

HOSPITAL REGIONAL DO MARAJÓ

VOLUME ÚNICO

| | |
|-----------|---|
| 11 | Planilha conforme anexo II e Planilha mensal de Contratos de Prestação de Serviços e Termos Aditivos |
|-----------|---|

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:39

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 131
Conta 130028009
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 101.910,95 (Cento e Um Mil e Novecentos e Dez Reais e Noventa e Cinco Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 1- CLINICA MEDICA ESPECIALIZADA DE BREVES LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059027746470000

Medição: 003572

Pedido: 025980 07/02



DANFSe v1.0 Documento Auxiliar da NFS-e



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREVES (91)98484-1456 prefeituramunicipalbreves21@gmail.com

Chave de Acesso da NFS-e 150180822410041500001500000000000126017964673539

Número da NFS-e 1 Competência da NFS-e 30/01/2026

Número da DPS 1 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e 30/01/2026 13:09:36

Data e Hora da emissão da DPS 30/01/2026 13:09:36



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF 41.004.150/0001-50

Nome / Nome Empresarial CLINICA MEDICA ESPECIALIZADA DE BREVES LTDA

Endereço ALAMEDA DARCY CONCEIÇÃO, 17, CENTRO

Simples Nacional na Data de Competência Não optante

Inscrição Municipal 2025352

E-mail contato@consultecauditoria.com.br

Município Breves - PA

Regime de Apuração Tributária pelo SN

Telefone (18) 98119-6986

CEP 68800-000

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF 23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal

E-mail

Município Breves - PA

Telefone

CEP 68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 04.01.01 - Medicina.

Código de Tributação Municipal

Local da Prestação Breves - PA

País da Prestação

Descrição do Serviço

Serviços Medico na especialidade de cirurgia geral plantão 06 horas, sendo 31 plantões em 01/2026 com valor unitário de R\$ 1.850,00 totalizando R\$ 57.350,00.

Serviços Medico na especialidade de cirurgia geral sobreaviso, sendo 31 plantões em 01/2026 com valor unitário de R\$ 1.850,00 totalizando R\$ 57.350,00.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço

Município de Incidência do ISSQN Breves - PA

Regime Especial de Tributação Nenhum

Tipo de Imunidade

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não

Número Processo Suspensão

Benefício Municipal

Valor do Serviço R\$ 114.700,00

Desconto Incondicionado

Total Deduções/Reduções

Cálculo do BM

BC ISSQN R\$ 114.700,00

Alíquota Aplicada 5,00%

Retenção do ISSQN Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado R\$ 5.735,00

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF R\$ 1.720,50

CP Retido

PIS/COFINS/CSLL Retidos R\$ 1.147,00

PIS Devido R\$ 745,55

COFINS Devido R\$ 3.441,00

Retenção do PIS/COFINS/CSLL Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL R\$ 7054,05

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 114.700,00

Desconto Condicionado R\$

Desconto Incondicionado R\$

ISSQN Retido R\$ 5.735,00

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL R\$ 2.867,50

PIS/COFINS Devidos R\$ 4.186,55

Valor Líquido da NFS-e R\$ 101.910,95

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais 0,00 %

Estaduais 0,00 %

Municipais 0,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 123012200

Stamp with fields: INSS, PCC: R\$ 5.333,55, IR: R\$ 1.720,50, ISS: R\$ 5.735,00, Valor Líquido: R\$ 101.910,95

LANÇADO Setor Financeiro 30.01.26

Handwritten signature

Stamp from HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ with signature of Marcelo Ferreira, Diretor Técnico - HPRM / INDSH CRM-PA 15310

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:36

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência 1
Conta 777049409
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 26.655,00 (Vinte e Seis Mil e Seiscentos e Cinquenta e Cinco Reais)

Descrição PAGAMENTO NF 01 NF 02 MF SERVIÇOS MEDICOS

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059025843500000



Chave de Acesso da NFS-e
1501808224798506800013000000000000126018705250300

Número da NFS-e 1 Competência da NFS-e 30/01/2026

Número da DPS 1 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e
30/01/2026 09:48:54

Data e Hora da emissão da DPS
30/01/2026 09:48:54



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF
47.985.068/0001-30

Nome / Nome Empresarial
MF SERVICOS MEDICOS E QUALIDADE EM SAUDE LTDA

Endereço
RUA RUA ANTONIO F. DA SILVA, 3431, aeroporto

Simples Nacional na Data de Competência
Não optante

Inscrição Municipal
2026222

E-mail
societario@livedoctorcontabilidade.com.br

Município Breves - PA CEP 68800-000

Regime de Apuração Tributária pelo SN

Telefone
(93) 99147-0930

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal
-

E-mail
-

Município Breves - PA CEP 68800-000

Telefone
-

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
REFERENTE A PRESTAÇÃO SERVIÇOS DE MEDICO DA QUALIDADE PERÍODO 01/01/2026 a 31/01/2026 DADOS BANCÁRIOS BANCO NU PAGAMENTO S.A. INSTITUIÇÃO DE PAGAMENTO. BANCO: 0260 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 77704940-9 MF SERVIÇOS MÉDICOS E QUALIDADE EM SAÚDE LTDA CNPJ 47.985.068/0001-30

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Breves - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 10.000,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
R\$ 10.000,00

Alíquota Aplicada
5,00%

Retenção do ISSQN
Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado
R\$ 500,00

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 150,00

CP Retido
-

PIS/COFINS/CSLL Retidos
R\$ 100,00

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
R\$ 615,00

PIS Devido
R\$ 65,00

COFINS Devido
R\$ 300,00

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
Retido

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 10.000,00

Desconto Condicionado
R\$

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
R\$ 500,00

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 250,00

PIS/COFINS Devidos
R\$ 365,00

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 8.885,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
6,15 %

Estaduais
0,00 %

Municipais
5,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|----------------|--------------|
| NSS: | |
| PCC: | R\$ 465,00 |
| IR: | R\$ 150,00 |
| ISS: | R\$ 500,00 |
| Valor Líquido: | R\$ 8.885,00 |

LANÇADO

Setor Financeiro

30.01.2026

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data: ___/___/___



Chave de Acesso da NFS-e
1501808224798506800013000000000000226011641393071

Número da NFS-e 2 Competência da NFS-e 30/01/2026
Número da DPS 3 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e
30/01/2026 09:53:03
Data e Hora da emissão da DPS
30/01/2026 09:53:03



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF 47.985.068/0001-30

Nome / Nome Empresarial
MF SERVICOS MEDICOS E QUALIDADE EM SAUDE LTDA
Endereço
RUA RUA ANTONIO F. DA SILVA, 3431, aeroporto
Simples Nacional na Data de Competência
Não optante

Inscrição Municipal 2026222 Telefone (93) 99147-0930
E-mail societario@livedoctorcontabilidade.com.br
Município Breves - PA CEP 68800-000
Regime de Apuração Tributária pelo SN -

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF 23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal - Telefone -
E-mail -
Município Breves - PA CEP 68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

| Código de Tributação Nacional | Código de Tributação Municipal | Local da Prestação | País da Prestação |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| 04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos... | - | Breves - PA | - |
| Descrição do Serviço REFERENTE A PRESTAÇÃO SERVIÇOS DE DIRETORIA TÉCNICA PERÍODO 01/01/2026 a 31/01/2026 DADOS BANCÁRIOS BANCO NU PAGAMENTO S.A. INSTITUIÇÃO DE PAGAMENTO. BANCO: 0260 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 77704940-9 MF SERVIÇOS MÉDICOS E QUALIDADE EM SAÚDE LTDA CNPJ 47.985.068/0001-30 | | | |

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

| Tributação do ISSQN | País Resultado da Prestação do Serviço | Município de Incidência do ISSQN | Regime Especial de Tributação |
|---------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|
| Operação Tributável | - | Breves - PA | Nenhum |
| Tipo de Imunidade | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN | Número Processo Suspensão | Benefício Municipal |
| - | Não | - | - |
| Valor do Serviço | Desconto Incondicionado | Total Deduções/Reduções | Cálculo do BM |
| R\$ 20.000,00 | - | - | - |
| BC ISSQN | Alíquota Aplicada | Retenção do ISSQN | ISSQN Apurado |
| R\$ 20.000,00 | 5,00% | Retido pelo Tomador | R\$ 1.000,00 |

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

| IRRF | CP Retido | PIS/COFINS/CSLL Retidos | TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL |
|------------|---------------|-----------------------------|--------------------------|
| R\$ 300,00 | - | R\$ 200,00 | R\$ 1230,00 |
| PIS Devido | COFINS Devido | Retenção do PIS/COFINS/CSLL | |
| R\$ 130,00 | R\$ 600,00 | Retido | |

VALOR TOTAL DA NFS-E

| Valor do Serviço | Desconto Condicionado | Desconto Incondicionado | ISSQN Retido |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| R\$ 20.000,00 | R\$ | R\$ | R\$ 1.000,00 |
| IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL | PIS/COFINS Devidos | | Valor Líquido da NFS-e |
| R\$ 500,00 | R\$ 730,00 | | R\$ 17.770,00 |

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

| Federais | Estaduais | Municipais |
|----------|-----------|------------|
| 6,15 % | 0,00 % | 5,00 % |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|----------------|---------------|
| INSS: | |
| PCC: | R\$ 930,00 |
| IR: | R\$ 300,00 |
| ISS: | R\$ 1.000,00 |
| Valor Líquido: | R\$ 17.770,00 |

LANÇADO
Setor Financeiro
30.03.2026
[Assinatura]

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:39

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 3742
Conta 130110484
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 95.165,27 (Noventa e Cinco Mil e Cento e Sessenta e Cinco Reais e Vinte e Sete Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 1-UTI MARAJO SERVIÇOS MEDICOS

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059027627870000

medicação: 001587

pedido: 025439

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREVES
(91)98484-1456
prefeituramunicipalbreves21@gmail.com

Chave de Acesso da NFS-e
150180822230957620003860000000000126020397302583

Número da NFS-e
1

Competência da NFS-e
02/02/2026

Data e Hora da emissão da NFS-e
02/02/2026 17:58:54

Número da DPS
1

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
02/02/2026 17:58:54



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
CNPJ / CPF / NIF
23.095.762/0003-86

Inscrição Municipal
2025451

Telefone
(16) 99136-2862

Nome / Nome Empresarial
UTI MARAJÓ SERVICOS MEDICO - HOSPITALARES LTDA

E-mail
financeiro2@gestisolucoes.com.br

Endereço
RUA FRANCISCO JOSE DA ROCHA, 1736, RIACHO DOCE

Município
Breves - PA

CEP
68800-000

Simplex Nacional na Data de Competência
Não optante

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO
CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

E-mail
-

Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Município
Breves - PA

CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.03.01 - Hospitais e congêneres.

