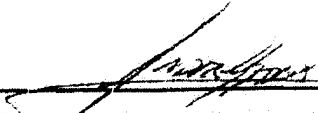


Trindade, 22 de maio de 2020.

| Fornecedor | CPF/CNPJ | Tipo de Despesa | Referência | Valor | Vencimento | Pagamento | Descrição |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------|------------|----------|------------|------------|---|
| TICKET LOG | 03.506.307/0001-57 | COMBUSTÍVEIS | 332360 | 1.553,00 | 08/04/2020 | 06/04/2020 | Despesas com crédito para abastecimento dos veículos administrativos |
| AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA | 43.062.389/0001-02 | OUTRAS DESPESAS DIVERSAS | 130083 | 1.664,41 | 31/01/2020 | 06/04/2020 | Despesa com locação de veículo para serviços administrativos em Trindade no período de 15/11/2019 a 15/12/2019 |
| AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA | 43.062.389/0001-02 | OUTRAS DESPESAS DIVERSAS | 131543 | 1.664,41 | 15/04/2020 | 15/04/2020 | Despesa com locação de veículo para serviços administrativos em Trindade no período de 13/02/2020 a 14/03/2020 |
| CELG CENT ELET GOIAS | 01.543.632/0001-64 | ENERGIA | 43922 | 203,83 | 17/04/2020 | 17/04/2020 | Pagamento referente a consumo de energia no escritório administrativo do IMED |
| LAZARA DE JESUS SILVA | 437.828.921-00 | LOCAÇÃO DE IMÓVEIS | 43922 | 1.100,00 | 24/04/2020 | 27/04/2020 | Pagamento referente a locação de imóvel para instalação do escritório administrativo do IMED |
| SANEAGO | 01.616.929/0001-02 | ÁGUA | 43922 | 190,03 | 26/04/2020 | 27/04/2020 | Pagamento referente a consumo de água no escritório administrativo do IMED |

Sendo o que me cumpria informar, e colocando-me, desde já, à disposição de V. Exa. para o que se fizer necessário, envio-lhe nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.


IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
André Silva Sader – Diretor- Presidente IMED



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0001-02 |
| Nome: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| Conta de débito: | 0238 / 003 / 00005036-8 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.76007 33236.012937 83150.390009 1 82190000153300 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | TICKET SOLUCOES HDFGT SA |
| Nome/Razão Social: | TICKET SOLUCOES HDFGT SA |
| CPF/CNPJ: | 03.506.307/0001-57 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0004-47 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0001-02 |

| | |
|--|---------------|
| Data do Vencimento: | 08/04/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 06/04/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.533,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.533,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.533,00 |
| Identificação do Pagamento: | BOLETO 332360 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 06/04/2020 16:04:28 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 097136592 |
| Chave de segurança: | 38NLSP6G91A12PU6 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



Banco Itaú S.A. | 341-7

RECIBO DO PAGADOR

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------|---|
| Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO | | | | | Vencimento 08/04/2020 |
| Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57 | | | | | Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9 |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista R MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 SANTA LUCIA CAMPO BOM RS 93700-000 | | | | | |
| Data do documento 03/04/20 | No. Do documento 00332360 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Processamento 03/04/20 | Nosso Número 176/00332360-1 |
| Uso do Banco | Carteira 176 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 1.533,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTA BLOQUETO E NA REDE BANCARIA | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| Nao aceitar cheques nem apos o vencimento. Pagamento somente no valor total. | | | | | (+) Mora/Multa |
| corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000447 | | | | | |
| Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 35 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP | | | | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | |

Autenticação mecânica

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

03/04/2020

Geirno O. Padua
Contrato N° 037/2019 - SES/IMED-HUTRIN

IMED/ Hutrin



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.76007 33236.012937 83150.390009 1 82190000153300

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------|---|
| Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO | | | | | Vencimento 08/04/2020 |
| Beneficiário TICKET SOLUCOES HDFGT SA CNPJ 03.506.307/0001-57 | | | | | Agência/Código Beneficiário 2938/31503-9 |
| Data do documento 03/04/20 | No. Do documento 00332360 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Processamento 03/04/20 | Nosso Número 176/00332360-1 |
| Uso do Banco | Carteira 176 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 1.533,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE ATRAVES DESTA BLOQUETO E NA REDE BANCARIA | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| Nao aceitar cheques nem apos o vencimento. Pagamento somente no valor total. | | | | | (+) Mora/Multa |
| corresp ITAUBBA-ATE O VCTO PAGUE EM LOJA CORRESPONDENTE | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: IMED INSTITUTO DE MEDICINA EST CNPJ/CPF - 19324171000447 | | | | | |
| Endereço: R ITAPEVA 202 CONJ 35 01332-000 BELA VISTA SAO PAULO SP | | | | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | |

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

Francisco Amud
Gerente Administrativo

IMED-HUTRIN

Carimbo e assinatura
Contrato N° 037/2019 - SES/IMED-HUTRIN

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica





Certidão de Situação Fiscal nº 0014580291

Identificação do titular da certidão:

Nome: **TICKET SOLUCOES HDFGT S/A**
Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2
SANTA LUCIA, CAMPO BOM - RS**
CNPJ: **03.506.307/0001-57**

Certificamos que, aos **19** dias do mês de **FEVEREIRO** do ano de **2020**, revendo os bancos de dados da Secretaria da Fazenda, o titular acima enquadra-se na seguinte situação:
CERTIDAO NEGATIVA

Descrição dos Débitos/Pendências:

Esta certidão **NÃO É VÁLIDA** para comprovar;

a) a quitação de tributos devidos mensalmente e declarados na Declaração Anual de Simples Nacional (DASN) e no Programa Gerador do Documento de Arrecadação do Simples Nacional (PGDAS-D) pelos contribuintes optantes pelo Simples Nacional;

b) em procedimento judicial e extrajudicial de inventário, de arrolamento, de separação, de divórcio e de dissolução de união estável, a quitação de ITCD, Taxa Judiciária e ITBI, nas hipóteses em que este imposto seja de competência estadual (Lei nº 7.608/81).

No caso de doação, a Certidão de Quitação do ITCD deve acompanhar a Certidão de Situação Fiscal.

Esta certidão constitui-se em meio de prova de existência ou não, em nome do interessado, de débitos ou pendências relacionados na Instrução Normativa nº 45/98, Título IV, Capítulo V, 1.1.

A presente certidão não elide o direito de a Fazenda do Estado do Rio Grande do Sul proceder a posteriores verificações e vir a cobrar, a qualquer tempo, crédito que seja assim apurado.

Esta certidão é válida até 18/4/2020.

Certidão expedida gratuitamente e com base na IN/DRP nº 45/98, Título IV, Capítulo V.

Autenticação: **0024309356**

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada em <https://www.sefaz.rs.gov.br>.



