziane da Jesus Silva

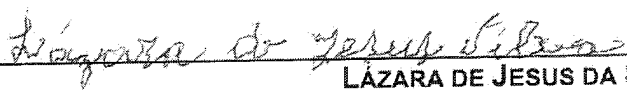


Não será considerada precedente, novação ou renúncia, a tolerância pelas Partes contratantes, quanto a eventuais concessões da outra Parte, relativamente às condições estabelecidas neste Instrumento.

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

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

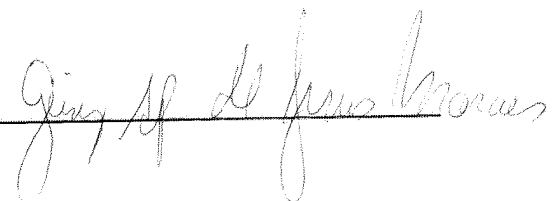
Trindade-GO, 10 de outubro de 2023.


LÁZARA DE JESUS DA SILVA
LOCADORA


IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
LOCATÁRIO

Testemunhas:

1) 

2) 

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

(FILIAL DO IMED NO MUNICÍPIO DE TRINDADE/GO)

Pelo presente Instrumento, de um lado,

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

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIO**.

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

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



1. OBJETO – REAJUSTE DO VALOR MENSAL DE LOCAÇÃO:

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

2. DA RATIFICAÇÃO:

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

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

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

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

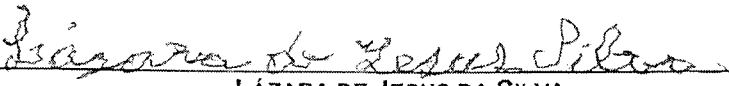
O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua elaboração (data acordada entre as Partes).

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



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

Trindade-GO, 11 de março de 2025.


LÁZARA DE JESUS DA SILVA
LOCADORA


IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
LOCATÁRIO

Testemunhas:

1) _____

2) _____

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

(FILIAL DO IMED NO MUNICÍPIO DE TRINDADE/GO)

Pelo presente Instrumento, de um lado,

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

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000, e filial em Trindade-GO, à Rua 3, nº 281, Quadra 04, Lote, 10, Jardim Primavera, CEP.: 75390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004-47), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente **LOCATÁRIO**.

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

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



1. OBJETO – REAJUSTE DO VALOR MENSAL DE LOCAÇÃO:

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

2. DA RATIFICAÇÃO:

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

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

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

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

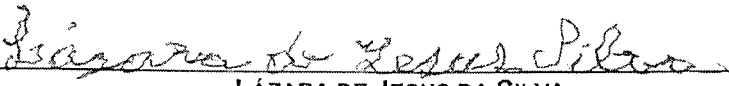
O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua elaboração (data acordada entre as Partes).

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



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

Trindade-GO, 11 de março de 2025.


LÁZARA DE JESUS DA SILVA
LOCADORA


IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
LOCATÁRIO

Testemunhas:

1) _____

2) _____



Demonstrativo de Pagamento

Tipo de Serviço:	Pagamento de tributos		
Seu Número	Nosso Número	Uso da Empresa	Pagamento
00000000000001752224			08/10/2025

Códigos do Banco Favorecido

Comp.	Banco	Agência /DV	Nº da conta favorecido	Valor
-	-	-	-	R\$ 685,26

Nome Favorecido/ CPF ou CNPJ
EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA

Valor por Extenso
seiscentos e oitenta e cinco reais e vinte e seis centavos

Endereço Favorecido

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

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

A transferência de crédito através de DOC se realiza na mesma praça ou entre praças intergrantes do mesmo sistema de Compensação Local ou Regional
O Banco não é responsável pela demora ou no cumprimento da transferência por erro de preenchimento/informações incorretas.

Autenticação
Mecânica

F44484D1675204A9B9F119000



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: 10038356676
Pagamento: 17/10/2025

Valor (R\$) : 685,26

Data

Nº Contrato/ Pedido:121198504

Valor Total (R\$): 685,26

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

Data:06/10/2025

Nota: _____

Nome: KAROLINE DE SOUSA DAMACENO.



Documento assinado eletronicamente por karoline de Sousa Damaceno, OUTROS, ADMINISTRATIVO em 06/10/2025, às 15:50:25, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 06/10/2025, às 16:50:00, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 06/10/2025, às 17:42:40, conforme horário oficial de Brasília.

Grupo e Subgrupo de Tensão: B1 / TR1 Tensão Nom.: 380 V
Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL
Classificação: RESIDENCIAL RESIDENCIAL NORMAL

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

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

CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-02

Para atendimento,
Informe este número.

Unidade Consumidora
10038356676

Parceiro de Negócio
121198504

Conta mês
10/2025

Total a pagar
R\$ 685,26

Vencimento
17/10/2025



Utilize o QR CODE ao lado para acessar sua Nota fiscal
ou acesse o site:
<https://dfeportal.gov.br/nfe/consulta>
com a chave: 52251001543032000104660001635281002035613968
NOTA FISCAL N 163528100 SERIE 0
DATA DE EMISSÃO: 03/10/2025 07:06:47
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA: Pendente de Autorização
CEOP 5258 - Venda de energia elétrica para não contribuinte

Datas das Leituras		Leitura Anterior 03/09/2025		Leitura Atual 03/10/2025		Nº de Dias 30		Próxima Leitura 04/11/2025	
Item	Unid	Quant	Preço unit (R\$) contribuintes	Valor (R\$)	PIS/ COFINS (R\$)	Base Calc ICMS (R\$)	Alíquota ICMS(%)	ICMS (R\$)	Taxa unit. (R\$)
Fornecimento									
Adc. bandeira vermelha	KWh	567,00	0,102038	57,86	4,16	57,86	19,00	11,00	0,075356
Consumo	KWh	567,00	1,010544	572,96	41,17	572,96	19,00	108,37	0,745900
Itens Financeiros									
Contrib. custeio da illum. pública - cip			0,000000	54,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
TOTAL				685,26	45,33	630,86		119,87	

Mes/Ano	Consumo	Tp. Fat.	Nº DIAS FAT	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
10/24	0		30	PIS/PASEP	511,00	15,75%	8,07
11/24	0		32	COFINS	511,00	7,75%	37,26
12/24	0		31	ICMS	630,86	19,00%	119,87
01/25	0		32	Reserva ao Fisco			
02/25	0		30				
03/25	0		29				
04/25	0		28				
05/25	0		30				
06/25	396	LIDA	32				
07/25	362	LIDA	33				
08/25	316	LIDA	28				
09/25	462	LIDA	30				
10/25	567	LIDA	30				

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const. Medidor	Consumo
131467174	Energia ativa - Kwh	N/A	2603	3170	1,0000	567,00

Fator de Potência	Perdas no Ramal	Resolução ANEEL	Apresentação	Nº do Programa Social
	0.0%	3407/24	03/10/2025	

Reaviso de Vencimento



A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

Informações para o cliente

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 8/2025. VRC = R\$ 85,95358
CONFORME REN 1095/24 ANEEL, A PARTIR DE 01/01/26 O NÚMERO DA UC SERÁ PADRONIZADO EM TODO PAÍS, SENDO COMPOSTO POR UMA SEQUÊNCIA ATRIBUÍDA PELA DISTRIBUIDORA + COD DA DISTRIBUIDORA + DÍGITOS VERIFICADORES. MAIS INFORMAÇÕES NOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
ENCONTRA-SE DISPONÍVEL NA ÁREA DO USUÁRIO DO SITE DA EQUATORIAL INFORMAÇÕES MAIS DETALHADAS SOBRE OS VALORES PAGOS RELATIVOS À ENERGIA, SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO, SERVIÇO DE TRANSMISSÃO, ENCARGOS SETORIAIS, TRIBUTOS E DEMAIS ITENS COBRADOS NAS FATURAS.