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Médicos Prestado em Janeiro/2026
Valor do contrato R\$107.107,79

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Breves - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 107.107,79

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
R\$ 107.107,79

Alíquota Aplicada
5,00%

Retenção do ISSQN
Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado
R\$ 5.355,39

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 1.606,62

CP Retido
-

PIS/COFINS/CSLL Retidos
R\$ 1.071,08

PIS Devido
R\$ 696,20

COFINS Devido
R\$ 3.213,23

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
R\$ 6587,13

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 107.107,79

Desconto Condicionado
R\$

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
R\$ 5.355,39

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 2.677,70

PIS/COFINS Devidos
R\$ 3.909,43

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 95.165,27

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
R\$ 0,00

Estaduais
R\$ 0,00

Municipais
R\$ 0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 123012100

INSS:
PCC: R\$ 4.980,51
IR: R\$ 1.606,62
ISS: R\$ 5.355,39
Valor Líquido: R\$ 95.165,27

LANÇADO

Setor Financeiro

03.02.26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data:

Marcello Ferreira
Diretor Técnico - HRP/ INDSH
CRM-PA 15310

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639059923828940000
Data da Operação 06/02/2026 16:41

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência 804
Conta 179643
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 61.098,15 (Sessenta e Um Mil e Noventa e Oito Reais e Quinze Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 2-SILVA E SANTOS SERVIÇOS HOSPITALAR LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 06/02/2026

Autenticação 639059929032333000

medicção: 001541

Pedido: 025066

20102

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



MUNICIPIO DE PARAGOMINAS-PA
SEMAFI
prefeitura@paragominas.tributo@gmail.com

Chave de Acesso da NFS-e
1505502225385213600019600000000000226011276750441

Número da NFS-e
2
Competência da NFS-e
26/01/2026

Número da DPS
3
Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
26/01/2026 17:05:28

Data e Hora da emissão da DPS
26/01/2026 17:05:28



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
CNPJ / CPF / NIF
53.852.136/0001-96

Nome / Nome Empresarial
SILVA E SANTOS SERVICOS HOSPITALAR LTDA

Endereço
DAS AMARILIS, 36, JUPARANA

Simplex Nacional na Data de Competência
Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

Inscrição Municipal
00000000046134

E-mail
SILVAESANTOSSERVICOSHOSPITALAR@GMAIL.COM

Município
Paragominas - PA
CEP
68629-082

Regime de Apuração Tributária pelo SN
Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simplex Nacional

Telefone
(91) 9240-7005

TOMADOR DO SERVIÇO
CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal
-

E-mail
-

Município
Breves - PA
CEP
68800-000

Telefone
-

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.01.01 - Medicina.
Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA PRESTADOS NA COMPETÊNCIA DE JANEIRO 2026.

DADOS DA CONTA:
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A. - BANSICREDI
AGÊNCIA: 0804
CONTA: 17964-3
RAZÃO SOCIAL: SILVA E SANTOS SERVICOS HOSPITALAR LTDA

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável
País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Paragominas - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-
Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 61.098,15
Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-
Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-
CP Retido
-

PIS/COFINS/CSLL Retidos
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

PIS Devido
-
COFINS Devido
-

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 61.098,15
Desconto Condicionado
R\$

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 0,00
PIS/COFINS Devidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 61.098,15

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
-

Estaduais
-

Municipais
-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Handwritten signature and stamp:
ANCIANO
Financeiro
29/01/2026

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Handwritten signature*
Assinatura: *Handwritten signature*
Data: *Handwritten date*
CRM-PA 15316

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:16

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 1577
Conta 130027096
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 355.487,95 (Trezentos e Cinquenta e Cinco Mil e Quatrocentos e Oitenta e Sete Reais e Noventa e Cinco Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 11-12-13-14-15-LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062469616050000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:40



Chave de Acesso da NFS-e
1502400224125287300017900000000001126025854775662

Número da NFS-e 11 Competência da NFS-e 31/01/2026

Número da DPS 31 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e
04/02/2026 09:17:51

Data e Hora da emissão da DPS
04/02/2026 09:17:50



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF
41.252.873/0001-79

Nome / Nome Empresarial
LUMINUS GESTAO EM SAUDE LTDA

Endereço
IPIRANGA, 250, CRISTO REDENTOR

Simples Nacional na Data de Competência
Não optante

Inscrição Municipal -

E-mail -

Município
Castanhal - PA

Regime de Apuração Tributária pelo SN -

Telefone -

CEP
68742-340

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
AVENIDA RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal -

E-mail
contratos.hgt@indsh.org.br

Município
Breves - PA

Telefone
(91) 9841-9037

CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos...

Código de Tributação Municipal -

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação -

Descrição do Serviço

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO: SERVIÇO MÉDICO ESPECIALISTA (MASTOLOGIA) INCLUINDO, CONSULTA, AMBULATÓRIO E BIÓPSIAS PRESTADOS INTEGRALMENTE NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ (HRPM) - (COMPETÊNCIA DE JANEIRO/ 2026).

VALOR TOTAL (R\$): 9.500,00

Dados bancários para depósito:

LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA

CNPJ: 41.252.873/0001-79

PIX: luminusmedical@gmail.com

Banco: SANTANDER (033)

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço -

Município de Incidência do ISSQN
Castanhal - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade -

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão -

Benefício Municipal -

Valor do Serviço
R\$ 9.500,00

Desconto Incondicionado -

Total Deduções/Reduções -

Cálculo do BM -

BC ISSQN
R\$ 9.500,00

Alíquota Aplicada
2,50%

Retenção do ISSQN
Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado
R\$ 237,50

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 142,50

CP Retido -

PIS/COFINS/CSLL Retidos
R\$ 441,75

PIS Devido
R\$ 61,75

COFINS Devido
R\$ 285,00

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
R\$ 931,00

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 9.500,00

Desconto Condicionado
R\$ -

Desconto Incondicionado
R\$ -

ISSQN Retido
R\$ 237,50

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 584,25

PIS/COFINS Devidos
R\$ 346,75

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 8.331,50

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
6,15 %

Estaduais
0,00 %

Municipais
2,50 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NFS-e Subst: 1502400224125287300017900000000001026025111918694 | NBS: 123012200

| | |
|-----------------------------|--|
| ANSS: | |
| PCC: R\$ 441,75 | |
| IR: R\$ 142,50 | |
| ISS: R\$ 475,00 | |
| Valor Líquido: R\$ 8.440,75 | |

LANÇADO
Setor Financeiro
04.02.26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data:

Marcello Ferreira
Diretor Técnico - HRPM/ INDSH
CRM-PA 1.531/0



Chave de Acesso da NFS-e
1502400224125287300017900000000001226022530353125

Número da NFS-e 12 Competência da NFS-e 31/01/2026

Número da DPS 33 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e
04/02/2026 09:26:56

Data e Hora da emissão da DPS
04/02/2026 09:26:56



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF
41.252.873/0001-79

Nome / Nome Empresarial
LUMINUS GESTAO EM SAUDE LTDA

Endereço
IPIRANGA, 250, CRISTO REDENTOR

Simples Nacional na Data de Competência
Não optante

Inscrição Municipal -

E-mail -

Município
Castanhal - PA

Regime de Apuração Tributária pelo SN -

Telefone -

CEP
68742-340

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
AVENIDA RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal -

E-mail
contratos.hgt@indsh.org.br

Município
Breves - PA

Telefone
(91) 9841-9037

CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos...

Código de Tributação Municipal -

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação -

Descrição do Serviço

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO: PLANTÃO MÉDICO NO SERVIÇO DE MÉDICO INTENSIVISTA PARA UTI PEDIÁTRICA E UTI NEONATAL, PRESTADO INTEGRALMENTE NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ (HRPM) - (COMPETÊNCIA DE JANEIRO/ 2026).

QUANTIDADE DE PLANTÕES: 31 PLANTÕES DE 24 HORAS
VALOR UNITÁRIO - PLANTÃO 24 HORAS (R\$): 3.400,00 REAIS

VALOR TOTAL (R\$): 105.400,00 REAIS

Dados bancários para depósito:

LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA
CNPJ: 41.252.873/0001-79

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço -

Município de Incidência do ISSQN
Castanhal - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade -

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão -

Benefício Municipal -

Valor do Serviço
R\$ 105.400,00

Desconto Incondicionado -

Total Deduções/Reduções -

Cálculo do BM -

BC ISSQN
R\$ 105.400,00

Alíquota Aplicada
2,50%

Retenção do ISSQN
Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado
R\$ 2.635,00

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 1.581,00

CP Retido -

PIS/COFINS/CSLL Retidos
R\$ 4.901,10

PIS Devido
R\$ 685,10

COFINS Devido
R\$ 3.162,00

Retenção do PIS/COFINS/CSLL Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
R\$ 10329,20

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 105.400,00

Desconto Condicionado R\$

Desconto Incondicionado R\$

ISSQN Retido
R\$ 2.635,00

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 6.482,10

PIS/COFINS Devidos
R\$ 3.847,10

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 92.435,80

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
6,15 %

Estaduais
0,00 %

Municipais
2,50 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 123012200

| | |
|----------------|---------------|
| INSS: | |
| PCC: | R\$ 4.901,10 |
| IR: | R\$ 1.581,00 |
| ISS: | R\$ 2.635,00 |
| Valor Líquido: | R\$ 92.435,80 |

LANÇADO
Setor Financeiro
04.02.2026

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente

nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor: **Marcelo Ferreira**

Assinatura: **Marcelo Ferreira**

Data: / /

CRM-PA 15310



Chave de Acesso da NFS-e
1502400224125287300017900000000001426024372810311

Número da NFS-e
14

Número da DPS
37

Competência da NFS-e
31/01/2026

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
04/02/2026 09:33:18

Data e Hora da emissão da DPS
04/02/2026 09:33:18



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
41.252.873/0001-79

Nome / Nome Empresarial
LUMINUS GESTAO EM SAUDE LTDA

Endereço
IPIRANGA, 250, CRISTO REDENTOR

Simples Nacional na Data de Competência
Não optante

Inscrição Municipal
-

E-mail
-

Município
Castanhal - PA

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

Telefone
-

CEP
68742-340

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
AVENIDA RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal
-

E-mail
contratos.hgt@indsh.org.br

Município
Breves - PA

Telefone
(91) 9841-9037

CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO: PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA, PRESTADO INTEGRALMENTE NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ (HRPM) - (COMPETÊNCIA DE JANEIRO/ 2026).
QUANTIDADE DE PLANTÕES: 31 PLANTÕES DE 24 HORAS
VALOR UNITÁRIO - PLANTÃO 24 HORAS (R\$): 3.400,00 REAIS
VALOR TOTAL (R\$): 105.400,00 REAIS
Dados bancários para depósito:
LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA
CNPJ: 41.252.873/0001-79

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Castanhal - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 105.400,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
R\$ 105.400,00

Alíquota Aplicada
2,50%

Retenção do ISSQN
Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado
R\$ 2.635,00

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 1.581,00

CP Retido
-

PIS/COFINS/CSLL Retidos
R\$ 4.901,10

PIS Devido
R\$ 685,10

COFINS Devido
R\$ 3.162,00

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
R\$ 10329,20

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 105.400,00

Desconto Condicionado
R\$

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
R\$ 2.635,00

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 6.482,10

PIS/COFINS Devidos
R\$ 3.847,10

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 92.435,80

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
6,15 %

Estaduais
0,00 %

Municipais
2,50 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 123012200

| | |
|------------------|----------------|
| Valor do Serviço | R\$ 105.400,00 |
| IRRF | R\$ 1.581,00 |
| ISSQN | R\$ 2.635,00 |
| Valor Líquido | R\$ 92.435,80 |

LANÇADO
Setor Financeiro
04.02.26

Marcello Ferreira
Diretor Técnico - HRPM / INDSH
CRM-PA 15310

Medição: 01593

Pedido: 025496



Chave de Acesso da NFS-e 1502400224125287300017900000000001526028701299154

Número da NFS-e 15 Competência da NFS-e 31/01/2026
Número da DPS 39 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e 04/02/2026 09:39:30

Data e Hora da emissão da DPS 04/02/2026 09:39:30



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF 41.252.873/0001-79

Nome / Nome Empresarial LUMINUS GESTAO EM SAUDE LTDA

Endereço IPIRANGA, 250, CRISTO REDENTOR

Simples Nacional na Data de Competência Não optante

Inscrição Municipal

Telefone

E-mail

Município Castanhal - PA

CEP 68742-340

Regime de Apuração Tributária pelo SN

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF 23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço AVENIDA RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal

Telefone (91) 9841-9037

E-mail contratos.hgt@indsh.org.br

Município Breves - PA

CEP 68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos...