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

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

Nome: TICKET SOLUCOES HDFGT S/A
CNPJ: 03.506.307/0001-57

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:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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 07:50:11 do dia 19/02/2020 <hora e data de Brasília>.
Válida até 17/08/2020.

Código de controle da certidão: **4DAB.71BE.CEEC.40C7**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: TICKET SOLUCOES HDFGT S/A

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 03.506.307/0001-57

Certidão n°: 4938092/2020

Expedição: 19/02/2020, às 10:28:53

Validade: 16/08/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **TICKET SOLUCOES HDFGT S/A** (MATRIZ E FILIAIS), inscrito(a) no CNPJ sob o n° 03.506.307/0001-57, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei n° 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa n° 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

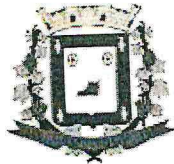
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

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 ou Comissão de Conciliação Prévia.



Data: 03/04/2020 10h18min

Número
2571

Validade
02/07/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO BOM
Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Municipal de Finanças

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS(GERAL)

Nome / Razão Social

TICKET SOLUÇÕES HDFGT S.A. CNPJ: 03506307000157

RUA MACHADO DE ASSIS Nº 50 , EDIF. 2 , SANTA LUCIA - 93700000

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidades do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas. É certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal de Finanças e inscrição em Dívida Ativa Municipal até a presente data. A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço www.campobom.rs.gov.br(Portal de Serviços). Certidão emitida com base no Código Tributário Municipal Lei nº 2.397/02 de 30/12/2002, artigo 61 e seguintes.

Código de Controle

CWBKERNJOLLOXZB1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.
<https://www.campobom.rs.gov.br/>

Campo Bom (RS), 03 de Abril de 2020

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 03.506.307/0001-57

Razão Social: TICKET SOLUCOES HDFGT SA

Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 50 EDIF 2 / SANTA LUCIA / CAMPO BOM / RS /
93700-000

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: 19/03/2020 a 16/07/2020

Certificação Número: 2020031901273745473071

Informação obtida em 03/04/2020 10:19:48

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

1. DADOS DO CONTRATANTE

1.1 CNPJ: 19.324.171/0004-47

1.2 RAZÃO SOCIAL: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

1.3 NOME FANTASIA: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

1.4 ENDEREÇO:

LOGRADÓURO: R ITAPEVA, 202 - CONJ 35

BAIRRO: BELA VISTA

CIDADE: SAO PAULO - SP

CEP: 01332-000

2. DADOS DO DEVEDOR SOLIDÁRIO

Não existe devedor solidário para esse termo de adesão.

3. CONDIÇÕES COMERCIAIS E SERVIÇOS CONTRATADOS

3.1 GESTÃO DE ABASTECIMENTO - FLEET AVANÇADO

3.1.1 CARTÃO CORINGA PRÉ-PAGO

VALOR DE R\$ 10,00 ISENTA POR 0 DIAS

INÍCIO DE COBRANÇA: ATIVAÇÃO DO CLIENTE

3.1.2 EMISSÃO DE CARTÃO PRÉ-PAGO

VALOR DE R\$ 10,00 ISENTA POR 0 DIAS

INÍCIO DE COBRANÇA: ATIVAÇÃO DO CLIENTE

3.1.3 EMISSÃO 2ª VIA PRÉ-PAGO

VALOR DE R\$ 10,00 ISENTA POR 0 DIAS

3.1.4 CARTÕES PERSONALIZADOS

VALOR DE R\$ 0,00

3.1.5 CRÉDITOS OCIOSOS

VALOR DE R\$ 0,00

3.1.6 PERCENTUAL

VALOR DE 2,00 %

INÍCIO DE COBRANÇA: À VISTA

3.1.7 PROCESSAMENTO DE CONSULTA DE SALDO - POS

VALOR DE R\$ 0,00

3.1.8 PROCESSAMENTO DE CONSULTA DE SALDO - URA

VALOR DE R\$ 0,00

3.1.9 R\$/MÊS

VALOR DE R\$ 0,00

INÍCIO DE COBRANÇA: À VISTA

3.1.10 R\$/VEÍCULO

VALOR DE R\$ 0,00

INÍCIO DE COBRANÇA: ATIVAÇÃO

3.1.11 TRANSAÇÕES PROTEGIDAS

VALOR DE R\$ 0,00

3.1.12 LICENÇA EXTRA GOOD MANAGER

VALOR DE R\$ 27,99

3.1.13 INATIVIDADE DE USUÁRIO

VALOR DE R\$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

FATURAMENTO: DIÁRIO

PRAZO DE VENCIMENTO: 5

TIPO DE CARTÃO: PADRÃO

COBRANÇA DE ENVIO DE LOTE DE CARTÃO: R\$ 14,90

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

4.1 EXECUTIVO RESPONSÁVEL: LICIANE PATRICIA DE OLIVEIRA

4.2 FILIAL RESPONSÁVEL: VENDA REMOTA

Pelo presente, declaramos o interesse na adesão ao **CONTRATO DE ADESÃO AO SISTEMA TICKET LOG**, registado perante o Cartório de Registro de Imóveis e Especiais Títulos e Documentos na cidade de Campo Bom/RS, sob nº 10 Livro B- 125, Folha 128 e aos serviços relacionados neste **TERMO DE ADESÃO**, cujo teor, foi lido na íntegra, o temos total ciência e acordo.

Concordamos com todas as cláusulas e condições contratuais e comerciais estipuladas neste **CONTRATO DE ADESÃO** **AG SISTEMA TICKET LOG**, composto pelas condições deste **TERMO DE ADESÃO**, Condições Gerais de Contratação e seus respectivos Anexos, obrigando-nos a cumpri-las fielmente.

Estamos cientes de que a adesão está condicionada à análise, pela **ADMINISTRADORA**, do risco e crédito a ser por nós procedida. Para tanto, autorizamos desde já a **ADMINISTRADORA** a consultar, obter e trocar informações relativas aos nossos antecedentes de crédito junto às Instituições Financeiras e particulares em geral, especialmente junto à Central de Risco de Crédito, (SCR), SPC e Serasa, bem como enviar as informações exigidas pelo órgão regulatório competente.