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação



EQUATORIAL GOIÁS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A / CELG DISTRIBUIÇÃO SA

836100000063 852600090942 586650102500 009052376168

PAGADOR: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO CPF/CNPJ: 19.XXX.XXX/XXXX-02
RUA PE GERALDO, Q. 01, L. 04, S/N JARDIM PRIMAVERA CEP: 75380000 TRINDADE GO

Emissão: 03/10/2025 Nota Fiscal: 163528100 Referência: 10/2025 Vencimento: 17/10/2025 Total (R\$): 685,26

Núm. de controle: 0905237616 Mensagem: Aproveite os benefícios do débito automático: cadastre-se na sua instituição bancária utilizando o código 1005237616





Comprovante de pagamento de Bolet

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:	002540	

Linha Digitável do Código de Barras
34191097683857067293185633150009112370000153420

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 14/10/2025

Valor nominal	R\$ 1.534,20
Encargos	R\$ 0,00
Desconto	R\$ 0,00
<u>VALOR PAGO</u>	R\$ 1.534,20

Data do Pagamento: 14/10/2025

Autenticação Bancária:	584487A4DF220409B8FEE9000
-------------------------------	---------------------------

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
Pagamento: 17/10/2025

Valor (R\$) : 1.534,20

Data

Nº Contrato/ Pedido: 40269012

Valor Total (R\$): 1.534,20

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data: 09/10/2025

Nome: KAROLINE DE SOUSA DAMACENO.



Documento assinado eletronicamente por karoline de Sousa Damaceno, OUTROS, ADMINISTRATIVO em 09/10/2025, às 08:28:44, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 09/10/2025, às 08:35:27, 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
Vencimento
17/10/2025

Conta mês
10/2025

Total a pagar
R\$ 1.534,20



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: 52251001543032000104660001635393602041373105
NOTA FISCAL N 163539360 - SERIE 0
DATA DE EMISSAO: 03/10/2025 07:28:10
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: 0360890768

Datas das Leituras		Leitura Anterior 03/09/2025		Leitura Atual 03/10/2025		Nº de Dias 30		Próxima Leitura 04/11/2025	
Item	Unid	Quant	Preço unit (R\$) contributo	Valor (R\$)	PIS/ COFINS (R\$)	Base Calc ICMS (R\$)	Alíquota ICMS (%)	ICMS (R\$)	Tarifa unit. (R\$)
Fornecimento									
Adc. bandeira vermelha	kWh	1330,00	0,102088	135,78	9,76	135,78	19,00	25,80	0,075356
Consumo	kWh	1330,00	1,010544	1344,02	96,58	1344,02	19,00	255,36	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				1534,20	106,34	1479,80		281,16	

CONSUMO/ kWh	Mes/Ano	Consumo	Tp. Fat	Nº DIAS FAT
	10/24	1294	LIDA	30
	11/24	974	LIDA	32
	12/24	828	LIDA	31
	01/25	837	LIDA	32
	02/25	778	LIDA	30
	03/25	842	LIDA	29
	04/25	1022	LIDA	28
	05/25	954	LIDA	30
	06/25	962	LIDA	32
	07/25	831	LIDA	33
	08/25	703	LIDA	28
	09/25	997	LIDA	30
10/25	1330	LIDA	30	

Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PIS/PASEP	1198,64	1,5796	18,94
COFINS	1198,64	7,2912	87,40
ICMS	1479,80	19,00	281,16

Reserva ao Fisco			

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo
10666851	Energia ativa - Kwh	N/A	62643	63973	1,0000	1330,00

Fator de Potência	Perdas no Ramal	Resolução ANEEL	Apresentação	Nº do Programa Social
	0,0%	3407/24	03/10/2025	

Reaviso de Vencimento

A EQUATORIAL ENERGIA AGRADECE PELA PONTUALIDADE NO PAGAMENTO DE SUA FATURA

Informações para o cliente
PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 8/2025. VRC = R\$ 191,21951
? CONFORME REN 1095/24 ANEEL, A PARTIR DE 01/01/26 O NÚMERO DA UC SERÁ PADRONIZADO EM TODO PAÍS, SENDO COMPOSTO POR UMA SEQUÊNCIA ATRIBUÍDA PELA DISTRIBUIDORA + COD DA DISTRIBUIDORA + DÍGITOS VERIFICADORES. MAIS INFORMAÇÕES NOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
ENCONTRA-SE DISPONÍVEL NA ÁREA DO USUÁRIO DO SITE DA EQUATORIAL INFORMAÇÕES MAIS DETALHADAS SOBRE OS VALORES PAGOS RELATIVOS A ENERGIA, SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO, SERVIÇO DE TRANSMISSÃO, ENCARGOS SETORIAIS, TRIBUTOS E DEMAIS ÍTENS COBRADOS NAS FATURAS.

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação

Itau - 341				
34191.09768 38570.672931 85633.150009 1 12370000153420				
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				
Nosso Nº.: 109/76385706-7	Nº. Documento: 2025094570817	Data de Vencimento: 17/10/2025	Valor do Documento: 1.534,20	Valor Pago:
Beneficiário: Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S/A CNPJ 01.543.032/0001-04 Agência / Código do Beneficiário:				





Demonstrativo de Pagamento

Tipo de Serviço: Pagamento de tributos

Seu Número	Nosso Número	Uso da Empresa	Pagamento
00000000000001760208			15/10/2025

Códigos do Banco Favorecido

Comp.	Banco	Agência /DV	Nº da conta favorecido	Valor
-	-	-	-	R\$ 421,42

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

Valor por Extenso
quatrocentos e vinte e um reais e quarenta e dois centavos

Endereço Favorecido

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

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

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

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

Autenticação
Mecânica

FB442E64ACB20416F13EE9000



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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

FORNECEDOR/FAVORECIDO: SANEAMENTO DE GOIÁS SA

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 2271961760-0
Pagamento: 26/10/2025

Valor (R\$) : 421,42

Data

Nº Contrato/ Pedido:1424193-5

Valor Total (R\$): 421,42

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data:14/10/2025

Nome: KAROLINE DE SOUSA DAMACENO.



Documento assinado eletronicamente por karoline de Sousa Damaceno, OUTROS, ADMINISTRATIVO em 14/10/2025, às 10:51:44, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 14/10/2025, às 12:02:14, conforme horário oficial de Brasília.



Saneamento de Goiás S.A.