Código de Tributação Municipal

Local da Prestação Breves - PA

País da Prestação

Descrição do Serviço

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO: PLANTÃO MÉDICO NO SERVIÇO DE CLÍNICO GERAL E NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO) PRESTADO INTEGRALMENTE NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ (HRPM) - (COMPETÊNCIA DE JANEIRO/ 2026).

QUANTIDADE DE PLANTÕES: 31 PLANTÕES DE 24 HORAS VALOR UNITÁRIO - PLANTÃO 24 HORAS (R\$): 2.900,00 REAIS

VALOR TOTAL (R\$): 89.900,00 REAIS

Dados bancários para depósito: LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA CNPJ: 41.252.873/0001-79

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço

Município de Incidência do ISSQN Castanhal - PA

Regime Especial de Tributação Nenhum

Tipo de Imunidade

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não

Número Processo Suspensão

Benefício Municipal

Valor do Serviço R\$ 89.900,00

Desconto Incondicionado

Total Deduções/Reduções

Cálculo do BM

BC ISSQN R\$ 89.900,00

Alíquota Aplicada 2,50%

Retenção do ISSQN Retido pelo Tomador

ISSQN Apurado R\$ 2.247,50

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF R\$ 1.348,50

CP Retido

PIS/COFINS/CSLL Retidos R\$ 4.180,35

PIS Devido R\$ 584,35

COFINS Devido R\$ 2.697,00

Retenção do PIS/COFINS/CSLL Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL R\$ 8810,20

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 89.900,00

Desconto Condicionado R\$

Desconto Incondicionado R\$

ISSQN Retido R\$ 2.247,50

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL R\$ 5.528,85

PIS/COFINS Devidos R\$ 3.281,35

Valor Líquido da NFS-e R\$ 78.842,30

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais 6,15 %

Estaduais 0,00 %

Municipais 2,50 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 123012100

Table with 2 columns: Description and Amount. Rows include: IRRF (R\$ 1.348,50), PIS Devido (R\$ 584,35), COFINS Devido (R\$ 2.697,00), PIS/COFINS Devidos (R\$ 3.281,35), Valor Líquido (R\$ 78.842,30).

LANÇADO Setor Financeiro 04.02.26

Handwritten signature

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado. Gester: Marcelo Henrique Assinatura: Diretor Técnico - HRPM / INDSH CRM-PA 15310 Data: / /

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639059923828940000
Data da Operação 06/02/2026 16:44

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência 1
Conta 4642842173
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 258.650,60 (Duzentos e Cinquenta e Oito Mil e Seiscentos e Cinquenta Reais e Sessenta Centavos)
Descrição PAGAMENTO NF 16 ALB ANESTESIA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 06/02/2026
Autenticação 639059931179461734

medição: 001543

Pedido: 025069 25102



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão: 26/01/2026 17:26:49
Competência: 01/2026
Número / Série: 16 / E
Código de Verificação: DUyKYn7gm

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF: 57.850.766/0001-82
Nome / Nome Empresarial: ALB ANESTESIA LTDA
Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 1427 -SALA 101-BATISTA CAMPOS

Inscrição Municipal: 4918281
E-mail: albanestesia@albanestesia.com.br
Município: BELEM / PA BRASIL
Telefone: (91) 3222-2222
CEP: 66033-716

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF: 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial: HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ-HRPM
Endereço: RUA AVENIDA RIO BRANCO, Nº 1266 O CENTRO

Inscrição Municipal: -
E-mail: -
Município: BREVES / PA BRASIL
Telefone: -
CEP: 68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO: 8630-5/99-00 - ATIVIDADES DE ATENCAO AMBULATORIAL NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE
Serviço: 04 01 - MEDICINA E BIOMEDICINA
Local da prestação do serviço: BELEM / PA
País da prestação do serviço: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

NOTA FISCAL REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS ANESTESIOLÓGICOS PRESTADOS - (53 PLANTÕES) REALIZADOS NO MÊS DE JANEIRO-2026 -DADOS PARA DEPÓSITO-BANCO NUBANK- AGENCIA- 0001 - CONTA CORRENTE-464284217-3 -PIX-CNPJ -57850766000182

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN: Exigível
Retenção do ISSQN: NÃO RETIDO
Município da Incidência do ISSQN: BELEM - PA
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE

Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR DO SERVIÇO
Regime especial de tributação do ISSQN

CÁLCULO DO ISSQN

Valor total da NFSe (R\$): 275.600,00
Total das deduções (R\$): 0,00
Desc. incondicionado (R\$): 0,00
Base de cálculo do ISSQN (R\$): 275.600,00
Aliq. (%): 3,000000
Valor do ISSQN (R\$): 8.268,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$): 0,00
IRRF (R\$): 4.134,00
PIS (R\$): 1.791,40
COFINS (R\$): 8.268,00
INSS (R\$): 0,00
CSLL (R\$): 2.756,00
Outras retenções (R\$): 0,00

VALOR TOTAL

Base de cálculo do ISSQN (R\$): 275.600,00
Retenções (R\$): 16.949,40
Desc. incondicionado (R\$): 0,00
Desc. condicionado (R\$): 0,00
Valor Líquido da NFSe (R\$): 258.650,60

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

INSS: _____
PCC: R\$ 13.079,06
IR: R\$ 4.219,05
ISS: _____
Valor Líquido: R\$ 258.650,60

M. Ruella
LONDADO
Setor Financeiro
29/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: _____
Assinatura: *M. Ruella*
Diretor Técnico - HRPM / INDSJ
CRM-PA 15310
Data: _____

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639059923828940000
Data da Operação 06/02/2026 16:48

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 237 - BCO BRADESCO S.A.
Agência 5593
Conta 3954803
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 5.499,81 (Cinco Mil e Quatrocentos e Noventa e Nove Reais e Oitenta e Um Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 52-CENTRO DE DIAGNOSTICO MURILLO LOBATO

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 06/02/2026

Autenticação 639059933479317990

Medição: 003568

Medição: 023228

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



Prefeitura Municipal de Ananindeua
Secretaria de Gestão Fazendária - SEGEF

Chave de Acesso da NFS-e
1500800220870431900010000000000005226016981479356

Número da NFS-e
52

Número da DPS
103

Competência da NFS-e
28/01/2026

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
28/01/2026 14:36:10

Data e Hora da emissão da DPS
28/01/2026 14:36:10



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

Nome / Nome Empresarial
CENTRO DE DIAGNOSTICO DR MURILLO LOBATO S/S LTDA

Endereço
WE 29, 162, CIDADE NOVA

Simplex Nacional na Data de Competência
Não optante

CNPJ / CPF / NIF
08.704.319/0001-00

Inscrição Municipal
00000000022250

Telefone
(91) 8121-8529

E-mail
FINANCEIRO@CMML.COM.BR

Município
Ananindeua - PA

CEP
67133-120

Regime de Apuração Tributária pelo SN

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

E-mail
-

Município
Breves - PA

CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

Pais da Prestação
-

Descrição do Serviço
REFERENTE AOS SERVIÇOS MÉDICOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA PRESTADOS NO MÊS DE JANEIRO/2026

DADOS BANCÁRIOS:
BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 2946-7
CONTA CORRENTE: 37893-2

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

Tipo de Imunidade
-

Valor do Serviço
R\$ 6.190,00

BC ISSQN
R\$ 6.190,00

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Desconto Incondicionado
-

Alíquota Aplicada
5,00%

Município de Incidência do ISSQN
Ananindeua - PA

Número Processo Suspensão
-

Total Deduções/Reduções
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Benefício Municipal
-

Cálculo do BM
-

ISSQN Apurado
R\$ 309,50

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 92,85

PIS Devido
R\$ 40,24

CP Retido
-

COFINS Devido
R\$ 185,70

PIS/COFINS/CSLL Retidos
R\$ 61,90

Retenção do PIS/COFINS/CSLL Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
R\$ 380,69

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 6.190,00

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 154,75

Desconto Condicionado
R\$

PIS/COFINS Devidos
R\$ 225,94

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
-

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 5.809,31

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
6,15 %

Estaduais
0,00 %

Municipais
5,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|-----------------------------|--|
| INSS: | |
| PGC: R\$ 287,84 | |
| IR: R\$ 92,85 | |
| ISS: R\$ 309,50 | |
| Valor Líquido: R\$ 5.499,81 | |

LANÇADO
Setor Financeiro
30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Marcello Ferreira*
Diretor Técnico - HRP/INSS
CRM-PA 15310
Assinatura: _____
Data: ____/____/____

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:38

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 2991
Conta 110108134
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 183.182,04 (Cento e Oitenta e Três Mil e Cento e Oitenta e Dois Reais e Quatro Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 117-M M VARELLA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059027068250000

Medicões: 003540

Pedido: 025065

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|
|  | | PM DE TAILÂNDIA SECRETARIA MUNICIPAL DE ARRECADAÇÃO E TRIBUTOS E NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e | |  | | Número da NFS-e 117 Código de Verificação de Autenticidade WV5VK4YV9 Data e Hora de Emissão da NFS-e 27/01/2026 às 16:00:33 Chave de Acesso 419829WG7BIZIO0CL8XCPSO301QPTG5J Para certificação da autenticidade acesse http://tailandiapa.dcfiorilli.com.br:8095/issw eb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e. | |
| Informações Fiscais | | | | | | | |
| Exigibilidade do ISS Exigível | | Número do Processo | | Município de Incidência do ISS TAILÂNDIA-PA | | Local da Prestação BREVES - PA | |
| Número do RPS | | Série do RPS | | Tipo do RPS | | Data do RPS | |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | | Incentivo Fiscal 2 - Não | | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | | Competência 27/01/2026 | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------|--|-----------------------------------|--|
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | |
| CPF/CNPJ | | RG/Inscrição Estadual | | Inscrição Municipal | | Cadastro | |
| 45.315.336/0002-62 | | | | 0306554 | | 000025073 | |
| Nome/Razão Social | | M M VARELLA SERVICOS MEDICOS LTDA | | | | | |
| Logradouro | | Cidade | | Complemento | | Bairro | |
| Trav Oeiras, 71 | | TAILÂNDIA-PA | | | | Novo | |
| CEP | | E-mail | | Telefone | | E-mail | |
| 68695-000 | | | | | | fiscal@primorcontabilidade.com.br | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|--|
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | |
| CPF/CNPJ/Documento | | RG/Inscrição Estadual | | Inscrição Municipal | | Nome/Razão Social | |
| 23.453.830/0004-12 | | | | | | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO | |
| Logradouro | | Cidade/País | | Complemento | | Bairro | |
| VILA A. LEMOS, 233 | | BREVES - PA | | AV. RIO BRANCO | | CENTRO | |
| CEP/Cod.Postal | | E-mail | | Cod. IBGE | | Telefone | |
| 68800-000 | | fiscal@primorcontabilidade.com.br | | 1501808 | | 91 32593099 | |

| Discriminação dos Serviços | | | | | | | |
|--|------------|---|------|----------|----------------|--|--|
| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. | Unitário | Total | | |
| 53,00 | UN | Serviços médicos prestados pela equipe da ortopedia para Hospital Publico do Marajó (Breves) referente 53 plantões no mês de Janeiro de 2026 . Valor plantão 24h : 3.890,00 | | 3.890,00 | R\$ 206.170,00 | | |
| Dados Bancários: Banco Santander - Ag: 2991 - Conta: 11 010813-4 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|----------------|
| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | | | | Construção Civil | | | |
| LC 116/2003: 040301 | | | | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra |
| Hospitais e congêneres. | | | | 5,00% | 0000040300001 | | Código ART |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado | |
| R\$ 206.170,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 206.170,00 | R\$ 10.308,50 | 2 - Não | R\$ 0,00 | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----------|---------------------------|---------------------------|------------------|--|--|
| Retenções de Impostos | | | | | | | |
| PIS (206.170,00 x 0,65%) | COFINS (206.170,00 x 3,00%) | INSS | IRRF (206.170,00 x 1,50%) | CSLL (206.170,00 x 1,00%) | Outras Retenções | | |
| R\$ 1.340,11 | R\$ 6.185,10 | R\$ 0,00 | R\$ 3.092,55 | R\$ 2.061,70 | R\$ 0,00 | | |