O presente Termo de Adesão tem validade somente acompanhado dos documentos societários atualizados da CONTRATANTE e assinado por representantes legais com devidos poderes para tal. Para todos os devidos fins, assinamos o presente TERMO DE ADESÃO responsabilizando-nos pelas informações aqui contidas. Fica eleito o foro da Comarca de São Paulo/SP, como competente para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

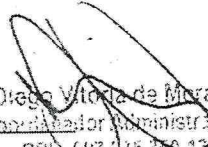
CAMPO BOM, 11 de Outubro de 2019



CONTRATANTE


Isabel Cardoso
CPF 579.789.990-68

ADMINISTRADORA


Diego Vitoria de Moraes
Coordenador Administrativo
CPF: 007.275.358-13

TESTEMUNHAS:

1) 

Nome: Maisa Oliveira Hartwig
CPF: 002.134.520-14

2) _____
Nome:
CPF:



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 0238 / 003 / 00005036-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0001-02 |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Banco: | 237 - BRADESCO - 060746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3090 / 14499-1 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 43.062.389/0001-02 |
| Valor: | R\$ 1.664,40 |
| Valor da tarifa: | R\$ 9,50 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | FT 130083 |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data / Hora da operação: | 06/04/2020 16:14:52 |
|---------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00178844 |
| Chave de segurança: | GMZC3FZRVKU6YXYS |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

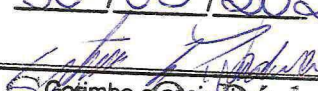
Inscr. Mun: 8.535.324-8
Cep: 01085-900, São Paulo, XX, BRAZIL
ABAV: 438 Iata: 57-6-8739-4
Fax: (11) 3256-4399

FT00130083 - Página 2 de 2

Notas de Débito

| Nº Viag | Passageiro | | Tipo | Emissão | Bilhete/NC/OS | Num. OP | Matrícula | Saída/Período | Rota/Produto | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|----------------------------------|--------------|------------------------|-------------|-----------------|--|
| Nota débito | Reserva | Vlr.Original | Câmbio | Valor | Extras | Taxas | Tx.Emb. | Tx.Serviço | Out.Rec. | Desconto | Total | | |
| Nº Pedido | Fornecedor | | C. Custos | | Retirada | Devolução | Nº Confirm. | Solicitante | | Tipo de Pagamento | | | |
| Observação | | | | | | | | | | | | | |
| Fornecedor: MOVIDA GOIANIA C.N.P.J.: 07.976.147/0024-57 | | | | | | | | | | | | | |
| | PADUA/GETRO | | | 13/09/2019 | VC00339755 | | | 15/11/2019 até 15/12/2019 | | Veículo: CC - Compacto | | | |
| ND00519983 | 00665262 | 1.664,40 [R\$] | 1,000000 | 1.664,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.664,40 | | |
| 3636463 | MOVIDA GOIANIA | | | | Goiania | Goiania | MV5MRCF3 NBR | LUCIANA FERNANDES DE SOUZA | | | | | |
| Qtde. Diárias: 30 * Valor Diária: 55,48 = Total Diárias: R\$1664,40 Autorizador: Beatriz Pereira | | | | | | | | | | | | | |
| Fornecedor: MOVIDA GOIANIA C.N.P.J.: 07.976.147/0024-57 | | | | 1.664,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.664,40 | |
| Total Notas de Débito | | | | 1.664,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.664,40 | |

Total da Fatura 1.664,40

Atesto que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.
30/03/2020

Carimbo e assinatura
Gildo Padua
Diretor Geral
IMED/ Hutrin
Contrato N° 037/2019 - SES/IMED-HUTRIN



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

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

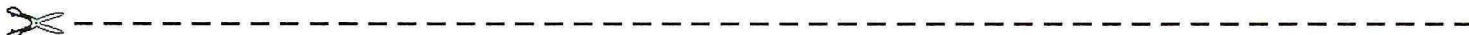
FT00130083 - Página 1 de 2

| | | | | |
|---|--|-------------------|---------------------|------------------------------|
| N° Fatura Duplicata | Valor Fatura/ Duplicata [R\$] | Data de Emissão | Data de Vencimento | Para uso da Inst. Financeira |
| FT00130083 | 1.664,40 | 17/01/2020 | 31/01/2020 | |
| Encargos p/dia de R\$ 3.33 após 31/01/2020 Multa de R\$ 33.29 após 01/02/2020 | | | | |
| Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO A/C.: LUCIANA FERNANDES DE SOUZA | | | | |
| Endereço: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 | | | | |
| Bairro: BELA VISTA | | Cidade: SAO PAULO | SÃO PAULO | 01332-000 |
| Fones(s): (11)31411128 | | Fax: (11) | | |
| Cobrança: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 | | | | |
| Bairro: BELA VISTA | | Cidade: SAO PAULO | SÃO PAULO | 01332-000 |
| CNPJ: 19.324.171/0001-02 | | Inscrição: | | |
| Praca de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU | | | | |
| Impresso em 30/03/2020 14:23:01 | | | | |
| Valor por extenso | Um Mil e Seiscentos e Sessenta e Quatro Reais e Quarenta centavos***** | | | |
| RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS. | | | | |
| Aceite: | | | Data: / / | |

Recibo do Pagador

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|---------------|-------------|--------------------|---|
| Nosso Número 00000538-0 | Espécie R\$ | Carteira 1 | Aceite N | Espécie Doc. DM | Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9 |
|----------------------------|----------------|---------------|-------------|--------------------|---|

Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A. **422-7** | 42297.09706 00002.476992 00000.538025 3 81510000166440

| | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|
| Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO | | | | Vencimento 31/01/2020 | |
| Beneficiário AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, , São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02 | | | | Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9 | |
| Data do Documento 17/01/2020 | Num. do Documento FT00130083 | Espécie Docto. DM | Aceite N | Data do 30/03/2020 | Nosso Número 00000538-0 |
| Uso do Banco | Carteira 1 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do documento 1.664,40 |
| Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | (-) Desconto/Abatimento | |
| Encargos p/dia de R\$ 3.33 após 31/01/2020 Após 01/02/2020 cobrar multa de R\$ 33.29 | | | | (-) Outras Deduções | |
| | | | | (+/-) Mora/Multa | |
| | | | | (+/-) Outros Acréscimos | |
| | | | | (-) Valor Cobrado | |
| Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000 | | | 19.324.171/0001-02 00000538-0 | | |
| Sacador/Avalista BELA VISTA | | | SAO PAULO SP | | Código de Baixa |

Autenticação Mecânica- **Ficha de compensação**



CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...

Luciana Souza

Para: Beatriz Pereira
Assunto: RES: Cotação de Locação de veículo - Goiânia ou Trindade - GO

De: Beatriz Pereira [mailto:beatriz@augustus.com.br]
Enviada em: quinta-feira, 12 de setembro de 2019 11:47
Para: Luciana Souza <financeiro@imed.org.br>
Assunto: Re: Cotação de Locação de veículo - Goiânia ou Trindade - GO

Oi Luciana,

Foi falha minha que não ajustei as tarifas das km.

Segue correto, me desculpe.

Opção 01

Carro 1.4/1.6 com ar e direção – 3mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1697,14

Opção 02

Carro 1.4/1.6 com ar e direção – 4mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1747,20

Opção 03

Carro 1.0 com ar e direção – 5mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1664,21

Carro 1.4/1.6 com ar e direção – 5mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1897,06

Obrigada !



From: Luciana Souza
Sent: Wednesday, September 11, 2019 9:41 AM
To: 'Beatriz Pereira'
Subject: Cotação de Locação de veículo - Goiânia ou Trindade - GO

Beatriz bom dia,

Conforme conversado, favor realizar a cotação de um veículo básico em Goiânia ou Trindade, estado de Goiás.