CNPJ: 01.616.929/0001-02 - INSC. EST. 10.013.359-6
AV. DA SAUDADE NR 206 QD LT. SANTO ONOFRE
75380000

LAZARA DE JESUS SILVA



RUA 3
JARDIM PRIMAVERA
Q: 004 L: 10 - 101.67.04.2110
TRINDADE, 75380000

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:

1424193-5

Número da fatura:

2271961760-0

Data de emissão:

10/10/2025

Mês de referência:

OUT/2025

Tributação aproximada (R\$):

37,04

Vencimento:

26/10/2025

Valor (R\$):

421,42

Quantidade de unidades atendidas:

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

Descrição dos serviços:

Valor (R\$)

CUSTO MINIMO FIXO	16,65
TARIFA AGUA - COMERCIAL	131,01
COLETA/AFASTAMENTO ESGOTO COMERCIAL	212,02
TRATAMENTO ESGOTO COMERCIAL	52,98
ATUALIZACAO MONETARIA	0,50
MULTA ATRASO PAGAMENTO	8,26

PAGUE COM PIX
e facilite sua rotina



Confira os dados antes de concluir a transação
BRK AMBIENTAL - GOIÁS S.A.
CNPJ: 18.123.402/0001-49

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

Hidrômetro (s)		Leitura (s)			Consumo (s)		
Tipo	Número	Atual	Anterior	Próxima	Faturado	Médio	Estimado
		10/10/2025	10/09/2025		m³	m³	m³
					Dias		
ÁGUA FRI	A21DM0314719	575	564		11	12	21

Histórico de consumo:

Tipo/Mês	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
ÁGUA FRI	00012	00010	00011	00011	00011	00011

Aviso

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

ARROZAL

Sistema de Abastecimento de Água:

Parâmetros	Cloro residual livre	Fluoreto	Turbidez	Cor aparente	pH	Coliformes totais	Escherichia coli
Nº Mínimo de análises exigidas¹	60	8	60	60	8	60	60
Nº de Análises realizadas²	67	8	67	67	8	67	67
Nº de Análises que atenderam à legislação³	67	8	67	66	8	67	67

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

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

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



Mês Ref.: OUT/2025 Cód. Déb. Aut. 14241935 Nº da Fatura: 2271961760-0 Vencimento: 26/10/2025 Valor total (R\$): 421,42

826900000041 214213796227 719617601427 419300279132



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



Comprovante de pagamento de 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:	002547	

Linha Digitável do Código de Barras
34191097683856945293185633150009612370000069815

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 16/10/2025

Valor nominal	R\$ 698,15
Encargos	R\$ 0,00
Desconto	R\$ 0,00
<u>VALOR PAGO</u>	R\$ 698,15

Data do Pagamento: 16/10/2025

Autenticação Bancária:	F244817E37F20400C7F339000
-------------------------------	---------------------------

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: 10035147499
Pagamento: 17/10/2025

Valor (R\$) : 698,15

Data

Nº Contrato/ Pedido: 109310380

Valor Total (R\$): 698,15

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data: 15/10/2025

Nome: KAROLINE DE SOUSA DAMACENO



Documento assinado eletronicamente por karoline de Sousa Damaceno, OUTROS, ADMINISTRATIVO em 15/10/2025, às 14:30:31, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 15/10/2025, às 14:48:56, conforme horário oficial de Brasília.

Documentos Auxiliares da Nota Fiscal de Consumo Eletrônica Eletrônica

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

Para atendimento,
informe este número

Unidade Consumidora
10035147499

RUA 03, Q. 04, L. 07, S/N, SALA - 2 JARDIM PRIMAVERA CEP:
75390334 TRINDADE GO

CPA/CNP: 19.XXX.XXX/XXXX-47

Parceiro de Negócio
109310380

Conta més
10/2025

Total a pagar
R\$ 698,15

Vencimento
17/10/2025



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

<https://die.portal.svs.cs.gov.br/of7e/consulta>

Phone: +86 22 5931 4300 Fax: +86 22 5931 4301

NOTA FISCALE N. 1675/1975 - SERIE 0

DATA DE EMISSÃO: 03/10/2025 07:31:01

EMITIDO EM CONTINGENCIA, Exatente de Autenticação

7.054.929,30 Venda de energia elétrica para não contribuintes

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

Datas das Leituras		Leitura Anterior 03/09/2025		Leitura Atual 03/10/2025		Nº de Dias 30		Próxima Leitura 04/11/2025		
Item		Unid	Quant	Preço unit (R\$) Contribuição	Valor (R\$)	ISS/ COFINS (R\$)	Base Calc ICMS (R\$)	Alíquota ICMS(%)	ICMS (R\$)	Total unit (R\$)
Fornecimento										
Adc.bandeira vermelha		MWh	568,00	0,162068	57,39	4,16	57,39	19,00	11,00	0,075096
Consumo		MWh	568,00	1,010544	573,93	41,14	573,93	19,00	102,06	0,746990
Itens Financeiros										
Contrib. custeio da illum pública				0,000000	54,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
- Cip				0,000000	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
Juros				0,000000						
Multas				0,000000	9,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
TOTAL					698,15	45,40	631,98		120,08	

Mes/Ano		Consumo	Tp Fat	Nº DIAS FAT	Tributo			
					Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)	
10/24		722	LID.A	31				
11/24		675	LID.A	31				
12/24		553	LID.A	31				
01/25		610	LID.A	32				
02/25		583	LID.A	30				
03/25		630	LID.A	29				
04/25		753	LID.A	30				
05/25		947	LID.A	31				
06/25		618	LID.A	32				
07/25		595	LID.A	32				
08/25		589	LID.A	30				
09/25		460	LID.A	30				
10/25		560	LID.A	31				

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const. Medidor	Consumo
28815892	Energia ativa - kWh	N/A	17492	18060	1,0000	568,00

de Potência	Perdas no Ramal	Resolução ANEEL	Apresentação	Nº do Programa Social
	0,00%	3407/24	03/10/2025	

Reaviso de Vencimento

Informações para o cliente

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = B/2025, VRC = R\$ 9.66693

INFORME REN 1095/24 ANEEL, A PARTIR DE 01/01/26 O NUMERO DA UC SERA PADRONIZADO EM TODO O PAIS, SENDO COMPOSTO POR UMA SEQUENCIA ATRIBUIDA PELA DISTRIBUIDORA + COD DA DISTRIBUIDORA + DIGITOS VERIFICADORES. MAIS INFORMACOES NOS CANAIS DE ATENDIMENTO. P
DENTRA-SE DISPONIVEL NA AKEA DO USUARIO DO SITE DA EQUATORIAL INFORMACOES MAIS
LHADAS SOBRE OS VALORES PAGOS RELATIVOS A ENERGIA, SERVICO DE DISTRIBUICAO, SERVICO DE
EMISSAO, ENCARGOS SETORIAIS, TRIBUTOS E DEMAIS ITENS COBRADOS NAS FATURAS.

 **PAGUE AQUI COM PIX**

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação 🔒🔑🔑🔑



1500 343

34191 89768 18569 452931 85633 150000 6 123700800069815

PAGADOR: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO CPF/CNPJ: 19.111.111/0000-00

Processo Nº - 1	Nº - Documento 1.412	Data do Vencimento 1	Valor do Documento 1	Valor Pago 1
109/2008-459-0	200.25.09-45.7011-0	17/10/2015	5,00 15	

1097/26086609-9	20250915 7011:0	17/10/2025	698,15	
Beneficiário:	Razão Social:	CNPJ:		

Agência / Endereço do Beneficiário: Equatorial Gás Distribuidora de Energia S/A CNPJ 01.543.033/0001-04

1

A barcode sticker at the bottom of the page.