Em cumprimento à Lei Complementar nº 214, de 2025, destacam-se abaixo valores simulados, sem efeito fiscal ou financeiro

| | |
|-------------|--------------|
| IBS (0,10%) | CBS (0,90%) |
| R\$ 206,17 | R\$ 1.855,53 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 193.490,54 Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE M M VARELLA SERVICOS MEDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 117 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO WV5VK4YV9

| | | |
|----------------|--------|------------|
| Data | CPF/RG | Assinatura |
| ____/____/____ | ____ | ____ |

INSS: _____
 PIS: R\$ 9.586,91
 IR: R\$ 3.092,55
 ISS: R\$ 10.308,50
 Valor Líquido: R\$ 183.182,04

M. Varella
 LANCADO
 S. Financeiro
 29/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor: *Marcello Ferreira*
 Assinatura: **Marcello Ferreira**
 Diretor Técnico - HRP/ INDSII
 CRM-PA 18310

Data: ____/____/____

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639059923828940000
Data da Operação 06/02/2026 16:45

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 237 - BCO BRADESCO S.A.
Agência 5589
Conta 139319
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 6.299,46 (Seis Mil e Duzentos e Noventa e Nove Reais e Quarenta e Seis Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 178-IGOS INSTITUTO DE GENECOLOGIA, OBSTETRICIA E SEXUALIDAD

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 06/02/2026

Autenticação 639059931500621318

medicção.00569

Pedido: 025229 25/02



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão 29/01/2026 09:08:05
Competência 01/2026
Número / Série 178 / E
Código de Verificação YT3A4IYfM

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 26.116.224/0001-57
Nome / Nome Empresarial IGOS - INSTITUTO DE GINECOLOGIA, OBSTETRICIA & SEXUALIDADE LTDA
Endereço AVENIDA AVENIDA GENERALISSIMO DEODORO 1208 UMARIZAL

Inscrição Municipal 2748034
E-mail marlyjuca@uol.com.br
Município BELEM / PA BRASIL
Telefone (91) 3223-6313
CEP 66055-240

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço RUA AVENIDA RIO BRANCO, NºS/N 0 CENTRO

Inscrição Municipal -
E-mail scih.hrm@indsh.org.br
Município BREVES / PA BRASIL
Telefone (91) 3660-3700
CEP 68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO 8630-5/03-00 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS
Serviço 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.
Local da prestação do serviço BREVES / PA
País da prestação do serviço BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE JANEIRO/2026 EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL, COMPREENDENDO CONSULTA, PROCEDIMENTO DE BIOPSIA DO COLO DO UTERO E EZT POR CAF

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN Exigível
Município da Incidência do ISSQN BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR DO SERVIÇO
Retenção do ISSQN NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN -

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 7.090,00 | 0,00 | 0,00 | 7.090,00 | 3,000000 | 212,70 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 106,35 | 46,08 | 212,70 | 0,00 | 70,90 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 7.090,00 | 436,03 | 0,00 | 0,00 | 6.653,97 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|----------------|--------------|
| ISS: | |
| PGC: | R\$ 329.68 |
| IR: | R\$ 106.35 |
| PIS: | R\$ 354.50 |
| Valor Líquido: | R\$ 6.299,46 |

Marcello
LANCEADO
Setor Financeiro
30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Marcello Ferreira*
Diretor Técnico - HRPM / INDSH
Assinatura: CRM-PA 15310
Data: / /

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639059923828940000
Data da Operação 06/02/2026 16:45

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 237 - BCO BRADESCO S.A.
Agência 3109
Conta 4610946
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 7.400,00 (Sete Mil e Quatrocentos Reais)
Descrição PAGAMENTO NF 194-E M UCHOA SERVIÇOS MEDICOS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

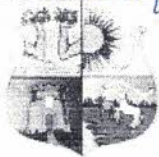
O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 06/02/2026
Autenticação 639059931999974187

Medição: 001546

Pedido: 025076

15/02



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão 28/01/2026 16:18:54
Competência 01/2026
Número / Série 194 / E
Código de Verificação 1cwDB20Yk

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 31.784.797/0001-99
Nome / Nome Empresarial E.M UCHOA SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Endereço TRAVESSA WE-8 1185 CONJ SATELITE COQUEIRO

Inscrição Municipal 3057274
Telefone (91) 8125-6425
E-mail eliane.contabilidade@hotmail.com
Município BELEM / PA BRASIL
CEP 66670-220

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 23 453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH HOSPITAL
Endereço RUA AVENIDA RIO BRANCO, 1266 0 CENTRO

Inscrição Municipal
Telefone (91) 3783-2140
E-mail contratos.hrm@indsh.org.br
Município BREVES / PA BRASIL
CEP 00000-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO 8630-5/03-00 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS
Serviço 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA
Local da prestação do serviço BELEM / PA
País da prestação do serviço BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

SERVIÇOS MEDICOS DE INFECTOLOGIA PRESTADOS, REFERENTE AO CONTRATO HRP 007/2022 COMPETENCIA 01/2026

LANÇADO
Setor Financeiro
30.01.2026

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN Exigível
Município da Incidência do ISSQN BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR DO SERVIÇO
Retenção do ISSQN NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN Simples Nacional

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 7.400,00 | 0,00 | 0,00 | 7.400,00 | 0,00 | 0,00 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 7.400,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.400,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: Diretor Técnico
Assinatura: [Handwritten Signature]
Data: / /

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:36

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 001 - BCO DO BRASIL S.A.
Agência 4451
Conta 1157400
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 149.179,14 (Cento e Quarenta e Nove Mil e Cento e Setenta e Nove Reais e Quatorze Centavos)

Descrição PAGAMENTO 569-568- M C VIEIRA DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

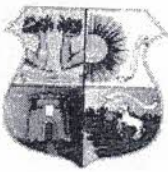
O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059025713450000

medicao: 003548

Pedido: 025085 05/22



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



2ieKEQdE6

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão
20/01/2026 18:05:17

Competência
01/2026

Número / Série
568 / E

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta do Código de Verificação de Autenticidade acima no portal da NFSe.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
22.218.177/0001-00

Nome / Nome Empresarial
M C VIEIRA DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA

Endereço
RUA ANTONIO BARRETO 603 EDIF A P MARTINS APTO 403 UMARIZAL

Inscrição Municipal
4173867

Telefone
(91) 8126-8406

E-mail
MVMEDICINADIAGNOSTICA@GMAIL.COM

Município
BELEM / PA BRASIL

CEP
66055-050

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
23.453.830/0004-12

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Endereço
RUA AV RIO BRANCO S/N O CENTRO

Inscrição Municipal
-

Telefone
(91) 3783-2818

E-mail
financeiro.hrm@indsh.org.br

Município
BREVES / PA BRASIL

CEP
68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO
8640-2/04-00 - SERVICOS DE TOMOGRAFIA

Serviço
04.02 - ANALISES CLINICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MEDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONANCIA MAGNETICA,

Local da prestação do serviço
BREVES / PA

País da prestação do serviço
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

REFERENTE A QUINZE PLANTÕES DE GINECOLOGIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 3.650,00, NA COMPETÊNCIA DE JANEIRO DE 2026 POR PLANTÃO DE 24 HORAS

| | |
|----------------|---------------|
| INSS: | |
| PCC: | R\$ 2.545,88 |
| IR: | R\$ 821,25 |
| ISS: | R\$ 2.737,50 |
| Valor Líquido: | R\$ 48.645,37 |

Marcello
LANÇADO
Setor Financeiro
28/01/26

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN
Exigível

Município da incidência do ISSQN
BELEM - PA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN
PRESTADOR DO SERVIÇO

Retenção do ISSQN
NÃO RETIDO

Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
NÃO OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Alíq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 54.750,00 | 0,00 | 0,00 | 54.750,00 | 3,000000 | 1.642,50 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 821,25 | 355,87 | 1.642,50 | 0,00 | 547,50 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 54.750,00 | 3.367,12 | 0,00 | 0,00 | 51.382,88 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

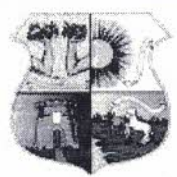
Gestor: *Marcello Ferreira*
Diretor Técnico - HRP/PA INDSH
CRM-PA 15310

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Medição: 003547

Pedido: 025082



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



OUmH4Go6

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta do Código de Verificação de Autenticidade acima no portal da NFSe.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão: 20/01/2026 18:11:50
Competência: 01/2026
Número / Série: 569 / E

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF: 22.218.177/0001-00
Nome / Nome Empresarial: M C VIEIRA DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA
Endereço: RUA ANTONIO BARRETO 603 EDIF A P MARTINS APTO 403 UMARIZAL

Inscrição Municipal: 4173867
Telefone: (91) 8126-8406
E-mail: MVMEDICINADIAGNOSTICA@GMAIL.COM
Município: BELEM / PA BRASIL
CEP: 66055-050

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF: 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço: RUA AV RIO BRANCO S/N O CENTRO

Inscrição Municipal: -
Telefone: (91) 3783-2818
E-mail: financeiro.hrm@indsh.org.br
Município: BREVES / PA BRASIL
CEP: 68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO: 8640-2/04-00 - SERVICOS DE TOMOGRAFIA
Serviço: 04.02 - ANALISES CLINICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MEDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONANCIA MAGNETICA,
Local da prestação do serviço: BREVES / PA
País da prestação do serviço: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

REFERENTE A TRINTA E UM PLANTÕES DE OBSTETRICIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 3.650,00, NA COMPETENCIA DE JANEIRO DE 2026 POR PLANTÃO DE 24 HORAS

| |
|-------------------------------|
| INSS: |
| PCCA: R\$ 5.261,48 |
| IR: R\$ 1.697,25 |
| ISS: R\$ 5.657,50 |
| Valor Líquido: R\$ 100.533,77 |

LANÇADO
Setor Financeiro
29/01/26

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN: Exigível
Retenção do ISSQN: NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE
Município da Incidência do ISSQN: BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR DO SERVIÇO
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 113.150,00 | 0,00 | 0,00 | 113.150,00 | 3,000000 | 3.394,50 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 1.697,25 | 735,47 | 3.394,50 | 0,00 | 1.131,50 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 113.150,00 | 6.958,72 | 0,00 | 0,00 | 106.191,28 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor devido.
Gestor: Marcelo Freire
Assinatura: Marcelo Freire
Data: / /
Diretor Técnico - HRP / INDSH
CRM-PA 15310

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:39

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 3214
Conta 130028589
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 124.191,70 (Cento e Vinte e Quatro Mil e Cento e Noventa e Um Reais e Setenta Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 806-J F FONSECA SERVIÇOS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

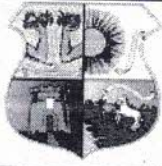
Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059027402810000

Medição: 001576

Redido: 025284

07102



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão
30/01/2026 14:26:15
Competência
01/2026
Número / Série
806 / E
Código de Verificação
Bx7uoZb5A

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
27.947.556/0001-46
Nome / Nome Empresarial
J F FONSECA SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço
RODOVIA AUGUSTO MONTENEGRO 4300 SALA 0501 SUL PARQUE VERDE