Data de retirada: 16/09/2019. Período de 30 dias.



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: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA
CNPJ: 43.062.389/0001-02

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>>.

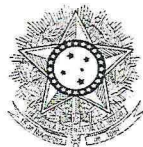
Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 12:22:32 do dia 21/10/2019 <hora e data de Brasília>.

Válida até 18/04/2020.

Código de controle da certidão: **42D6.C478.51AE.2E1F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 43.062.389/0001-02

Certidão n°: 192504855/2019

Expedição: 18/12/2019, às 13:06:26

Validade: 14/06/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **43.062.389/0001-02**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei n° 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa n° 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

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 ou Comissão de Conciliação Prévia.



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO
FAZENDA**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Certidão Conjunta de Débitos de Tributos Mobiliários

Certidão Número: 0240409 - 2020

CPF/CNPJ Raiz: 43.062.389/

Contribuinte: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA - EPP.

Liberação: 16/03/2020

Validade: 14/06/2020

Tributos Abrangidos: Imposto Sobre Serviços - ISS
Taxa de Fiscalização de Localização Instalação e Funcionamento
Taxa de Fiscalização de Anúncio - TFA
Taxa de Fiscalização de Estabelecimento - TFE
Taxa de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - TRSS (incidência a partir de Jan/2011)
Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis - ITBI

Unidades Tributárias:

CCM 8.535.324-8- Início atv :27/02/1980 (AV SAO LUIS, 00050 - CEP: 01046-000)

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo que vierem a ser apuradas ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação ao período contido neste documento, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal da Fazenda e a inscrições em Dívida Ativa Municipal, junto à Procuradoria Geral do Município é certificado que a Situação Fiscal do Contribuinte supra, referente aos créditos tributários inscritos e não inscritos na Dívida Ativa abrangidos por esta certidão, até a presente data é: **REGULAR.**

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/fazenda/>.
Qualquer rasura invalidará este documento.

Certidão expedida com base na Portaria Conjunta SF/PGM nº 4, de 12 de abril de 2017, Instrução Normativa SF/SUREM nº 3, de 6 de abril de 2015, Decreto 50.691, de 29 de junho de 2009, Decreto 51.714, de 13 de agosto de 2010 e Portaria SF nº 268, de 11 de outubro de 2019.

Certidão emitida às 15:23:42 horas do dia 16/03/2020 (hora e data de Brasília).

Código de Autenticidade: 90B7DABB

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal da Fazenda <http://www.prefeitura.sp.gov.br/sf>



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

Certidão Negativa de Débitos Tributários da Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ Base: 43.062.389

Ressalvado o direito de a Fazenda do Estado de São Paulo cobrar ou inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade da pessoa jurídica/física acima identificada que vierem a ser apuradas, é certificado que:

não constam débitos inscritos em Dívida Ativa de responsabilidade do Interessado(a).

Tratando-se de CRDA emitida para pessoa jurídica, a pesquisa na base de dados é feita por meio do CNPJ Base, de modo que a certidão negativa abrange todos os estabelecimentos do contribuinte, cuja raiz do CNPJ seja aquela acima informada.

Certidão nº 25395764

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 16/03/2020 15:24:18

(hora de Brasília)

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

Certidão emitida nos termos da Resolução Conjunta SF-PGE nº 2, de 9 de maio de 2013.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio

<http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br>



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

Certidão Negativa de Débitos Tributários da Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ Base: 43.062.389

Ressalvado o direito de a Fazenda do Estado de São Paulo cobrar ou inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade da pessoa jurídica/física acima identificada que vierem a ser apuradas, é certificado que:

não constam débitos inscritos em Dívida Ativa de responsabilidade do Interessado(a).

Tratando-se de CRDA emitida para pessoa jurídica, a pesquisa na base de dados é feita por meio do CNPJ Base, de modo que a certidão negativa abrange todos os estabelecimentos do contribuinte, cuja raiz do CNPJ seja aquela acima informada.

Certidão nº 25395764

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 16/03/2020 15:24:18

(hora de Brasília)

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

Certidão emitida nos termos da Resolução Conjunta SF-PGE nº 2, de 9 de maio de 2013.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio

<http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br>

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 43.062.389/0001-02

Razão Social: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA

Endereço: AV SAO LUIS 050 24 AND CJTO 241-A / CENTRO / SAO PAULO / SP /
01046-000

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: 09/03/2020 a 06/07/2020

Certificação Número: 2020030902463007138495

Informação obtida em 25/03/2020 15:27:05

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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0001-02 |
| Nome: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| Conta de débito: | 0238 / 003 / 00005036-8 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 42297.09706 00002.476992 00000.990325 7 82260000166421 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SAFRA S/A |
| Código do Banco: | 422 |
| Código do ISPB: | 58160789 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA |
| Nome/Razão Social: | AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 43.062.389/0001-02 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | AUGUSTUS PASS E TURISMO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 43.062.389/0001-02 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0001-02 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| CPF/CNPJ: | 19.324.171/0001-02 |

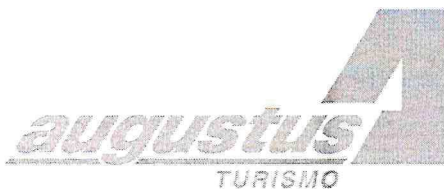
| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 15/04/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 15/04/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.664,21 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.664,21 |
| Valor Pago (R\$): | 1.664,21 |
| Identificação do Pagamento: | FT 131543 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 15/04/2020 10:57:01 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 006290273 |
| Chave de segurança: | W6VJ55Y0G5KRRSTJ |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

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


FT00131543 - Página 2 de 2

Notas de Débito

| Nº Viag | Passageiro | | Tipo | Emissão | Bilhete/NC/OS | Num. OP | Matricula | Saída/Período | Rota/Produto | | | |
|---|----------------|----------------|-----------|-----------------|---------------|---------------|-------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|-------------|-----------------|
| Nota débito | Reserva | Vlr.Original | Câmbio | Valor | Extras | Taxas | Tx.Emb. | Tx.Serviço | Out.Rec. | Desconto | Total | |
| Nº Pedido | Fornecedor | | C. Custos | | Retirada | Devolução | Nº Confirm. | Solicitante | | Tipo de Pagamento | | |
| Observação | | | | | | | | | | | | |
| Fornecedor: MOVIDA GOIANIA C.N.P.J.: 07.976.147/0024-57 | | | | | | | | | | | | |
| | PADUA/GETRO | | | 26/03/2020 | VC00346350 | | | 13/02/2020 até 14/03/2020 | | Veículo: CC - Compacto | | |
| ND00532074 | 00665262 | 1.035,90 [R\$] | 1,000000 | 1.035,90 | 0,00 | 628,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.664,21 | |
| 3636463 | MOVIDA GOIANIA | | | | Goiania | Goiania | | MV5MRCF3 NBR | LUCIANA FERNANDES DE SOUZA | | | |
| Qtde. Diárias: 30 * Valor Diária: 34,53 = Total Diárias: R\$1035,90 Autorizador: Beatriz Pereira | | | | | | | | | | | | |
| Fornecedor: MOVIDA GOIANIA C.N.P.J.: 07.976.147/0024-57 | | | | 1.035,90 | 0,00 | 628,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.664,21 |
| Total Notas de Débito | | | | 1.035,90 | 0,00 | 628,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.664,21 |