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]



Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S.A.

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

Perdas no ramal (kwh): 0.0%
Nr. Medidor: 128815892

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Energia Elétrica Distribuída

Grupo e Subgrupo de Tensão: III / 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
10/2025

Total a pagar
R\$ 698,15

Vencimento
17/10/2025



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

<https://dfe-portal.svcs.rs.gov.br/nf1e/consulta>

com a chave: 52251001543032000104660001635393582003225511

NOTA FISCAL N 163539358 - SERIE 0

DATA DE EMISSÃO: 03/10/2025 07:31:01

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA: 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		Leitura Anterior 03/09/2025		Leitura Atual 03/10/2025		Nº de Dias 30		Próxima Leitura 04/11/2025	
Item	Unid.	Quant.	Preço unit.(R\$) contribuinte	Valor (R\$)	PIS/ COFINS (R\$)	Base Calc ICMS (R\$)	Alíquota ICMS(%)	ICMS (R\$)	Tarifa unit. (R\$)
Fornecimento									
Adc.bandeira vermelha	kWh	568,00	0,102068	57,99	4,16	57,99	19,00	11,02	0,053560
Consumo	kWh	568,00	1,010544	573,99	41,24	573,99	19,00	109,08	0,746900
Itens Financeiros									
Contrib. custeio da illum publica			0,000000	54,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
- cip									
Juros			0,000000	1,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
Multas			0,000000	9,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000000
TOTAL				698,15	45,40	631,98		120,08	

Consumo/kWh	Mes/Ano	Consumo	Tp Fat	Nº DIAS FAT	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
	10/24	722	LIDA	30	PIS/PASEP	511,90	1,5/9,6	8,68
	11/24	675	LIDA	32	COFINS	511,90	7,29/12	37,33
	12/24	593	LIDA	31	ICMS	631,98	19,00	120,08
	01/25	610	LIDA	32	Reserva ao Fisco			
	02/25	583	LIDA	30				
	03/25	636	LIDA	29				
	04/25	753	LIDA	28				
	05/25	747	LIDA	30				
	06/25	618	LIDA	32				

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo
128815892	Energia ativa - kWh	N/A	17492	18060	1,0000	568,00

Fator de Potência	Perdas no Ramal	Resolução ANEEL	Apresentação	Nº do Programa Social
	0.0%	3407/24	03/10/2025	

Reaviso de Vencimento

Informações para o cliente

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 8/2025. VRC = R\$ 159,66693

CONFORME REN 1095/24 ANEEL, A PARTIR DE 01/01/26 O NÚMERO DA UC SERÁ PADRONIZADO EM TODO PAÍS, SENDO COMPOSTO POR UMA SEQUÊNCIA ATRIBUÍDA PELA DISTRIBUIDORA + COD DA DISTRIBUIDORA + DÍGITOS VERIFICADORES. MAIS INFORMAÇÕES NOS CANAIS DE ATENDIMENTO.

ENCONTRA-SE DISPONÍVEL NA ÁREA DO USUÁRIO DO SITE DA EQUATORIAL INFORMAÇÕES MAIS DETALHADAS SOBRE OS VALORES PAGOS RELATIVOS A ENERGIA, SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO, SERVIÇO DE TRANSMISSÃO, ENCARGOS SETORIAIS, TRIBUTOS E DEMAIS ITENS COBRADOS NAS FATURAS.

PAGUE AQUI COM PIX

Utilize o QR Code ao lado

#segurança #inovação



Itau - 341

34191.09768 38569.452931 85633.150009 6 12370000069815

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

Nosso Nr.: 109/76385694-5	Nr. Documento: 2025094570858	Data de Vencimento: 17/10/2025	Valor do Documento: 698,15	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:	002547	

Linha Digitável do Código de Barras
34191090080212694812011664930002112510000439085

Instituição Emissora: 341 - ITAU UNIBANCO SA

Beneficiário

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

Sacador/avalista

Razão Social:	LCA VIAGENS E TURISMO LTDA
CNPJ/CPF:	07.407.994/0001-04

Data de vencimento 16/10/2025

Valor nominal	R\$ 4.390,85
Encargos	R\$ 0,00
Desconto	R\$ 0,00
<u>VALOR PAGO</u>	R\$ 4.390,85

Data do Pagamento: 16/10/2025

Autenticação Bancária:	9E442739ED3204B32C2229000
-------------------------------	---------------------------

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: 126961
Pagamento: 20/10/2025

Valor (R\$) : 4.390,85

Data

Nº Contrato/ Pedido:

Valor Total (R\$): 4.390,85

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data: 08/10/2025

Nota: 126961

Nome: JUNIOR MOURISQUI



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 08/10/2025, às 10:08:13, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 09/10/2025, às 08:18:15, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Dilson Santos, OUTROS, CONTROLADORIA em 15/10/2025, às 17:55:27, conforme horário oficial de Brasília.



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 25090109269-84

Data e hora da emissão 02/09/2025 12:07:02

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



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 12:14:40 do dia 01/10/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 30/03/2026.

Código de controle da certidão: **EFE2.0B42.FFEF.B4C7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

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

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

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

Validade: 08/10/2025 a 06/11/2025

Certificação Número: 2025100821101330816980

Informação obtida em 15/10/2025 16:39:01

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL

Secretaria da Fazenda

Departamento da Receita

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

Certidão de Regularidade Fiscal Mobiliária

Nº 67290/2025

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, 30 de Setembro de 2025.

Esta Certidão é válida até: 04/11/2025

Data Geração: 06/08/2025

Data Emissão: 30/09/2025

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 766499

Número da Certidão: 67290/2025

Controle: 115546

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

Certidão Emitida Gratuitamente



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: 59224699/2025

Expedição: 03/10/2025, às 09:06:51

Validade: 01/04/2026 - 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.

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

Local de retirada: GOIÂNIA AEROPORTO	Local de retirada: GOIÂNIA AEROPORTO
Quinta-feira 03/11/2022, 10:00	Quinta-feira 03/11/2022, 10:00
Local de devolução: GOIÂNIA AEROPORTO	Local de devolução: GOIÂNIA AEROPORTO
Sábado 03/12/2022, 10:00	Sábado 03/12/2022, 10:00
	
GRUPO HX - GRUPO HX - SUV AUTOMÁTICA PLUS	GRUPO QX - GRUPO QX - EXECUTIVO AUTOMÁTICO
Preço Estimado	Preço Estimado
• Detalhamento da conta	• Detalhamento da conta
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
R\$ 5.220,36	R\$ 6.702,48

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
GOIANIA/GO - AG CENTRO JARDIM ATLANTICO