Inscrição Municipal
2860894
Telefone
(91) 99344-5311
E-mail
brainmedssaude@gmail.com
Município
BELEM / PA BRASIL
CEP
66635-110

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço
AV RIO BRANCO, SN CENTRO

Inscrição Municipal
-
Telefone
-
E-mail
-
Município
BREVES / PA BRASIL
CEP
68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO
8630-5/01-00 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS
Serviço
04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.
Local da prestação do serviço
BREVES / PA
País da prestação do serviço
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA NO HRRM, NA COMPETÊNCIA DE JANEIRO / 2026.
31 PLANTÕES R\$: 129.580,00 E ALUGUEL DE DRILL R\$: 2.750,00 TOTAL BRUTO: R\$:132.330,00.
DADOS BANCÁRIOS: BANCO: SANTANDER AGÊNCIA : 3214 - BELÉM - BATISTA CAMPOS C/C: 000130028589. TITULAR: J F FONSECA SERVICOS LTDA.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN
Exigível
Município da incidência do ISSQN
BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN
-
Retenção do ISSQN
NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN
Sociedade Civil

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 132.330,00 | 0,00 | 0,00 | 132.330,00 | | 0,00 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 1.984,95 | 860,14 | 3.969,90 | 0,00 | 1.323,30 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 132.330,00 | 8.138,29 | 0,00 | 0,00 | 124.191,71 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LANÇADO
Setor Financeiro
30.01.26

| | |
|----------------|----------------|
| ISSQN: | |
| IRRF: | R\$ 6.153,35 |
| IR: | R\$ 1.984,95 |
| INSS: | |
| Valor Líquido: | R\$ 124.191,70 |

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor:
Diretor Técnico - HRRM / INDSH
CRM-PA 15310
Assinatura:
Data: / /

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639059923828940000
Data da Operação 06/02/2026 16:44

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 3524
Conta 130041005
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 249.908,39 (Duzentos e Quarenta e Nove Mil e Novecentos e Oito Reais e Trinta e Nove Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 1121-QUALIMED ASSESSORIA E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

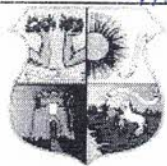
O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 06/02/2026

Autenticação 639059930865298735

medicação: 003542

Pedido: 025067 25102



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão 26/01/2026 11:38:47
Competência 01/2026
Número / Série 1121 / E
Código de Verificação Qe2srx9Gh

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 26.770.324/0001-00
Nome / Nome Empresarial QUALIMED ASSESSORIA E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Endereço RUA GOVERNADOR JOSE MALCHER 168 SALA 110 CENTRO EMPR ESARIAL BOLONHA NAZARE

Inscrição Municipal 2790702
E-mail lucasgeralde@yahoo.com.br
Município BELEM / PA BRASIL
Telefone (91) 9962-6980
CEP 66035-065

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço RUA AV RIO BRANCO S/N 0 CENTRO

Inscrição Municipal -
E-mail fiscal.hrm@indsh.org.br
Município BREVES / PA BRASIL
Telefone (91) 3783-2818
CEP 68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO 8610-1/01-00 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS
Serviço 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.
Local da prestação do serviço BELEM / PA
País da prestação do serviço BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

Referente a prestação de serviços médicos para o serviço de Hemodiálise na especialidade de Nefrologia e Cirurgia Vascular em Janeiro/2026, para o Hospital Regional do Marajó - Breves/PA, no valor total de R\$ 281.270,00.

Campo Serviços / QTDE / Val. Unitário / Valor total:

- 1. Responsabilidade Técnica dos Serviços - 01 - R\$ 35.000,00 - R\$ 35.000,00.
- 2. Plantões médicos de 24h em Nefrologia todos os dias - 31 - R\$ 6.170,00 - R\$ 191.270,00.
- 3. Serviços de Cirurgia Vascular - 1 - R\$ 40.000,00 - R\$ 40.000,00.
- 4. Consultas Ambulatoriais de Nefrologia - 60 - R\$ 250,00 - R\$ 15.000,00.

Valor total da NF: R\$ 281.270,00.

Dados Bancário da empresa: Banco Santander. Agência 3524. Conta Corrente 13.004.100-5.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN Exigível
Município da Incidência do ISSQN BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR DO SERVIÇO
Retenção do ISSQN NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN -

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 281.270,00 | 0,00 | 0,00 | 281.270,00 | 3,000000 | 8.438,10 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 4.219,05 | 1.828,25 | 8.438,10 | 0,00 | 2.812,70 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 281.270,00 | 17.298,10 | 0,00 | 0,00 | 263.971,90 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| |
|-------------------------------|
| NSS: |
| ICC: R\$ 13.079,06 |
| IR: R\$ 4.219,05 |
| ISS: R\$ 14.063,50 |
| Valor Líquido: R\$ 249.908,39 |

Lucas Gerardo
LUCAS GERARDO
Setor Financeiro
29/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Marcelo*
Assinatura: *Marcelo*
Data: *29/01/26*
CRM-PA 15310

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:36

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 4394
Conta 130015408
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 186.761,50 (Cento e Oitenta e Seis Mil e Setecentos e Sessenta e Um Reais e Cinquenta Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 1752-1753 AGRIA E ATAIDE

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059026169100000

medição: 001545

Pedido: 023075 25102



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão: 26/01/2026 19:28:29
Competência: 01/2026
Número / Série: 1752 / E
Código de Verificação: 5xeOmsGi8

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO



CPF / CNPJ / NIF: 15.035.294/0001-64
Nome / Nome Empresarial: CENTRO MEDICO AGRIA E ATAIDE LTDA
Endereço: TRAVESSA LOMAS VALENTINAS 1209 SALA 01 PEDREIRA

Inscrição Municipal: 2100517
Telefone: (91) 99245-3622
E-mail: phdopara@gmail.com
Município: BELEM / PA BRASIL
CEP: 66087-441

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF: 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço: AV RIO BRANCO S/N 1216 CENTRO

Inscrição Municipal: -
Telefone: (91) 3783-2818
E-mail: fiscal.hrm@indsh.org.br
Município: BREVES / PA BRASIL
CEP: 68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO: 8630-5/01-00 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS
Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.
Local da prestação do serviço: BREVES / PA
País da prestação do serviço: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

REFEPEENTE A REALIZAÇÃO DE PLANTÕES DE CIRURGIA GERAL AO MÊS DE JANEIRO NO HOSPITAL REGIONAL DO MARAJÓ: Avenida Rio Branco, 1266, Centro, Breves /Pa CEP: 68800-000
DADOS BANCÁRIOS DA MULTICORP: CNPJ 15.035.294/0001-64 / CHAVE PIX (CNPJ): 15.035.294/0001-64 / BANCO: SANTANDER / AGÊNCIA: 4394 / CONTA CORRENTE: 13001540-8.
SERVIÇOS:
CIRURGIA GERAL SÁB E DOM - R\$ 30.600,00
COORDENAÇÃO MÉDICA - R\$ 12.000,00
CIRURGIA GERAL - SEG A SEX - R\$ 149.600,00

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN: Exigível
Município da incidência do ISSQN: BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR DO SERVIÇO
Retenção do ISSQN: NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 192.200,00 | 0,00 | 0,00 | 192.200,00 | 3,000000 | 5.766,00 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 2.883,00 | 1.249,30 | 5.766,00 | 0,00 | 1.922,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 192.200,00 | 11.820,30 | 0,00 | 0,00 | 180.379,70 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

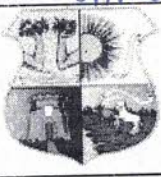
| | |
|----------------|----------------|
| INSS: | |
| PIS: | R\$ 1.249,30 |
| IR: | R\$ 2.883,00 |
| ISS: | |
| Valor Líquido: | R\$ 180.379,70 |

Handwritten signature: Marcella FERREIRA
Setor Financeiro
28101126

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: Marcella Ferreira
Assinatura: Diretor Técnico - HRP/PA / INDSH
Data: CRM-PA 15310

medicção: 001544

Pedido: 025072 25102



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão: 26/01/2026 19:31:52
Competência: 01/2026
Número / Série: 1753 / E
Código de Verificação: KcF936Vis

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO



CPF / CNPJ / NIF: 15.035.294/0001-64
Nome / Nome Empresarial: CENTRO MEDICO AGRIA E ATAIDE LTDA
Endereço: TRAVESSA LOMAS VALENTINAS 1209 SALA 01 PEDFEIRA

Inscrição Municipal: 2100517
E-mail: phdopara@gmail.com
Município: BELEM / PA BRASIL
Telefone: (91) 99245-3622
CEP: 66087-441

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF: 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço: AV RIO BRANCO S/N 1216 CENTRO

Inscrição Municipal: -
E-mail: fiscal.hrm@indsh.org.br
Município: BREVES / PA BRASIL
Telefone: (91) 3783-2818
CEP: 68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO: 8630-5/99-00 - ATIVIDADES DE ATENCAO AMBULATORIAL NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE
Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.
Local da prestação do serviço: BREVES / PA
País da prestação do serviço: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

REFERENTE A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MEDICINA DO TRABALHO AO MÊS DE JANEIRO NO HOSPITAL REGIONAL DO MARAJÓ: Avenida Rio Branco, 1266, Centro, Breves / Pa
CEP: 68800-000
DADOS BANCÁRIOS DA MULTICORP: CNPJ 15.035.294/0001-64 / CHAVE PIX (CNPJ): 15.035.294/0001-64 / BANCO: SANTANDER / AGÊNCIA: 4394 / CONTA CORRENTE: 13001540-8.
SERVIÇOS: MÉDICO DO TRABALHO R\$ 6.800,00

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN: Exigível
Retenção do ISSQN: NÃO RETIDO
Município da incidência do ISSQN: BELEM - PA
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR DO SERVIÇO
Regime especial de tributação do ISSQN

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 6.800,00 | 0,00 | 0,00 | 6.800,00 | 3,000000 | 204,00 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 102,00 | 44,20 | 204,00 | 0,00 | 68,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 6.800,00 | 418,20 | 0,00 | 0,00 | 6.381,80 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|-----------------------------|--|
| INSS: | |
| PCC: R\$ 316,20 | |
| IR: R\$ 102,00 | |
| ISS: | |
| Valor Líquido: R\$ 6.381,80 | |

Assinado digitalmente
Setor Financeiro
29/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: **Marcello Ferreira**
Assinatura: **Marcello Ferreira**
Diretor Técnico - HRP/PA / INDSH
CRM-PA 15310
Data: ___/___/___

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:39

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 033 - BCO SANTANDER BRASIL S.A.
Agência 4343
Conta 130028028
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 133.642,40 (Cento e Trinta e Três Mil e Seiscentos e Quarenta e Dois Reais e Quarenta Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 36179-F DA SILVA SERVIÇOS MEDICOS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

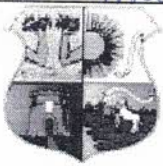
O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 05/02/2026

Autenticação 639059027515880000

medicão: 003579

Pedido: 025365 09/02



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão
02/02/2026 09:06:42
Competência
02/2026
Número / Série
36179 / E
Código de Verificação
WFOINvrzS

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
27.477.738/0001-09
Nome / Nome Empresarial
F DA SILVA SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço
TRAVESSA PADRE EUTÍQUIO 3482 BAIXOS SALA 1 CONDOR

Inscrição Municipal
2830473
Telefone
(91) 8088-1954
E-mail
drwanmeyl@gmail.com
Município
BELEM / PA BRASIL
CEP
66045-225

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH HOSPITAL
Endereço
RUA AVENIDA RIO BRANCO, 1266 0 CENTRO