Total da Fatura 1.664,21

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


Francisco Almeida
Gerente Administrativo

Carimbo e assinatura

Contrato Nº 037/2019 - SES/IMED-HUTRIN



AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA

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

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

FT00131543 - Página 1 de 2

| | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Nº Fatura Duplicata FT00131543 | Valor Fatura/ Duplicata [R\$] 1.664,21 | Data de Emissão 01/04/2020 | Data de Vencimento 15/04/2020 | Para uso da Inst. Financeira |
| Encargos p/dia de R\$ 3.33 após 15/04/2020 Multa de R\$ 33.28 após 16/04/2020 | | | | |
| Pagador: 005528 - IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO A/C.: LUCIANA FERNANDES DE SOUZA | | | | |
| Endereço: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 | | | | |
| Bairro: BELA VISTA | Cidade: SAO PAULO | SÃO PAULO | 01332-000 | |
| Fones(s): (11)31411128 | Fax: (11) | | | |
| Cobrança: RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 | | | | |
| Bairro: BELA VISTA | Cidade: SAO PAULO | SÃO PAULO | 01332-000 | |
| CNPJ: 19.324.171/0001-02 | Inscrição: | | | |
| Praça de pagamento: SAO PAULO - BARRA FU | | | | Impresso em 01/04/2020 11:35:18 |
| Valor por extenso | Um Mil e Seiscentos e Sessenta e Quatro Reais e Vinte e Um centavos***** | | | |
| RECONHECEMOS A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS TURÍSTICOS NA IMPORTÂNCIA ACIMA QUE PAGAREMOS A AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA, OU A SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTOS INDICADOS. | | | | |
| Aceite: | | | Data: / / | |

Recibo do Pagador

| | | | | | |
|----------------------------|-------------|---------------|-------------|--------------------|---|
| Nosso Número 00000990-3 | Espécie R\$ | Carteira 1 | Aceite N | Espécie Doc. DM | Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9 |
|----------------------------|-------------|---------------|-------------|--------------------|---|

Autenticação Mecânica



Banco Safra S.A.

422-7

42297.09706 00002.476992 00000.990325 7 82260000166421

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|--|---|
| Local do Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSAÇÃO | | | | Vencimento 15/04/2020 | |
| Beneficiário AUGUSTUS PASS. E TURISMO LTDA Av. São Luiz, 50 - 14 Andar - Cj. 142, São Paulo - XX, 01085-900 - 43.062.389/0001-02 | | | | Agência/Código Beneficiário 09700/00024769-9 | |
| Data do Documento 01/04/2020 | Num. do Documento FT00131543 | Espécie Docto. DM | Aceite N | Data do 01/04/2020 | Nosso Número 00000990-3 |
| Uso do Banco | Carteira 1 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do documento 1.664,21 |
| Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto/Abatimento |
| Encargos p/dia de R\$ 3.33 após 15/04/2020 Após 16/04/2020 cobrar multa de R\$ 33.28 | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador IMED INST DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO RUA ITAPEVA, 202 - CJ 34 01332000 | | | Código de Baixa 19.324.171/0001-02 00000990-3 | | |
| Secador/Avalista | | BELA VISTA | | SAO PAULO SP | |

Autenticação Mecânica-

Ficha de compensação



CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA...

Luciana Souza

Para: Beatriz Pereira
Assunto: RES: Cotação de Locação de veículo - Goiânia ou Trindade - GO

De: Beatriz Pereira [mailto:beatriz@augustus.com.br]
Enviada em: quinta-feira, 12 de setembro de 2019 11:47
Para: Luciana Souza <financeiro@imed.org.br>
Assunto: Re: Cotação de Locação de veículo - Goiânia ou Trindade - GO

Oi Luciana,

Foi falha minha que não ajustei as tarifas das km.

Segue correto, me desculpe.

Opção 01

Carro 1.4/1.6 com ar e direção – 3mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1697,14

Opção 02

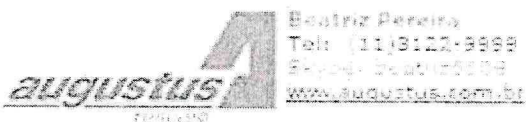
Carro 1.4/1.6 com ar e direção – 4mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1747,20

Opção 03

Carro 1.0 com ar e direção – 5mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1664,21

Carro 1.4/1.6 com ar e direção – 5mil km por mês, caso ultrapasse é cobrado km extra.
Valor – R\$ 1897,06

Obrigada !



From: Luciana Souza
Sent: Wednesday, September 11, 2019 9:41 AM
To: 'Beatriz Pereira'
Subject: Cotação de Locação de veículo - Goiânia ou Trindade - GO

Beatriz bom dia,

Conforme conversado, favor realizar a cotação de um veículo básico em Goiânia ou Trindade, estado de Goiás.

Data de retirada: 16/09/2019. Período de 30 dias.



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: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA
CNPJ: 43.062.389/0001-02

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 12:22:32 do dia 21/10/2019 <hora e data de Brasília>.

Válida até 18/04/2020.

Código de controle da certidão: **42D6.C478.51AE.2E1F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

FAZENDA

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Certidão Conjunta de Débitos de Tributos Mobiliários

Certidão Número: 0240409 - 2020

CPF/CNPJ Raiz: 43.062.389/

Contribuinte: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA - EPP.

Liberação: 16/03/2020

Validade: 14/06/2020

Tributos Abrangidos: Imposto Sobre Serviços - ISS
Taxa de Fiscalização de Localização Instalação e Funcionamento
Taxa de Fiscalização de Anúncio - TFA
Taxa de Fiscalização de Estabelecimento - TFE
Taxa de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - TRSS (incidência a partir de Jan/2011)
Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis - ITBI

Unidades Tributárias:

CCM 8.535.324-8- Início atv :27/02/1980 (AV SAO LUIS, 00050 - CEP: 01046-000)

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo que vierem a ser apuradas ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação ao período contido neste documento, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal da Fazenda e a inscrições em Dívida Ativa Municipal, junto à Procuradoria Geral do Município é certificado que a Situação Fiscal do Contribuinte supra, referente aos créditos tributários inscritos e não inscritos na Dívida Ativa abrangidos por esta certidão, até a presente data é: **REGULAR.**

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/fazenda/>.
Qualquer rasura invalidará este documento.