DEVOLUÇÃO
01/01/2023 - 10:00
GOIANIA/GO - AG CENTRO JARDIM ATLANTICO

SEU CARRO

GRUPO DO CARRO
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

FX - INTERMEDIÁRIO AUTOMÁTICO

Peugeot 208 Hatch 1.6 - ou similar

ALTERAR

+

SUA ESTIMATIVA

Valor total previsto

R\$ 4.101,89/mês

SUV

GRUPO DO CARRO

GC - SUV COMPACTO AUTOMÁTICO

Nissan Kicks 1.6 - ou similar

ALTERAR

+

SUA ESTIMATIVA

Valor total previsto

R\$ 4.802,11/mês

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



Cliente: VANIA LUCIA GOMES PIRES FERNANDES		Contato: 61 981177704	CNH: 00237359022	CPF: 62447432100
Reserva: 25155845 Res.ext.:128473		Nº de Contrato: 27543495	Tipo Contrato: Eventual	Status: Fechado
Faturado: EUROPLUS VIAGENS E TURISMO LTDA			Locatário: VANIA LUCIA GOMES PIRES FERNANDES	
Dados de retirada: Loja: GYN4 - UNIDAS LOCADORA S.A. Endereço da Loja: Avenida Independencia, 4950. GYN - GO. 6236021740			Data: 20/07/2025 Horário de retirada: 18:17 Comb. retirada: 8/8 Responsável: EASY *	
Dados de Devolução: Loja: GYN4 - UNIDAS LOCADORA S.A. Endereço da Loja: Avenida Independencia, 4950. GYN - GO. 6236021740			Data: 19/08/2025 Horário de devolução: 18:17 Comb. devolução: 8/8 Responsável: EASY *	
Dados do Veículo: Placa: SYDOF21 Modelo: Creta Grupo: SV Km retirada: 36.682 Km devolução: 41.182			Tarifa: INTERNACIONAL - BASE/21 - PP+POT+TX.+1MT.AD. ISENTOS	
Valores do seu contrato				
Descrição	Valor Unitário	Quantidade	Desconto	Valor total
Diárias	R\$ 143,34	30	R\$ 0,00	R\$ 4.300,05
20/07/2025 - 19/08/2025	R\$ 143,34	30	R\$ 0,00	R\$ 4.300,05
Subtotal				R\$ 4.300,05
Pedágios / Estacionamentos		8		R\$ 51,20
Taxa de utilização Unidas Pass		4		R\$ 39,60
Total				R\$ 4.390,85
Forma de pagamento: Faturado: R\$ 4.390,85			Pré-autorização: R\$ 0,00 Participação obrigatória: • Avarias e incêndios: R\$ 9000,00 • Roubo, furto e perda total: 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, respeitando o tarifário vigente e disponível no site www.unidas.com.br .				
Unidas Pass: A cobrança da taxa de utilização é limitada em 4 diárias. 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 será considerada livre, exceto para renovações sucessivas e sequenciais pelo mesmo cliente, independente da troca ou permanência do veículo, caso em que será devido o valor que exceder 4.500Km. A partir de 21 diárias, a quilometragem é controlada em 4.500km. Os valores excedentes serão cobrados conforme tarifário vigente disponível no site www.unidas.com.br. Devolução: Poderá haver cobranças adicionais caso a loja de devolução seja diferente da de retirada. Combustível: O tanque de combustível é dividido em 8 partes. Caso o veículo não seja devolvido com o tanque cheio ou igual ao que foi entregue na retirada, haverá cobrança das partes faltantes. 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. 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. Limpeza interna: Proibido fumar no veículo. Odores de fumo, pelos de animais, areia, terra ou líquidos em geral, terão cobrança de higienização completa.				
Assinatura igual a da CNH				
Nome do Condutor				
	Assistência 24h (Sinistro, Furto ou Roubos) 0800 773 4042		Atendimento ao Cliente 0800 771 5158	 Acesse o Guia do Usuário e o Contrato através do QR Code



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

FT00126961 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00126961	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 4.390,85	Data de Emissão 06/10/2025	Data de Vencimento 31/10/2025	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 2.28 após 31/10/2025 Multa de R\$ 87.82 após 01/11/2025				
Pagador: 021911 - IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO 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 06/10/2025 19:31:46				
Valor por extenso	Quatro Mil e Trezentos e Noventa Reais e Oitenta 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: / /				

341 - 7

Banco Itaú S.A

Recibo do Pagador

Nosso Número 109/00021269-4	Espécie R\$	Carteira 109	Aceite S	Espécie Doc. Serv	Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3
--------------------------------	----------------	-----------------	-------------	----------------------	---

Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A		341-7	34191.09008 02126.948120 11664.930002 1 12510000439085		
Local do Pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.					Vencimento 31/10/2025
Beneficiário LCA VIAGENS E TURISMO LTDA ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519, CERÂMICA, SÃO CAETANO DO SUL - SP, 09531-190 - 07.407.994/0001-04					Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3
Data do Documento 06/10/2025	Num. do Documento FT00126961	Espécie Docto. Serv	Aceite S	Data do 06/10/2025	Nosso Número 109/00021269-4
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 4.390.85
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encargos p/dia de R\$ 2.28 após 31/10/2025 Após 31/10/2025 cobrar multa de R\$ 87.82					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(-) Valor Cobrado
Pagador IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA 3, 281 OUADRA4 LOTE 10 75390334 JARDIM PRIMAVERA TRINDADE RJ					19.324.171/0004-47 109/00021269-4
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

FT00126961 - 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			02/09/2025	VC00919340				20/07/2025 até 19/08/2025			Veículo: - Citroen C4 Ca
ND00656127	00574675	4.300,20 [R\$]	1,000000	4.300,20	51,20	39,60	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,15	4.390,85
	UNIDAS RENT A CAR				AEROPORTO DE GOIANIA		AEROPORTO DE GOIANIA	983954-197722	NAJLA			
Projeto: 037/2019 Atividade: contr 037/2019 Autorizador: JOSIANE												
Total Notas de Debito				4.300,20	51,20	39,60	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,15	4.390,85

Total da Fatura

4.390,85



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:	002547	

Linha Digitável do Código de Barras
34191090080212686812011664930002112510000421015

Instituição Emissora: 341 - ITAU UNIBANCO SA

Beneficiário

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

Sacador/avalista

Razão Social:	LCA VIAGENS E TURISMO LTDA
CNPJ/CPF:	07.407.994/0001-04

Data de vencimento 16/10/2025

Valor nominal	R\$ 4.210,15
Encargos	R\$ 0,00
Desconto	R\$ 0,00
<u>VALOR PAGO</u>	R\$ 4.210,15

Data do Pagamento: 16/10/2025

Autenticação Bancária:	A1449C0F701204D5FF4669000
-------------------------------	---------------------------

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: 126960
Pagamento: 20/10/2025

Valor (R\$) : 4210,15

Data

Nº Contrato/ Pedido:

Valor Total (R\$): 4210,15

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data: 08/10/2025

Nota: 126960

Nome: JUNIOR MOURISQUI



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 08/10/2025, às 10:08:55, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 09/10/2025, às 08:18:39, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Dilson Santos, OUTROS, CONTROLADORIA em 15/10/2025, às 17:57:18, conforme horário oficial de Brasília.



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 25090109269-84

Data e hora da emissão 02/09/2025 12:07:02

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



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 12:14:40 do dia 01/10/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 30/03/2026.

Código de controle da certidão: **EFE2.0B42.FFEF.B4C7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

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

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

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

Validade: 08/10/2025 a 06/11/2025

Certificação Número: 2025100821101330816980

Informação obtida em 15/10/2025 16:39:01

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL

Secretaria da Fazenda

Departamento da Receita

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

Certidão de Regularidade Fiscal Mobiliária

Nº 67290/2025

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, 30 de Setembro de 2025.