Inscrição Municipal
-
Telefone
(91) 3783-2140
E-mail
contratos.hrm@indsh.org.br
Município
BREVES / PA BRASIL
CEP
66800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO
8640-2/07-01 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
Serviço
04.03 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES.
Local da prestação do serviço
BELEM / PA
País da prestação do serviço
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

VALORES REFERENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM RADIOLOGIA MÉDICA, REALIZADOS NO MÊS DE JANEIRO/2026, SENDO 31 PLANTÕES VALOR DE R\$131.750,00 E PLATAFORMA DE TELELAUDO VALOR DE R\$10.650,00. TOTALIZANDO O VALOR DE R\$142.400,00

LANÇADO
Setor Financeiro
03.02.26
[Signature]

INSS:
PCC: R\$ 6.621,60
IR: R\$ 2.136,00
ISS:
Valor Líquido: R\$ 133.642,40

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN
Exigível
Município da Incidência do ISSQN
BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN
-
Retenção do ISSQN
NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN
Sociedade Civil

CÁLCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
| 142.400,00 | 0,00 | 0,00 | 142.400,00 | | 0,00 |

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
| 0,00 | 2.136,00 | 925,60 | 4.272,00 | 0,00 | 1.424,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
| 142.400,00 | 8.757,60 | 0,00 | 0,00 | 133.642,40 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor: *Marcelo Ferrendo*
Diretor Técnico - HRP/ INDSH
Assinatura: *[Signature]*
CAM-PA-15310

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Pagamento de Boleto de Consumo

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:16
Código de Barras 8466000012-5 35090072001-1 10394113377-1 01260260217-4
Valor do pagamento R\$ 1.235,09 (Um Mil e Duzentos e Trinta e Cinco Reais e Nove Centavos)
Data do pagamento 09/02/2026
Convênio VIVO
Descrição PAGAMENTO FATURA REF 01.2026 NF 91020- NF 90427 VIVO
Data da operação 09/02/2026
Autenticação 639062469828000000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 17:06



Nº da Conta: 0394113377
 Mês de referência: 01/2026
 Período: 25/12/2025 a 24/01/2026

www.vivo.com.br/meuvivoempresas

Central de Relacionamento: 10315.

Telefonica Brasil S.A.
 Av. Visconde de Souza Franco, 06
 CEP 66053-000 - Belém - PA
 I.E.: 15.226.347-0
 CNPJ Matriz : 02.558.157/0001-62
 CNPJ Filial : 02.558.157/0019-91

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMEN
 AV RIO BRANCO, S/N
 CENTRO
 68800-000 BREVES - PA

Wanderley Nunes Cristo
 Analista de Suporte
 Hospital Regional P. do Marajó
Wanderley N. em l
03/02/2026

Vencimento
17/02/2026

Total a Pagar - R\$
1.235,09

| O que está sendo cobrado | Quantidade de Plano/Pacote | Quantidade de Números Vivo | Valor Total R\$ |
|--|------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Serviços Contratados | | | |
| SMART EMPRESAS 12GB TE | 6 | 6 | 353,64 |
| SERVICO GESTAO DADOS EMPRESAS | 6 | 6 | - |
| SERVICO GESTAO VOZ EMPRESAS | 6 | 6 | - |
| SKEELO V4 | 6 | 6 | - |
| VIVO NEWS LIGHT | 3 | 3 | - |
| SMART EMPRESAS 1GB TE | 8 | 8 | 255,02 |
| SERVICO GESTAO DADOS EMPRESAS | 8 | 8 | - |
| SERVICO GESTAO VOZ EMPRESAS | 8 | 8 | - |
| SKEELO V1 | 8 | 8 | - |
| SMART EMPRESAS 3GB TE | 2 | 2 | 83,08 |
| SERVICO GESTAO DADOS EMPRESAS | 2 | 2 | - |
| SERVICO GESTAO VOZ EMPRESAS | 2 | 2 | - |
| SKEELO V2 | 2 | 2 | - |
| SMART EMPRESAS 6GB TE | 1 | 1 | 46,76 |
| SERVICO GESTAO DADOS EMPRESAS | 1 | 1 | - |
| SERVICO GESTAO VOZ EMPRESAS | 1 | 1 | - |
| SKEELO V3 | 1 | 1 | - |
| Subtotal | | | 738,50 |
| Utilização Dentro do Plano/Pacote | Incluído Plano/Pacote | Utilizado Minutos/Unidades | Valor Total R\$ |
| APPS ESSENCIAIS B2B | 4,98TB | 5,66GB | 0,00 |
| FRANQUIA INTERNET COMPARTILHADA | 92,00GB | 27,65GB | 0,00 |
| FRANQUIA TORPEDO | 17.000 | | 0,00 |
| FRANQUIA VOZ | 680.000 min | | 0,00 |
| GESTAO VOZ | | 62m48s | 0,00 |
| Utilização Acima do Contratado | | | |
| Ligações de Longa Distância | | 00m30s | 0,00 |
| No Brasil - Em Roaming | | 42 | 0,00 |
| Adicional por Ligações Realizadas | | 02m12s | 0,00 |
| Ligações de Longa Distância | | | 0,00 |
| Subtotal | | | 0,00 |

LANÇADO
 Setor Financeiro

31-01-26

Continuação de Demonstrativo de Serviços no Verso

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

* Fique de olho! Os e-mails que a Vivo utiliza para enviar a Conta Digital são sempre terminados em "@vivo.com.br". Tenha cuidado com outros remetentes, pois eles podem apresentar riscos.

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão dos serviços e a inclusão do débito nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br

Autenticação Mecânica



Nome do Cliente

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMEN

Vencimento

17/02/2026

Total a Pagar - R\$

1.235,09

Cód. Débito Automático 0394113377 - 4 | Nº da Conta 0394113377 | Mês Referência 01/2026

84660000125 | 350900720011 | 103941133771 | 012602602174



Pagar via Pix



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

TELEFONICA BRASIL S.A. CNPJ 02.558.157/0019-91
 AV. VISCONDE DE SOUZA FRANCO, 05
 REDU 19 - 66053-000
 BEL-PA - PA Fone/Fax: 9134800000

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal
 Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº 000.090.427
 Série 000
 Folha 1/1

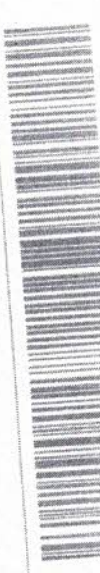
1525 1002 5581 5700 1991 5500 0000 0904 2718 8081 2518

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Seliz Autorizadora

PROTEÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE USO

215250051041949 - 06/10/2025 11:39:57

CNPJ CPF 02.558.157/0019-91



TIPO DE OPERAÇÃO: **Vnd mer adq rec ter mer suj sub tri con con sb**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 68800-000

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 23453.830/0004-12

DATA DA EMISSÃO: 06/10/2025

DATA DA SAÍDA/ENTRADA: 06/10/2025

HORA DA SAÍDA/ENTRADA: 11:39:57

ESTAB/AR: 1 - REDETEN
 RBE/RAZAO SOCIAL: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMEN
 V. RIO BRANCO SN, 0000
 AEROPORTO

UF: PA

REVERES

VALOR DO ICMS: 0,00

DESCONTO: 1.478,00

VALOR DO SEGURO: 0,00

VALOR DO ICMS SUBST: 0,00

VALOR TOTAL IPI: 0,00

VALOR TOTAL IPT: 0,00

VALOR TOTAL: 302,10

VALOR DO FTS: 64,60

VALOR DA COFINS: 297,56

VALOR PRODUTOS: 6.230,90

VALOR DA NOTA: 4.752,90

TRANSPORTADOR: VOLKSWAGEN TRANSPORTADOS

ERTE: 0- Por conta do Rem

MUNICÍPIO: REMERCAÇÃO

PESO BRUTO: 0,790

PESO LÍQUIDO: 0,790

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | VIVO | RESERVAÇÃO | PREÇO BRUTO | VALOR TOTAL | VALOR DISC | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ ICMS | ALÍQ IPI |
|--|----------|-------|------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 85235290 | 85171300 | 460 | 5405 | UN | 2,0000 | 3.100,0000 | 6.200,00 | 1.478,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Descrição do Produto/Serviço: SIM CARD 4G PNT1 HRS 234FE Retido na compra. BASE ICMS ST=30,00 PSE=0,00 VALOR ICMS ST=0,00 SSG GALAXY A366E 236KB PT PPHF291/14 (c) Desconto 1478,00 / Retido na compra. BASE ICMS ST=6.200,00 PSE=0,00 VALOR ICMS ST=0,00 | | | | | | | | | | | | |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS 16,0000 VIA Sub Trib / Insc Est (Centralizado ao CNPJ 02.558.157/0019-91 / Valor IPI)

RESERVADO AO FISCO

Handwritten notes: 2 Rod, 30.11.25, 30x de R\$ 198,00

RECEBEMOS DE TELEFONICA BRASIL S.A. OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRONICA INDICADA AO LADO

NF-e
No. 000091020
Série

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

vivo

TELEFONICA BRASIL S.A.
AV VISCONDE DE SOUZA FRANCO 05
REDUTO
BELEM / PA
66053-000
Tel. 91 34300000 / Fax:

Telefonia

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica



CHAVE DE ACESSO
1525 1002 5581 5700 1991 5500 0000 0910 2012 4890 3377

Consulta de autenticidade no portal nacional da
NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da
Sefaz Autorizadora

D - Entrada
1 - Saída
Nº 000091020
SÉRIE
FOLHA 1 /

1

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
21525005 991569 10.10.2025 10.50.38

CNPJ
02.558.157/0019-91

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Vnd. mer. adq. rec. ter. sup. sub. tri. con. con. sb.
INSCRIÇÃO ESTADUAL
152263470

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMEN
ENDEREÇO
AV RIO BRANCO S/N
MUNICÍPIO
BREVES

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO
UF
PA

C.N.P.J. C.P.F.
23.453.830/0004-12

CEP
68800-000

DATA DA EMISSÃO
10.10.2025

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

HORA DA SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

Cond. Ppto: S157-24 X Iguais 30/Demais 30 d / /
Meio Ppto: T.DEBITO EM CONTA / /

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------|-------------------|------|-----------------------------|----------|--------------------------------|------|-----------------------|----------|
| BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. | 0,00 | VALOR DO I.C.M.S. | 0,00 | BASE DE CÁLCULO I.C.M.S. ST | 0,00 | VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL PRODUTOS | 9.345,00 |
| VALOR DO FRETE | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00 | DESCONTO | 2.217,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DO I.P.L. | 0,00 |
| | | | | | | | | VALOR TOTAL DA NOTA | 7.128,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL
FRETE POR CONTA DO DESTINATÁRIO
MUNICÍPIO
ENDEREÇO
QUANTIDADE 00001
ESPÉCIE *
MARCA
NÚMERO
PESO BRUTO 1.185 G
PESO LÍQUIDO 1.185 G

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFDP | UN | QTD | VL. UNIT. | VL. TOTAL | Bc. ICMS | VL. ICMS | VL. IPI | ALÍQUOTAS | |
|--------------|--|------------|-----|------|-----|-----|-------------|-----------|----------|----------|---------|-----------|---------|
| | | | | | | | | | | | | AL. ICMS | AL. IPI |
| 730244904000 | SIM CARD 6G PNT1 1599 2734F | 8523 50 90 | 000 | 5429 | UNE | 3 | 15.000,00 | 45,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 730245904000 | SUB GALAXY A396 200GB 01 PPS17201F4 (1) Descrição 2717.00 | 8517 12 00 | 400 | 5429 | UNE | 5 | 3.100,00000 | 9.300,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CÁLCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|----------------|------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 1571088 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | 0,00 | VALOR DO ISSQN | 0,00 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|----------------|------|