Certidão expedida com base na Portaria Conjunta SF/PGM nº 4, de 12 de abril de 2017, Instrução Normativa SF/SUREM nº 3, de 6 de abril de 2015, Decreto 50.691, de 29 de junho de 2009, Decreto 51.714, de 13 de agosto de 2010 e Portaria SF nº 268, de 11 de outubro de 2019.

Certidão emitida às 15:23:42 horas do dia 16/03/2020 (hora e data de Brasília).

Código de Autenticidade: 90B7DABB

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal da Fazenda <http://www.prefeitura.sp.gov.br/sf>

[Voltar](#)

[Imprimir](#)



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 43.062.389/0001-02

Razão Social: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA

Endereço: AV SAO LUIS 050 24 AND CJTO 241-A / CENTRO / SAO PAULO / SP /
01046-000

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: 09/03/2020 a 07/04/2020

Certificação Número: 2020030902463007138495

Informação obtida em 16/03/2020 15:22:27

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 DE
SÃO PAULO
FAZENDA**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Certidão Conjunta de Débitos de Tributos Mobiliários

Certidão Número: 0240409 - 2020

CPF/CNPJ Raiz: 43.062.389/

Contribuinte: AUGUSTUS PASSAGENS E TURISMO LTDA - EPP.

Liberação: 16/03/2020

Validade: 14/06/2020

Tributos Abrangidos: Imposto Sobre Serviços - ISS
Taxa de Fiscalização de Localização Instalação e Funcionamento
Taxa de Fiscalização de Anúncio - TFA
Taxa de Fiscalização de Estabelecimento - TFE
Taxa de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - TRSS (incidência a partir de Jan/2011)
Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis - ITBI

Unidades Tributárias:

CCM 8.535.324-8- Início atv :27/02/1980 (AV SAO LUIS, 00050 - CEP: 01046-000)

Ressalvado o direito de a Fazenda Municipal cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo que vierem a ser apuradas ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação ao período contido neste documento, relativas a tributos administrados pela Secretaria Municipal da Fazenda e a inscrições em Dívida Ativa Municipal, junto à Procuradoria Geral do Município é certificado que a Situação Fiscal do Contribuinte supra, referente aos créditos tributários inscritos e não inscritos na Dívida Ativa abrangidos por esta certidão, até a presente data é: **REGULAR.**

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/fazenda/>.
Qualquer rasura invalidará este documento.

Certidão expedida com base na Portaria Conjunta SF/PGM nº 4, de 12 de abril de 2017, Instrução Normativa SF/SUREM nº 3, de 6 de abril de 2015, Decreto 50.691, de 29 de junho de 2009, Decreto 51.714, de 13 de agosto de 2010 e Portaria SF nº 268, de 11 de outubro de 2019.

Certidão emitida às 15:23:42 horas do dia 16/03/2020 (hora e data de Brasília).

Código de Autenticidade: 90B7DABB

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal da Fazenda <http://www.prefeitura.sp.gov.br/sf>



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

Certidão Negativa de Débitos Tributários da Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ Base: 43.062.389

Ressalvado o direito de a Fazenda do Estado de São Paulo cobrar ou inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade da pessoa jurídica/física acima identificada que vierem a ser apuradas, é certificado que:

não constam débitos inscritos em Dívida Ativa de responsabilidade do Interessado(a).

Tratando-se de CRDA emitida para pessoa jurídica, a pesquisa na base de dados é feita por meio do CNPJ Base, de modo que a certidão negativa abrange todos os estabelecimentos do contribuinte, cuja raiz do CNPJ seja aquela acima informada.

Certidão nº 25395764

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 16/03/2020 15:24:18

(hora de Brasília)

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

Certidão emitida nos termos da Resolução Conjunta SF-PGE nº 2, de 9 de maio de 2013.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio

<http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br>



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

| | |
|-------------------------|------------------------------|
| Nome: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| Conta de débito: | 0238 / 003 . 00005036-8 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 836400000029 | 038300090297 | 685134042009 | 003608907683 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Empresa: | CELG CENT ELET GOIAS |
| Valor: | 203,83 |
| Identificação da operação: | ENERGIA ESCRITORIO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 17/04/2020 |
| Data/hora da operação: | 17/04/2020 10:52:27 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131166 |
| Chave de segurança: | PMWPUFVUXSFJ0AXW |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



Comp. Distribuição S.A.
Rua 7 de A 37 505 Jardim Goiás (DEP 24.908 100) Goiânia-GO
CNPJ: 01.542.932/0001-6411 E 100.549.450
www.enel.com.br
NOTA FISCAL/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados do Cliente/Unidade Consumidora

Nº DA INSTALAÇÃO 40269012 Nº DO CLIENTE 109310380

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUD...

CPF/CNPJ: 19.324.171/0004-47
RUA 3, Q. 4, L. 10, S/N
JARDIM PRIMAVERA
CEP: 75380000 TRINDADE GO BRASIL

Classificação da Unidade Consumidora

Grupo B Subgrupo B1 Classe RESIDENCIAL

Subclasse
RESIDENCIAL NORMAL

Tipo de fornecimento MONOFÁSICO Modalidade Tarifária CONVENCIONAL

Dados da Conta

VENCIMENTO 17/04/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) R\$*****203,83

CONTA REFERENTE A ABR/2020

Dados de Medição

Nº do medidor 1066685-1
Leitura anterior 18503 04/03/2020
Leitura atual 18725 02/04/2020
Proxima leitura 05/05/2020
Fator multiplicador 1
Consumo do mes (kWh) 222
Numero de dias 29 DIAS

Histórico de Faturamento

| Mês/Ano | kWh Dias |
|---------|---------------|
| MÉDIA | 21,25 |
| ABR/19 | |
| MAR/19 | |
| JUN/19 | |
| JUL/19 | |
| AGO/19 | |
| SET/19 | |
| OUT/19 | |
| NOV/19 | |
| DEZ/19 | |
| JAN/20 | |
| FEV/20 | |
| MAR/20 | LIG 184,00 |
| ABR/20 | LIG 222,00 29 |

Reservado ao Fisco

| Data de emissão | Nº Nota fiscal | Série | Base de calculo | Aliquota | ICMS |
|-----------------|----------------|-------|-----------------|----------|-------|
| 02/04/2020 | 183284 | 4 | 178,91 | 29% | 51,88 |

3818.A4FF.058C.56CF.0D37.0DA5.9D64.E362

Descrição de Faturamento ▶ Bandeira(s) Tarifária(s) aplicada(s) no mês VERDE - MAIS INFORMAÇÕES EM WWW.ANEEL.GOV.BR

| | QUANTIDADE | TARIFA | VALOR |
|---|------------|--------|---------------|
| MULTA - 02/2020 | | | R\$*****2,86 |
| CONTRIB. ILUMINAÇÃO PÚBLICA - MUNICIPAL | | | R\$*****21,76 |

| | QUANTIDADE | TARIFA | VALOR |
|-------------------------------|------------|----------|--------------|
| JUROS MORATÓRIA | | | R\$*****0,28 |
| CONSUMO KWH + ICMS/PIS/COFINS | 222,00 | 0,805910 | R\$***178,91 |