Esta Certidão é válida até: 04/11/2025

Data Geração: 06/08/2025

Data Emissão: 30/09/2025

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 766499

Número da Certidão: 67290/2025

Controle: 115546

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

Certidão Emitida Gratuitamente



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: 59224699/2025

Expedição: 03/10/2025, às 09:06:51

Validade: 01/04/2026 - 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.

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

Preço Estimado

MANUAL

• 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

Local de retirada: GOIÂNIA AEROPORTO Quinta-feira 03/11/2022, 10:00 Editor	Local de retirada: GOIÂNIA AEROPORTO Quinta-feira 03/11/2022, 10:00 Editor
Local de devolução: GOIÂNIA AEROPORTO Sábado 03/12/2022, 10:00 Editor	Local de devolução: GOIÂNIA AEROPORTO Sábado 03/12/2022, 10:00 Editor
	
GRUPO HX - GRUPO HX - SUV AUTOMÁTICA PLUS	GRUPO QX - GRUPO QX - EXECUTIVO AUTOMÁTICO
Preço Estimado • Detalhamento da conta Diárias (30 x R\$ 125,01) R\$ 3.750,30 Proteções inclusas R\$ 600,00 Taxa Administrativa (20.00%) R\$ 870,06 R\$ 5.220,36	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

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, Arizo

→ **RETIRADA** [ALTERAR](#)

02/12/2022 - 10:00

GOIANIA/GO - AG CENTRO JARDIM ATLANTICO

← **DEVOLUÇÃO** [ALTERAR](#)

01/01/2023 - 10:00

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

FX - INTERMEDIÁRIO AUTOMÁTICO

Peugeot 208 Hatch 1.6 - ou similar

[ALTERAR](#)

+

SUA ESTIMATIVA

Valor total previsto

R\$ 4.101,89/mês

SUV

GRUPO DO CARRO

GC - SUV COMPACTO AUTOMÁTICO

Nissan Kicks 1.6 - ou similar

[ALTERAR](#)

+

SUA ESTIMATIVA

Valor total previsto

R\$ 4.802,11/mês



Cliente: DARCILON JOSE DA COSTA	Contato: 62 999203138	CNH: 00469806000	CPF: 87645726172
Reserva: 29967355	Nº de Contrato: 27650289	Tipo Contrato: Eventual	Status: Fechado
Faturado: EUROPLUS VIAGENS E TURISMO LTDA		Locatário: DARCILON JOSE DA COSTA	
Dados de retirada: Loja: GYN4 - UNIDAS LOCADORA S.A. Endereço da Loja: Avenida Independencia, 4950. GYN - GO. 6236021740		Data: 16/08/2025 Horário de retirada: 15:08 Comb. retirada: 8/8 Responsável: EASY *	
Dados de Devolução: Loja: GYN4 - UNIDAS LOCADORA S.A. Endereço da Loja: Avenida Independencia, 4950. GYN - GO. 6236021740		Data: 15/09/2025 Horário de devolução: 15:08 Comb. devolução: 8/8 Responsável: EASY *	
Dados do Veículo: Placa: SYE5F49 Modelo: VIRTUS Grupo: CA Km retirada: 65.792 Km devolução: 65.793		Tarifa: INTERNACIONAL - BASE/21 - PP+POT+TX.+1MT.AD. ISENTOS	

Valores do seu contrato

Descrição	Valor Unitário	Quantidade	Desconto	Valor total
Diárias 16/08/2025 - 15/09/2025	R\$ 139,34 R\$ 139,34	30 30	R\$ 0,00 R\$ 0,00	R\$ 4.180,05 R\$ 4.180,05
Subtotal				R\$ 4.180,05
Pedágios / Estacionamentos		3		R\$ 20,20
Taxa de utilização Unidas Pass		1		R\$ 9,90
Total				R\$ 4.210,15
Forma de pagamento: Faturado: R\$ 4.210,15			Pré-autorização: R\$ 0,00 Participação obrigatória: • Avarias e incêndios: R\$ 6000,00 • Roubo, furto e perda total: R\$ 9000,00	

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, respeitando o tarifário vigente e disponível no site www.unidas.com.br.

Unidas Pass: A cobrança da taxa de utilização é limitada em 4 diárias.
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 será considerada livre, exceto para renovações sucessivas e sequenciais pelo mesmo cliente, independente da troca ou permanência do veículo, caso em que será devido o valor que exceder 4.500Km. A partir de 21 diárias, a quilometragem é controlada em 4.500km. Os valores excedentes serão cobrados conforme tarifário vigente disponível no site www.unidas.com.br.
Devolução: Poderá haver cobranças adicionais caso a loja de devolução seja diferente da de retirada.
Combustível: O tanque de combustível é dividido em 8 partes. Caso o veículo não seja devolvido com o tanque cheio ou igual ao que foi entregue na retirada, haverá cobrança das partes faltantes.
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.
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.
Limpeza interna: Proibido fumar no veículo. Odores de fumo, pelos de animais, areia, terra ou líquidos em geral, terão cobrança de higienização completa.

Assinatura igual a da CNH

Nome do Condutor



Assistência 24h
(Sinistro, Furto ou Roubos)
0800 773 4042



Atendimento ao Cliente
0800 771 5158



**Acesse o Guia do
Usuário e o Contrato
através do QR Code**

ATUALIZAÇÃO DE VALORES UNIDAS

Reajuste de contrato mensal

Conforme informado pela UNIDAS, a reserva mensal do Sr. DARCILON JOSE DA COSTA, sob PLACA SHV4I59 GRUPO CX ONIX PLUS, sofrerá reajuste promocional a partir de 21/08/2024

Valor atual, R\$ 4.259,57

Novo valor, R\$ 3.870,04

SÃO PAULO, 15/08/2024

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



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

FT00126960 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00126960	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 4.210,15	Data de Emissão 06/10/2025	Data de Vencimento 31/10/2025	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 2.19 após 31/10/2025 Multa de R\$ 84.20 após 01/11/2025				
Pagador: 021911 - IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO A/C.: JOSIANE - C.Custo: TRINDADE - CONTRATO 037/2019 E ADITIVOS				
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 06/10/2025 19:31:24				
Valor por extenso	Quatro Mil e Duzentos e Dez Reais e Quinze Centavos*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A LCA VIAGENS E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite: Data: / /				

341 - 7

Banco Itaú S.A

Recibo do Pagador

Nosso Número 109/00021268-6	Espécie R\$	Carteira 109	Aceite S	Espécie Doc. Serv	Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3
--------------------------------	----------------	-----------------	-------------	----------------------	---

Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A		341-7	34191.09008 02126.868120 11664.930002 1 12510000421015		
Local do Pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.					Vencimento 31/10/2025
Beneficiário LCA VIAGENS E TURISMO LTDA ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519, CERÂMICA, SÃO CAETANO DO SUL - SP, 09531-190 - 07.407.994/0001-04					Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3
Data do Documento 06/10/2025	Num. do Documento FT00126960	Espécie Docto. Serv	Aceite S	Data do 06/10/2025	Nosso Número 109/00021268-6
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 4.210.15
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encargos p/dia de R\$ 2.19 após 31/10/2025 Após 31/10/2025 cobrar multa de R\$ 84.20					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(-) Valor Cobrado
Pagador IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA 3, 281 OUADRA4 LOTE 10 75390334 JARDIM PRIMAVERA TRINDADE RJ					19.324.171/0004-47 109/00021268-6
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