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
entrega entrega - av rio branco sn(0000).|brevos|aaroporto|68800-000|p|
ICMS já pago via Sub Trib.
Insc. Est. Centralizada no CNPJ 02.558.157/0019-91
PROCON DE BRASÍLIA FONE:151 SCS VENANCIO 2000 BL. B 60 SALA240
Valor IPI R\$
R. 8763551702
Nº Pedido: 1-930159076655-10
Valor aproximado dos tributos R\$ 543,23 (7,62%)

Carlene Dias
CLASSIFICADO
TOTVS

RESERVAÇÃO FISCAL

24x de: R\$ 297,00

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639063348536930000
Data da Operação 10/02/2026 15:43

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 077 - BANCO INTER
Agência 1
Conta 290764424
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 11.000,00 (Onze Mil Reais)
Descrição PAGAMENTO FT 00562-PLENITUDE ASSISTENCIA TECNICA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 10/02/2026
Autenticação 639063350365271798

Emitido em terça-feira, 10 de fevereiro de 2026 às 16:10

medição: 00578

pedido: 025361

12/02



Atendimento Comercial
Tel.: (91) 3348-1439

PLENITUDE ASSSITENCIA TECNICA LTDA
End.: Tv. We 27 Nº 51 (Cidade Nova VIII)
CEP.: 67133-195 Cidade Nova - Ananindeua - PA
CNPJ: 83.323.238/0001-85 INSC. EST.: 15.179.525-8

FATURA DE COBRANÇA DE LOCAÇÃO

NAT. DESTE DOCUMENTO: LOC. DE EQUIP. DE IMAGEM

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2026

E-mail:
contato@plenitudehospitalar.com.br

| FATURA Nº | VALOR DA FATURA | PARCELAS | VENCIMENTO | Nº |
|--------------|-----------------|----------|------------|----|
| Nº: 00562 | R\$ 11.000,00 | | | |
| DESCONTO DE: | | ATÉ: | | |

USUÁRIO DA LOCAÇÃO

| | | |
|--|----------|-----------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH | | CNPJ/C.P.F. 23.453.830/0004-12 |
| ENDEREÇO AV RIO BRANCO S/N | | CEP.: 68.800-000 |
| BAIRRO CENTRO | UF PA | MUNICÍPIO Breves |
| VALOR POR EXTENSO ONZE MIL REAIS | | INSC. ESTADUAL OU MUNICIPAL |

| QUANT | DESCRIÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------------------------|---|----------------|---------------|
| 1 | LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTO PARA DIGITALIZAÇÃO DE RAOX REFERENTE AO MÊS DE JANEIRO/2026. | R\$ 11.000,00 | R\$ 11.000,00 |
| VALOR TOTAL DA LOCAÇÃO | | | R\$ 11.000,00 |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OBS: Emissão de Recibo/Fatura conf. Lei complementar nº 116 de 31/07/03. Presidência da República-PR publicado no DOU na pág.03 em 01/08/03. Dispõe sobre o imposto de serviços de Qualquer natureza. Vedada a retenção de ISS Conf. Lei Complementar nº 116 de 31/07/03. Dispensa a emissão de nota fiscal. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp116.htm

| Nº FATURA | VALOR | Recebi (emos) de Plenitude Asssitencia Tecnica Ltda, a locação constante neste documento. |
|-----------|---------------|---|
| Nº: 00562 | R\$ 11.000,00 | DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |

LANÇADO
Setor Financeiro
30.01.26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data: 2 / 2 / 26

Elizabeth Corrêa
Supervisora de Atendimento
Hospital Regional Público do Marajó

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Pagamento Boleto Cobrança

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639059023506510000
Data da Operação 05/02/2026 15:43
Código de Barras 07790001161208736939805739444627813480000050000
Descrição PAGAMENTO FT 12320- GALHARDI & DANTAS
Banco Cedente 77 - BANCO INTER
Número Único do Boleto 3026012003947365865
CPF/CNPJ do Beneficiário Original 03915427000108
Razão Social GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Nome Fantasia GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário Final 03915427000108
Razão Social GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Nome Fantasia GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
CPF/CNPJ do Pagador 23453830000412
Nome do Pagador INDSH Breves Instituto Nac de Desenv So
Identificação Sacador Avalista 03.915.427/0001-08
Razão Social Sacador Avalista GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Data/Hora do Pagamento 05/02/2026 15:43:35
Valor Nominal 500,00
Encargos 0,00
Descontos 0,00
Abatimento 0,00
Valor do Pagamento R\$ 500,00 (Quinhentos Reais)
Data da operação 05/02/2026
Autenticação 639059030160740000

medicação: 008559

Pedido: 025105



Emitido em:
21/01/2026

DOCUMENTO DE FATURA

EMITENTE

Razão Social: Galhardi & Dantas Tecnologia Ltda

Nome fantasia: SLTECH

CNPJ/CPF: 03.915.427/0001-08

Endereço: Rua Ingaí, 156 - Conj 1404 - Vila Prudente, São Paulo - SP, 03132080

DESTINATÁRIO

Razão Social: INDSH Breves - Instituto Nac de Desenv Social e Humano Breves-PA

Nome Fantasia: INDSH Instituto Breves-PA

CNPJ/CPF: 23.453.830/0004-12

Endereço: Rua Av Rio Branco, s/n - - - Centro, Breves - PA, 68800000

ITENS DA VENDA

| Descrição | Quantidade | Valor |
|--------------------------------------|------------|------------|
| [7498] Contrato: Locação de Firewall | 1 | R\$ 500,00 |

DADOS DA FATURA

Data de Vencimento: 05/02/2026

Forma de Pagamento: Boleto Bancário

Numero Documento: 12320

Valor Total: R\$ 500,00

OUTROS

Observações:

Wanda
LANÇADO
Setor Financeiro
30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente
nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Wanda*
Assinatura: *Wanda*
Data: 28/01/2026

Wanda
Analista de Suporte
Hospital Regional P. do Marajó

▶ Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Pagamento Boleto Cobrança

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000001632715260639057276284880000
Data da Operação 03/02/2026 15:55
Código de Barras 07790001161208736939805706987566613440000050000
Descrição NF 13324-GALHARDI & DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Banco Cedente 77 - BANCO INTER
Número Único do Boleto 3026011604866257956
CPF/CNPJ do Beneficiário Original 03915427000108
Razão Social GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Nome Fantasia GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário Final 03915427000108
Razão Social GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Nome Fantasia GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
CPF/CNPJ do Pagador 23453830000412
Nome do Pagador INDSH Breves Instituto Nac de Desenv So
Identificação Sacador Avalista 03.915.427/0001-08
Razão Social Sacador Avalista GALHARDI E DANTAS TECNOLOGIA LTDA
Data/Hora do Pagamento 03/02/2026 15:55:44
Valor Nominal 500,00
Encargos 0,00
Descontos 0,00
Abatimento 0,00
Valor do Pagamento R\$ 500,00 (Quinhentos Reais)
Data da operação 03/02/2026
Autenticação 639057309555620356

medicção: 003560

Pedido: 025106 01/02



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 2364 Série 2, emitido em 17/01/2026

20260117u03915427000108

| | |
|------------------------|---------------------|
| Número da Nota | 00013324 |
| Data e Hora de Emissão | 17/01/2026 03:01:28 |
| Código de Verificação | DKXN-EYZX |

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CPF/CNPJ: **03.915.427/0001-08** Inscrição Municipal: **3.440.065-6**
 Nome/Razão Social: **Galhardi & Dantas Tecnologia Ltda**
 Endereço: **Ingai 156, Conj 1404 - Vila Prudente - CEP: 03132-080**
 Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **23.453.830/0004-12** Inscrição Municipal: **----**
 Nome/Razão Social: **INDSH Breves - Instituto Nac de Desenv Social e Humano Breves-PA**
 Endereço: **Av Rio Branco s/n, --- - Centro - CEP: 68800-000**
 Município: **Breves** UF: **PA** E-mail: **contratos.hrm@indsh.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

[7498] Contrato: Gestão da Infraestrutura de TI - Competência: 01/2026
 Valor: R\$500,00

Data de Vencimento: 01/02/2026

Valor aproximado dos Tributos: 17,35 %, Fonte: IBPT

Paula
 LAMPADO
 Setor Financeiro
 30/01/26

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 500,00

| | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | - | - | - | - |
| Código do Serviço | | | | |
| 7498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | * | 0,00 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | |
| - | | - | - | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; Esta NFS-e substitui o RPS Nº 2364 Série 2 emitido em 17/01/2026;

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor: *[assinatura]*
 Assinatura: *[assinatura]*
 Data: **29/01/2026**
Wanderley Nunes Cristo
 Analista de Suporte
 Hospital Regional P. do Marajó

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:19

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 237 - BCO BRADESCO S.A.
Agência 5729
Conta 47473
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 6.370,00 (Seis Mil e Trezentos e Setenta Reais)

Descrição PAGAMENTO NF1-CIANE DOS SANTOS SANCHES

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062471725660000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:45

medição: 003561

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREVES
(91)98484-1456
prefeituramunicipalbreves21@gmail.com



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
150180822271321680001070000000000126010844478072
Número da NFS-e
1
Número da DPS
1

Data e Hora da emissão da NFS-e
21/01/2026 11:23:42
Data e Hora da emissão da DPS
21/01/2026 11:23:42

Telefone
(91) 99218-5709

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
Nome / Nome Empresarial
CIANE DOS SANTOS SANCHES COMERCIO E SERVICOS
Endereço
TRAVESSA CASTILHO FRANCA, 764, C. S. SOLUÇÕES, CENTRO
Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

Inscrição Municipal
2023741
E-mail
contabilize.pa@hotmail.com
Município
Breves - PA
Regime de Apuração Tributária pelo SN
Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simples Nacional

CEP
68800-000

TOMADOR DO SERVIÇO
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal
-
E-mail
-
Município
Breves - PA

Telefone
-
CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO
Código de Tributação Nacional
01.09.01 - Disponibilização, sem cessão definitiva, de conteúdos de ...
Descrição do Serviço
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERNET DO MÊS JANEIRO/2025

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL
Tributação do ISSQN
Operação Tributável
Tipo de Imunidade
-
Valor do Serviço
R\$ 6.500,00
BC ISSQN
R\$ 6.500,00

País Resultado da Prestação do Serviço
-
Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não
Desconto Incondicionado
-
Alíquota Aplicada
2,00%

Município de Incidência do ISSQN
Breves - PA
Número Processo Suspensão
-
Total Deduções/Reduções
-
Retenção do ISSQN Retido pelo Tomador

Regime Especial de Tributação
Nenhum
Benefício Municipal
-
Cálculo do BM
-
ISSQN Apurado
R\$ 130,00

TRIBUTAÇÃO FEDERAL
IRRF
-
PIS
-

CP
-
COFINS
-

CSLL
-
Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E
Valor do Serviço
R\$ 6.500,00
IRRF, CP,CSLL - Retidos
R\$ 0,00

Desconto Condicionado
R\$
PIS/COFINS Retidos
-

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
R\$ 130,00
Valor Líquido da NFS-e
R\$ 6.370,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS
Federais
-

Estaduais
-

Municipais
-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *[assinatura]*
Assinatura: *[assinatura]*
Data: 28/01/2026

[assinatura]
LANYADO
Setor Financeiro
30/01/26

[assinatura]
Wanderley Nemes Cristo
Analista de Supone
Hospital Regional P. do Marajó

| | |
|----------------|--------------|
| ISS: | |
| ICMS: | |
| IR: | |
| ISS: | R\$ 130,00 |
| Valor Líquido: | R\$ 6.370,00 |