TOTAL A PAGAR R\$*****203,83

| TRIBUTOS | | | |
|-----------|----------|-----------------|-------|
| IMPOSTO | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR |
| ICMS | 29% | 178,91 | 51,88 |
| PIS/PASEP | 0,8526% | 178,91 | 1,52 |
| COFINS | 3,9269% | 178,91 | 7,02 |

Mensagens

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 02/2020. EUSD = R\$ 0,16000
VEJA DICAS DE ECONOMIA E SIMULE O CONSUMO DOS SEUS ELETRDOMESTICOS EM NOSSO SITE WWW.ANEEL.COM.BR

Notificação/Reaviso de Contas Vencidas

Cadastre sua conta em débito automático. Utilize este código: 0360890768

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

06/04/2020

[Assinatura]

Carimbo e assinatura
Gerente Administrativo
Contrato N° 057/2019 - SES/IMED HUTRIN
IMED HUTRIN



| Nº da Conta | Data da Emissão | Conta Referente a |
|--|-----------------|---------------------|
| 109310380 | 02/04/2020 | ABR/2020 |
| Nº da Instalação | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
| 40269012 | 17/04/2020 | R\$*****203,83 |
| Nome do Cliente IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUD... | | |
| Mensagem: | | |
| Autenticação Médica: | | |



83640000029 038300090297 685134042009 003608907683



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Emitente: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| Conta origem: | 0238 / 003 / 00005036-8 |
| Conta destino: | 3639 / 013 / 00010412-9 |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Nome destinatário: | LAZARA DE JESUS SILVA |
| Valor: | R\$ 1.100,00 |
| Identificação da operação: | LOCACAO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 27/04/2020 |
| Data/hora da operação: | 27/04/2020 15:10:04 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38038129 |
| Chave de segurança: | 3A5HNS2EGCUJ8SZV |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



IMED

INSTITUTO DE
MEDICINA,
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO
COM RESPEITO

JUSTIFICATIVA DE CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE SERVICOS

1. DO PREÂMBULO:

- 1.1. O **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, associação civil sem fins lucrativos de apoio à gestão de saúde, qualificado pelo Decreto Estadual nº 8.150, de 23 de abril de 2014, como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, lavra o presente Termo de Justificativa de Contratação Emergencial de Serviços, diante das condições e do fundamento expressos neste Termo.
- 1.2. Os serviços objeto do presente Termo serão contratados para fins de atender as demandas e necessidades oriundas do Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera – Trindade/GO, CEP: 75380-000.
- 1.3. Os serviços que ora se pretende contratar visam dar continuidade, direta ou indiretamente, aos atendimentos prestados na Unidade de Saúde para população.
- 1.4. Integra o presente Termo de Justificativa, como se nele estivesse transcrito, o seguinte anexo:
 - a) Proposta Técnica e Comercial do Contratado ou Contrato de Prestação de Serviços anterior, em caso de serviço vigente.

2. DO FUNDAMENTO:

- 2.1. O presente Termo de Dispensa encontra fundamentação no art. 37, inciso III do Regulamento de Compras e de Contratação de Obras, Serviços e Recursos Humanos com Plano de Cargos, Salários e Benefícios do “Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN” (o “Regulamento”): *“Nas contratações realizadas em caráter urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas e/ou bens móveis, ou mesmo quando necessárias para que a assunção dos serviços constantes no Contrato de Gestão seja realizada com integralidade, eficiência e dentro das ordens técnicas e legais (como, por exemplo, serviços médicos e outros profissionais da área da saúde, vigilância e portaria, diagnóstico por imagem, laboratoriais, coleta de resíduos hospitalares, remoção, contábeis, financeiros, operacionais, jurídicos, treinamento, implantação, dentre outros)”*

3. DAS JUSTIFICATIVAS:

- 3.1. **JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:** O **IMED** sagrou-se vencedor do Chamamento Público nº 003/2019 – SES/GO (Processo Administrativo nº 201900010008727) relacionado ao gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera – Trindade/GO, CEP: 75380 - 000, em regime de 24 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses.

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
Rua Itapeva, 202 | Conjunto 34, Bela Vista, São Paulo/SP
CNPJ: 19.324.171/0001-02 – Telefone/Fax: (11) 3141-1128
www.imed.org.br – projetos@imed.org.br

Contudo, considerando que o aludido resultado foi disponibilizado no último dia 15 de agosto de 2019 e que o prazo de vigência do contrato de emergência firmado com a atual gestora da Unidade de Saúde (Instituto CEM) vence já no próximo dia 24 de agosto de 2019 (ou seja, menos de dez dias após a divulgação do resultado), não havendo tempo suficiente para contratações pelo procedimento padrão previsto no Regulamento, torna-se imprescindível, assim, dar continuidade aos serviços necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde.

- 3.2. **RAZÃO DA ESCOLHA DOS PRESTADORES:** As empresas foram escolhidas porque são os atuais prestadores dos serviços ora contratados na unidade de saúde, ou porque são do ramo pertinente e se dispuseram em atender a solicitação e demanda das atividades pertinentes, de forma emergencial.
- 3.3. **JUSTIFICATIVA DE PREÇO:** Os preços contratados são os mesmos anteriormente praticados pelos prestadores junto aos contratos firmados com o Instituto CEM, ou encontram-se de acordo com os valores praticados no mercado, observada a capacidade instalada e serviços executados na unidade de saúde gerida.

4. DO OBJETO:

- 4.1. Constitui-se como objeto do presente Termo, a **CONTRATAÇÃO EMERGÊNCIAL DOS SERVIÇOS NECESSÁRIOS AO PLENO E EFETIVO FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE-GO (HUTRIN).**

5. PRAZO DE EXECUÇÃO E REAJUSTE:

- 5.1. Os contratos de prestação de serviços terão vigência de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogados por mais 30 (trinta) dias, nos termos que serão dispostos nas respectivas minutas contatuais.
- 5.2. Fica estabelecido que os valores dos contratos não sofrerão reajustes durante o período de suas respectivas vigências e que serão considerados automaticamente rescindidos quando da conclusão do processo de contratação ou do seu encerramento sem a renovação correspondente.

6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

- 6.1. As despesas decorrentes das contratações correrão por conta da dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão nº 037/2019 - SES/GO.

7. DO FORO:



IMED

INSTITUTO DE
MEDICINA,
ESTUDOS E
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO
COM RESPEITO

- 7.1. O foro competente para dirimir possíveis dúvidas, após se esgotarem todas as tentativas de composição amigável, e/ou litígios pertinentes ao objeto do presente Termo de Justificativa, independente de outro que por mais privilegiado seja, será o da Comarca de Goiânia-GO.