FT00126960 - 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												
	COSTA/DARCILON			30/09/2025	VC00924212				16/08/2025 até 15/09/2025		Veículo: VOLKSWAGEN VIR	
ND00666098	00584460	4.179,90 [R\$]	1,000000	4.179,90	20,20	10,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.210,15
	UNIDAS RENT A CAR		TRINDADE - CONTRATO 037/2019 E ADITIVOS		AEROPORTO DE GOIANIA		AEROPORTO DE GOIANIA	29053166	JOSIANE			
Atividade: 037/2019 Autorizador: JOSIANE												
Total Notas de Debito				4.179,90	20,20	10,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.210,15

Total da Fatura

4.210,15



Demonstrativo de Pagamento

Tipo de Serviço:	Pagamento de tributos		
Seu Número	Nosso Número	Uso da Empresa	Pagamento
00000000000001761257			16/10/2025

Códigos do Banco Favorecido

Comp.	Banco	Agência /DV	Nº da conta favorecido	Valor
-	-	-	-	R\$ 63,69

Nome Favorecido/ CPF ou CNPJ SANEAMENTO DE GOIAS S/A	Valor por Extenso sessenta e três reais e sessenta e nove centavos
---	---

Endereço Favorecido

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

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

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

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

Autenticação
Mecânica

7744B4638772043F29DAA9000



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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

FORNECEDOR/FAVORECIDO: SANEAMENTO DE GOIÁS S.A

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 2271961672-8
Pagamento: 26/10/2025

Valor (R\$) : 63,69

Data

Nº Contrato/ Pedido: 2679930-8

Valor Total (R\$): 63,69

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data: 15/10/2025

Nome: KAROLINE DE SOUSA DAMACENO



Documento assinado eletronicamente por karoline de Sousa Damaceno, OUTROS, ADMINISTRATIVO em 15/10/2025, às 10:49:39, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 15/10/2025, às 10:56:40, conforme horário oficial de Brasília.



Saneamento de Goiás S.A.

CNPJ: 01.616.929/0001-02 - INSC. EST. 10.013.359-6
AV. DA SAUDE NR 206 QD 11 SANTO ANDRE
75380000

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDO



AV. PADRE GEBARDO SN
JARDIM PRIMAVERA
Q: 001 L: 4 - 101.67.04.1210
TRINDADE, 75390310

Quantidade de unidades atendidas:

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

Descrição dos serviços:

	Valor (R\$)
CUSTO MINIMO FIXO	16,65
TARIFA AGUA - COMERCIAL	23,52
COLETA/AFASTAMENTO ESGOTO COMERCIAL	18,82
TRATAMENTO ESGOTO COMERCIAL	4,70

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:
2679930-8

Número da fatura:
2271961672-8

Data de emissão:
10/10/2025

Mês de referência:
00/1/2025

Tributação aproximada (R\$):
4,35

Vencimento:
26/10/2025

Valor (R\$):
63,69

PAGUE COM PIX
e facilite sua rotina



Confira os dados antes de
concluir a transação
BRK AMBIENTAL - GOIÁS S.A.
CNPJ: 18.123.402/0001-49

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

Hidrômetro (s)		Leitura (s)			Consumo (s)		
Tipo	Número	Atual	Anterior	Próxima	Faturado	Médio	Estimado
		10/10/2025	10/09/2025		m³	m³	m³
					Dias		
ÁGUA FRI A23LM0425636		94	92		2	1	1

Histórico de consumo:

Tipo/Mês	ABR	MAR	JUN	JUL	AGO	SET
ÁGUA FRI	00001	00000	00001	00001	00001	00001

Aviso

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

ARROZAL

Sistema de Abastecimento de Água:

Parâmetros	Cloro residual livre	Fluoreto	Turbidez	Cor aparente	pH	Coliformes totais	Escherichia coli
Nº Mínimo de análises exigidas¹	60	8	60	60	8	60	60
Nº de Análises realizadas²	67	8	67	67	8	67	67
Nº de Análises que atenderam à legislação³	67	8	67	66	8	67	67

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

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

Mês Ref.: 00/1/2025 Cód. Déb. Aut. 26799308 Nº da Fatura: 2271961672-8 Vencimento 26/10/2025 Valor total (R\$) 63,69

826600000002 636913796224 719616722679 993000031852



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



Demonstrativo de Pagamento

Tipo de Serviço:	Pagamento de tributos		
Seu Número	Nosso Número	Uso da Empresa	Pagamento
00000000000001763957			17/10/2025

Códigos do Banco Favorecido

Comp.	Banco	Agência /DV	Nº da conta favorecido	Valor
-	-	-	-	R\$ 137,61

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

Valor por Extenso
cento e trinta e sete reais e sessenta e um centavos

Endereço Favorecido

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

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

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

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

Autenticação
Mecânica

D74477D53DD2046E329BB9000



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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

FORNECEDOR/FAVORECIDO:SANEAMENTO DE GOIÁS S.A

Nº Nota Fiscal/ Fatura - ID: 2271961759-7
26/10/2025

Valor (R\$) : 137,61

Data Pagamento:

Nº Contrato/ Pedido: 2480751-6

Valor Total (R\$): 137,61

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data:15/10/2025

Nome: KAROLINE DE SOUSA DAMACENO



Documento assinado eletronicamente por karoline de Sousa Damaceno, OUTROS, ADMINISTRATIVO em 15/10/2025, às 14:15:51, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 15/10/2025, às 14:17:17, conforme horário oficial de Brasília.



Saneamento de Goiás S.A.
CNPJ: 01.616.929/0001-02 - INSC. EST. 10.013.359-6
AV. DA SAUDADE NR. 206 QD. LT. SANTO ONOFRE
75380000

RENATO ROQUE DE BRITO



RUA 3 S/N
JARDIM PRIMAVERA
Q: 004 L: 7 - 101.67.04.2100
TRINDADE, 75390334

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:
2480751-6

Número da fatura:
2271961759-7

Data de emissão:
10/10/2025

Mês de referência:
OUT/2025

Quantidade de unidades atendidas:

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

Tributação aproximada (R\$):
11,03

Vencimento:
26/10/2025

Valor (R\$):
137,61

Descrição dos serviços:

Valor (R\$)

CUSTO MINIMO FIXO	16,65
TARIFA AGUA - COMERCIAL	58,80
COLETA/AFASTAMENTO ESGOTO COMERCIAL	47,05
TRATAMENTO ESGOTO COMERCIAL	11,75
ATUALIZACAO MONETARIA	0,20
MULTA ATRASO PAGAMENTO	3,16

PAGUE COM PIX
e facilite sua rotina

Confira os dados antes de concluir a transação
BRK AMBIENTAL - GOIÁS S.A.
CNPJ: 18.123.402/0001-49

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

Hidrômetro (s)		Leitura (s)			Consumo (s)		
Tipo	Número	Atual	Anterior	Próxima	Faturado	Médio	Estimado
		10/10/2025	10/09/2025		m³	m³	m³
ÁGUA FRI	Y20F260342	230	225		5	6	17

Histórico de consumo:

Tipo/Mês	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
ÁGUA FRI	00006	00006	00006	00005	00004	00006

Aviso

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

ARROZAL

Sistema de Abastecimento de Água:

Parâmetros	Cloro residual livre	Fluoreto	Turbidez	Cor aparente	pH	Coliformes totais	Escherichia coli
Nº Mínimo de análises exigidas ¹	60	8	60	60	8	60	60
Nº de Análises realizadas ²	67	8	67	67	8	67	67
Nº de Análises que atenderam à legislação ³	67	8	67	66	8	67	67

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

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



Mês Ref.: **OUT/2025** Cód. Déb. Aut. **24807516** Nº da Fatura: **2271961759-7** Vencimento **26/10/2025** Valor total (R\$) **137,61**

826100000015 376113796225 719617592485 075100068818





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:	002552	

Linha Digitável do Código de Barras
34191090080212678812011664930002212510000081000

Instituição Emissora: 341 - ITAU UNIBANCO SA

Beneficiário

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

Sacador/avalista

Razão Social:	LCA VIAGENS E TURISMO LTDA
CNPJ/CPF:	07.407.994/0001-04

Data de vencimento 22/10/2025

Valor nominal	R\$ 810,00
Encargos	R\$ 0,00
Desconto	R\$ 0,00
<u>VALOR PAGO</u>	R\$ 810,00

Data do Pagamento: 22/10/2025

Autenticação Bancária:	2444AD3484C204D5E89AA9000
-------------------------------	---------------------------

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: 126959
Pagamento: 31/10/2025

Valor (R\$) : 810,00

Data

Nº Contrato/ Pedido:

Valor Total (R\$): 810,00

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 37/2019-SES/GO – 5º Termo Aditivo.

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

_____.

Data: 20/10/2025

Nota: 126959

Nome: JUNIOR MOURISQUI



Documento assinado eletronicamente por Renato Ferro, GERENTE, ADMINISTRATIVO em 21/10/2025, às 14:17:03, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Vânia Gomes Fernandes, OUTROS, DIRETORIA GERAL em 21/10/2025, às 22:35:44, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por Simone Portugal, OUTROS, CONTROLADORIA em 22/10/2025, às 09:25:47, conforme horário oficial de Brasília.

Relatório de Atividades

Projeto/Tema	ACOMPANHAMENTO DE ADEQUAÇÕES – HOSPITAL ESTADUAL DE TRINDADE
Objetivo	VISITA TÉCNICA A OBRA E AO HOSPITAL EM FUNCIONAMENTO
Data	15/09/2025 A 19/09/2025
Participantes Hosp. Apoiado	VÂNIA GOMES, JOÃO MARCOS DUARTE E ALINE BERNARDO.
Participantes	
Compilado por / Revisado por	

Atividades:
2. ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES DO SETOR DE INFRAESTRUTURA.
Agenda
Ações:
- VISITA TÉCNICA A UNIDADE E A OBRA; - REUNIÃO COM O GERENTE DE ENGENHARIA CLÍNICA; - REUNIÃO COM A EQUIPE DE GERENCIAMENTO E CONSTRUTORA DA OBRA DO NOVO HETRIN; - PLANEJAMENTO PARA INAUGURAÇÕES.

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



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 25090109269-84

Data e hora da emissão 02/09/2025 12:07:02

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



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 12:14:40 do dia 01/10/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 30/03/2026.

Código de controle da certidão: **EFE2.0B42.FFEF.B4C7**

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: 08/10/2025 a 06/11/2025

Certificação Número: 2025100821101330816980

Informação obtida em 15/10/2025 08:14:20

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL

Secretaria da Fazenda

Departamento da Receita

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

Certidão de Regularidade Fiscal Mobiliária

Nº 67290/2025

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, 18 de Outubro de 2025.

Esta Certidão é válida até: 04/11/2025

Data Geração: 06/08/2025

Data Emissão: 18/10/2025

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 766499

Número da Certidão: 67290/2025

Controle: 115546

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

Certidão Emitida Gratuitamente



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: 59224699/2025

Expedição: 03/10/2025, às 09:06:51

Validade: 01/04/2026 - 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.



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

FT00126959 - Página 1 de 2

Nº Fatura Duplicata FT00126959	Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 810,00	Data de Emissão 06/10/2025	Data de Vencimento 31/10/2025	Para uso da Inst. Financeira
Encargos p/dia de R\$ 0.42 após 31/10/2025 Multa de R\$ 16.20 após 01/11/2025				
Pagador: 021911 - IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO				
Endereco: 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 06/10/2025 19:31:05				
Valor por extenso	Oitocentos e Dez Reais*****			
RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A LCA VIAGENS E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS.				
Aceite: Data: / /				

341 - 7	Banco Itaú S.A	Recibo do Pagador			
Nosso Número 109/00021267-8	Espécie R\$	Carteira 109	Aceite S	Espécie Doc. Serv	Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3

Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A		341-7	34191.09008 02126.788120 11664.930002 2 12510000081000		
Local do Pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.					Vencimento 31/10/2025
Beneficiário LCA VIAGENS E TURISMO LTDA ALAMEDA TERRACOTA, 215 CJ 518/519, CERÂMICA, SÃO CAETANO DO SUL - SP, 09531-190 - 07.407.994/0001-04					Agência/Código Beneficiário 8121/16649-3
Data do Documento 06/10/2025	Num. do Documento FT00126959	Espécie Docto. Serv	Aceite S	Data do 06/10/2025	Nosso Número 109/00021267-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do documento 810.00
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Encargos p/dia de R\$ 0.42 após 31/10/2025 Após 31/10/2025 cobrar multa de R\$ 16.20					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(-) Valor Cobrado
Pagador IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA 3, 281 OUADRA4 LOTE 10 75390334 JARDIM PRIMAVERA TRINDADE RJ					19.324.171/0004-47 109/00021267-8
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

FT00126959 - 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						Nº Confirm.	Solicitante		Tipo de Pagamento	
Observação												
	TAVARES/FERNANDO		06/08/2025	VC00915212				15/09/2025 até 19/09/2025		Hospedagem Diárias: 004		
ND00667565	00565641	810,00 [R\$]	1,000000	810,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00		810,00
290209-300881	TRINDADE PLAZA HOTEL						430387-477025					
Autorizador: NAJLA												
Total Notas de Debito				810,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	810,00

Total da Fatura

810,00



Passageiros / Hóspedes

Nome completo
FERNANDO TAVARES



Hotel

Localizador
290209-300881

Status
Confirmada

Hotel: TRINDADE PLAZA HOTEL
(<https://www.google.com/maps/search/Avenida+Brasília,+293,+Vila+João+BrazTRINDADE>)

Endereço: Avenida Brasília, 293, Vila João Braz, TRINDADE

Telefone: 55-62-31100101

Quarto: INDIVIDUAL AGENCIA PROMO CEC 404392

Qtd Quartos: 1

Check-In
15/09/25

Check-Out
19/09/25

Regime
Café da Manhã

Diária
4

Adultos
1

Crianças
0

Pagamento
FATURADO

Valor Diária
202,53

Tarifa
810,11

Taxa
0,01

Fee
0,00

Total
810,12

Políticas:

- O cancelamento a partir da data 03/09/2025 11:00 (horário da cidade do hotel) acarretará em multa no valor de BRL 810,11 .



Políticas de Viagem

Política	Antecedência	Aéreo	Hotel	Carro
IMED	✓	-	✓	-