8. DA DELIBERAÇÃO:

- 8.1. Nada mais havendo a tratar, e tendo em vista todas as condições apresentadas retro, encerra-se o presente Termo de Justificativa, sendo ratificado e assinado, na forma de aceite, pelo responsável da unidade de saúde e pela autoridade superior do setor financeiro do IMED, para que produzam seus efeitos legais.

Trindade/GO, 25 de agosto de 2019.

Luciana Fernandes de Souza
Setor Financeiro

Getro de Oliveira Pádua
Responsável da Unidade de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro, a pedido do Imed – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento, que, no que diz respeito ao imóvel de minha propriedade localizado em Trindade, Estado de Goiás, à Rua 3, Jardim Primavera, Q 4, L 10, **não assinei o distrato que me foi entregue pelo inquilino anterior do imóvel, Instituto Cem, porque tal inquilino ainda deve uma prestação de aluguel.**

De todo modo, o mesmo imóvel já foi alugado ao Imed e considero encerrado contrato de locação com o Instituto Cem – que, aliás, já deixou o imóvel, inclusive com a entrega das chaves. Declaro, ainda, que não abrirei mão do pagamento faltante, pois ele é devido.

Trindade, 30 de agosto de 2.019.

LÁZARA DE JESUS SILVA.

Lázara de Jesus Silva

CPF 437.828.921-00, RG 1.757.578

João Carlos do S. M.

RECEBIDO HO SE, 01/10/2019

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

Suzana

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 2.019.

LÁZARA DE JESUS SILVA



IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

Testemunhas:

1 – Nome



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

| | |
|-------------------------|------------------------------|
| Nome: | IMED - INST DE MED EST E DES |
| Conta de débito: | 0238 / 003 . 00005036-8 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 826700000019 | 091313796400 | 416369691421 | 419300000009 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Empresa: | BRK AMBIENTAL - GOIA |
| Valor: | 109,13 |
| Identificação da operação: | SANEAGO ABRIL |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 27/04/2020 |
| Data/hora da operação: | 27/04/2020 14:48:58 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00633430 |
| Chave de segurança: | 3HXAW02Q9WN30PGN |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



SANEAGO

SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.
FATURA DE ÁGUA/ESGOTOS/SERVIÇOS
CNPJ : 01.616.929/0001-02 INSC. EST: 10.013.357-6
AV. FUED JOSÉ SEBBA, 1245 - JARDIM GOIÁS
CEP : 74805-100 GOIÂNIA - GOIÁS

SEGUNDA VIA DE DÉBITOS

82670000001-9 09131379640-0
41636969142-1 41930000000-9
DOCUMENTO Nº: 4041636969

PROPRIETÁRIO: LAZARA DE JESUS SILVA
USUÁRIO/TITULAR: IMED- INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESDESENVOLVIMENTO
ENDEREÇO: RUA 3 Qd. 4 Lt. 10
BAIRRO: JARDIM PRIMAVERA
CIDADE: TRINDADE
CEP: 75380000
EMIÇÃO DESTE: 20/04/2020 10:26
REFERÊNCIA: Abril/2020

CONTA Nº: 1424193-5
CODIFICAÇÃO: 101.67.04.1960
HIDRÔMETRO: Y16S546814
GERAÇÃO DOC. ORIGINAL:
DOCUMENTO ORIGINAL: 2111891893
VENCIMENTO: 26/04/2020

| Descrição | Valor |
|--|---------------|
| VISITA TECNICA TITULARIDADE - PARTICULAR | 14,13 |
| TARIFA MINIMA COMERCIAL | 95,00 |
| VALOR TOTAL (R\$) | 109,13 |

O tipo de consumo faturado foi: Mímo - Volume faturado para uso fonte alternativa de abastecimento.

| Hidrômetro (s) | Número | Leitura (s) | | | Consumo (s) | | |
|----------------|------------|-------------|----------|------------|-------------|-------|----------|
| | | Atual | Anterior | Próxima | Faturado | Médio | Estimado |
| ÁGUA FRIA | Y16S546814 | 291 | 288 | 11/05/2020 | 10 | 5 | 5 |

Histórico de Consumo :

| Hidrômetro/Mês: | Outubro/2019 | Novembro/2019 | Dezembro/2019 | Janeiro/2020 | Fevereiro/2020 | Março/2020 |
|-----------------|--------------|---------------|---------------|--------------|----------------|------------|
| Y16S546814 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |

CATEGORIA / ECONOMIA / PESO
COMERCIAL/1/100

MENSAGEM

VALORES ACIMA SÃO HISTÓRICOS, MULTA E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA SERÃO LANÇADAS NA PRÓXIMA FATURA

SANEAGO S.A.

INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR:
Decreto Federal nº 5.440/2005 - QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA
CAPTAÇÃO:

ATENDIMENTO AO CLIENTE:

0800 645 0115

| PARÂMETROS | Cloro | Flúor | Turbidez | Cor | pH | Coliformes Totais | Coliformes Termotolerantes |
|------------------|-------|-------|----------|-----|----|-------------------|----------------------------|
| Previsto | 20 | 0 | 20 | 5 | 0 | 20 | 20 |
| Realizado | 18 | 9 | 18 | 7 | 11 | 18 | 18 |
| Dentro do Padrão | 18 | 9 | 18 | 7 | 11 | 18 | 18 |

Previsto - número de amostras recomendado pela Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde
Realizado - número de amostras analisadas pela SANEAGO
Fora - número de amostras fora dos padrões estabelecidos pela Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde

Lei Federal nº 12.741/2012 - TRIBUTOS INCIDENTES NA FORMAÇÃO DE PREÇO AO CONSUMIDOR

| Serviços | Base de Cálculo (R\$) | Tributos | |
|----------|-----------------------|-------------|----------------|
| | | PIS = 1,65% | COFINS = 7,60% |
| Água | 109,13 | 1,80 | 8,29 |
| Esgoto | | | |

CANAIS DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

Agência de Atendimento
Agência Virtual no site www.saneago.com.br
Ligue SANEAGO 0800 645 0115 - Atenção: Ao ligar, recomendamos utilizar telefone fixo ou público
Ouvidoria SANEAGO 0800 645 0117
Ouvidoria AGR 0800 704 3200 - www.agr.go.gov.br

SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.
FATURA DE ÁGUA/ESGOTOS/SERVIÇOS
CIDADE: TRINDADE
BAIRRO: JARDIM PRIMAVERA
CONTA Nº: 1424193-5
SUB SÉRIE: A

SEGUNDA VIA DE DÉBITOS
DOCUMENTO Nº: 4041636969

REFERÊNCIA: Abril/2020
VENCIMENTO: 26/04/2020
VALOR TOTAL (R\$): 109,13
VIA - SANEAGO

82670000001-9 09131379640-0 41636969142-1 41930000000-9



Atenção que os produtos/serviços constantes neste documento foram Entregues/Realizados nesta data.
Carimbo Assinatura
Carimbo Administrativo
Carimbo Assinatura
Carimbo Administrativo
Carimbo Assinatura
Carimbo Administrativo