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:20

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência 3194
Conta 18669
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 9.068,70 (Nove Mil e Sessenta e Oito Reais e Setenta Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 1-F F DOS S SANCHES- ME

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062472343520000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:48

medicção: 003563

Recibo: 025109

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFS-e v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREVES
(91)98484-1466
prefeituramunicipalbreves21@gmail.com

Chave de Acesso da NFS-e
1501808222420794100016900000000000000000126012411881512

Número da NFS-e 1 Competência da NFS-e 21/01/2026

Data e Hora da emissão da NFS-e 21/01/2026 14:30:07

Número da DPS 1 Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da DPS 21/01/2026 14:30:07



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
Nome / Nome Empresarial
F. F. DOS S. SANCHES
Endereço
RUA JOSE RODRIGUES DA FONSECA, 2632, CIDADE NOVA
Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

CNPJ / CPF / NIF
24.207.941/0001-69

Inscrição Municipal 2024044
E-mail contabilize.pa@hotmail.com

Telefone (91) 99233-6688

Município Breves - PA CEP 68800-000
Regime de Apuração Tributária pelo SN
Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simples Nacional

TOMADOR DO SERVIÇO
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal -
E-mail -

Telefone -
CEP 68800-000

Município Breves - PA CEP 68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO
Código de Tributação Nacional 14.01.01 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarg...
Código de Tributação Municipal -
Local da Prestação Breves - PA
País da Prestação -
Descrição do Serviço
ALUGUEL DE IMPRESSORAS, RECARGA DE TONER MANUT. REFERENTE AO MÊS 01/2026 - 01/01/2026 À 31/01/2026 = R\$ 9.546,00
OBS: FORAM SOLICITADAS 1.900 PAGINAS DE PAPEL FOTOGRÁFICO, CONFORME RELATÓRIO DESSE PERÍODO.
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AG 3194
C/C: 1866-9

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL
Tributação do ISSQN Operação Tributável País Resultado da Prestação do Serviço Breves - PA
Tipo de Imunidade Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não Número Processo Suspensão -
Valor do Serviço Desconto Incondicionado - Total Deduções/Reduções -
R\$ 9.546,00
BC ISSQN Alíquota Aplicada 5,00% Retenção do ISSQN Retido pelo Tomador -
R\$ 9.546,00 ISSQN Apurado R\$ 477,30

TRIBUTAÇÃO FEDERAL
IRRF CP CSLL -
PIS COFINS Retenção do PIS/COFINS -
TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL -

VALOR TOTAL DA NFS-E
Valor do Serviço Desconto Condicionado R\$ Valor do Serviço R\$ 9.546,00
IRRF, CP,CSLL - Retidos PIS/COFINS Retidos -
R\$ 0,00 ISSQN Retido R\$ 477,30
Valor Líquido da NFS-e R\$ 9.068,70

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS
Federais - Estaduais - Municipais -

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Wanderley Nunes Cristo
Analista de Suporte
Hospital Regional F. do Maranhão
Wanderley Nunes Cristo
28/01/2026
L. R. R. R.
Setor Financeiro
30/01/2026

| | |
|-----------------------------|--|
| ISS: | |
| ICMS: | |
| IR: | |
| ISS: R\$ 477,30 | |
| Valor Líquido: R\$ 9.068,70 | |

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:28

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 001 - BCO DO BRASIL S.A.
Agência 558
Conta 575135
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 1.085,00 (Um Mil e Oitenta e Cinco Reais)

Descrição PAGAMENTO NF 2-MARAJO PARK CLUB

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062476815300000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:49

medicador: 030586

pedido: 025438

10/02



Chave de Acesso da NFS-e
150180822116985090001760000000000226021616489089

Número da NFS-e
2

Número da DPS
3

Competência da NFS-e
02/02/2026

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
02/02/2026 11:45:26

Data e Hora da emissão da DPS
02/02/2026 11:45:26



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
Nome / Nome Empresarial
MARAJO PARK HOTEL E TURISMO LTDA
Endereço
ESTRADA BREVES - CORCOVADO, SN, MARAJÓ PARK - CLUBES, REST E ÁGUA, AEROPORTO
Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

Inscrição Municipal
2023118
E-mail
sarrafinho@marajonet.com.br
Município
Breves - PA
Regime de Apuração Tributária pelo SN
Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simples Nacional

Telefone
(91) 98280-0574
CEP
68800-000

TOMADOR DO SERVIÇO
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Inscrição Municipal
-
E-mail
-
Município
Breves - PA

Telefone
-
CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
12.05.01 - Parques de diversões, centros de lazer e congêneres.

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
NOTA FISCAL REFERENTE AOS SERVIÇOS DE PARQUES DE DIVERSÃO E TEMÁTICOS PRESTADOS NO MÊS JANEIRO/2026, COM O VALOR DE R\$ 1.085,00

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Breves - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 1.085,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP Retido
-

PIS/COFINS/CSLL Retidos
-

PIS Devido
-

COFINS Devido
-

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 1.085,00

Desconto Condicionado
R\$

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 0,00

PIS/COFINS Devidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 1.085,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Cod Evt: -

LANÇADO
Setor Financeiro

03.02.26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data: 02/02/26

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:20

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 336 - BCO C6 S.A.
Agência 1
Conta 393793249
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Honorarios

Valor R\$ 5.380,00 (Cinco Mil e Trezentos e Oitenta Reais)

Descrição PAGAMENTO NF 32-ERINALDO ANGELO DA SILVA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062472454260000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:48

medicação: 001555

dedido: 025100

20102

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREVES
(91)98484-1456
prefeituramunicipalbreves21@gmail.com

Chave de Acesso da NFS-e
1501808221694959300017700000000003226012795264990

Número da NFS-e
32

Competência da NFS-e
21/01/2026

Data e Hora da emissão da NFS-e
21/01/2026 11:36:32

Número da DPS
3

Série da DPS
50004

Data e Hora da emissão da DPS
21/01/2026 11:36:32



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
16.949.593/0001-77

Inscrição Municipal
2023787

Telefone
(91) 99223-0260

Nome / Nome Empresarial
16.949.593 ERINALDO ANGELO DA SILVA

E-mail
ernaldoangelo462@gmail.com

Endereço
AVENIDA Interventor Malcher, 1809, Aeroporto

Município
Breves - PA

CEP
68800-000

Simplex Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
16.02.01 - Outros serviços de transporte de natureza municipal.

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviço de transporte para passageiros e cargas de pequeno porte.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Breves - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 5.380,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 5.380,00

Desconto Condicionado
R\$

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R\$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 5.380,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
-

Estaduais
-

Municipais
-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 104011400

LANÇADO
Setor Financeiro
28/10/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: _____
Assinatura: _____
Data: 28/10/26

Renata Andrade
Administrativo - Diretoria
Hospital Regional P. do Marajó

**Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:20

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência 885
Conta 83857
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 2.930,00 (Dois Mil e Novecentos e Trinta Reais)

Descrição PAGAMENTO NF 33-RENATO SILVA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062472204380000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:47

medicas: 003565

pedido: 025111

20/02



Chave de Acesso da NFS-e
1501402221897347800016300000000003326011968831496



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Número da NFS-e
33
Competência da NFS-e
26/01/2026

Número da DPS
43
Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
26/01/2026 23:07:30
Data e Hora da emissão da DPS
26/01/2026 23:07:30

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
CNPJ / CPF / NIF
18.973.478/0001-63

Inscrição Municipal
-
Telefone
(91) 8127-1462

Nome / Nome Empresarial
18.973.478 RENATO SILVA

E-mail
REGIS.GINANASCIMENTO@GMAIL.COM

Endereço
1 DE JULHO, 19, PARQUE VERDE

Município
Belém - PA
CEP
66630-735

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO
CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal
-
Telefone
(91) 3360-3700

Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

E-mail
fiscal.hrm@indsh.org.br

Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

Município
Breves - PA
CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
16.01.01 - Serviços de transporte coletivo municipal rodoviário de p...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Belém - PA

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
SERVIÇOS DE TRANSPORTES

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Belém - PA

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R\$ 2.930,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP Retido
-

PIS/COFINS/CSLL Retidos
-

PIS Devido
-

COFINS Devido
-

Retenção do PIS/COFINS/CSLL
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 2.930,00

Desconto Condicionado
R\$
PIS/COFINS Devidos
-

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP, PIS, COFINS, CSLL
R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e
R\$ 2.930,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
-

Estaduais
-

Municipais
-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Assinado
LIVRADO
Setor Financeiro
30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Edson de Oliveira Silva*
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
Assinatura: *Edson de Oliveira Silva*
Data: *29/01/26*

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000001632715260639057276284880000
Data da Operação 03/02/2026 15:54

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência 3021
Conta 114790
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 10.229,65 (Dez Mil e Duzentos e Vinte e Nove Reais e Sessenta e Cinco Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 95-SALUTEM SOLUÇÕES TECNOLOGICAS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 03/02/2026

Autenticação 639057308963448762

medicação: 00537

Pedido: 024968

Chave de Acesso da NFS-e 3502804222958203700015700000000009526010448976433

Número da NFS-e 95

Competência da NFS-e 15/01/2026

Data e Hora da emissão da NFS-e 15/01/2026 08:03:15

Número da DPS 3729

Série da DPS 3632

Data e Hora da emissão da DPS 15/01/2026 08:03:15



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço CNPJ / CPF / NIF 29.582.037/0001-57

Inscrição Municipal -

Telefone (18) 3304-0801

Nome / Nome Empresarial SALUTEM SOLUCOES TECNOLOGICAS LTDA

E-mail CONTATO@SISTEMASALUTEM.COM.BR

Endereço BRASÍLIA, 2121, JARDIM NOVA YORKUE

Município Araçatuba - SP CEP 16018-000

Simples Nacional na Data de Competência Não optante

Regime de Apuração Tributária pelo SN -

TOMADOR DO SERVIÇO CNPJ / CPF / NIF 23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal -

Telefone (91) 3783-2160

Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDS

E-mail financeiro.hrm@indsh.org.br

Endereço AVENIDA RIO BRANCO, 1266, CENTRO

Município Breves - PA CEP 68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 01.07.01 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, con...

Código de Tributação Municipal -

Local da Prestação Araçatuba - SP

País da Prestação -

Descrição do Serviço MANUTENCAO E SUPORTE EM SISTEMA - Qtde 1 x Valor Unit. R\$ 10.900,00 = Total R\$ 10.900,00.]

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço -

Município de Incidência do ISSQN Araçatuba - SP

Regime Especial de Tributação Nenhum

Tipo de Imunidade -

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não

Número Processo Suspensão -

Benefício Municipal -

Valor do Serviço R\$ 10.900,00

Desconto Incondicionado -

Total Deduções/Reduções -

Cálculo do BM -

BC ISSQN R\$ 10.900,00

Alíquota Aplicada 4,00%

Retenção do ISSQN Não Retido

ISSQN Apurado R\$ 436,00

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF R\$ 163,50

CP -

CSLL R\$ 109,00

PIS R\$ 70,85

COFINS R\$ 327,00

Retenção do PIS/COFINS Retido

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL R\$ 670,35

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 10.900,00

Desconto Condicionado R\$ -

Desconto Incondicionado R\$ -

ISSQN Retido -

IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 272,50

PIS/COFINS Retidos R\$ 397,85

Valor Líquido da NFS-e R\$ 10.229,65

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais 0,00 %

Estaduais 0,00 %

Municipais 0,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf Cont: PROPOSTA No 132.|LOCAL DA PRESTACAO DE SERVIÇO: HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO MARAJÓ - Av. Rio Branco 1266, Breves, PA, 68800-000.|Banco Sicredi |Agencia: 3021 |Conta Corrente: 11.479-0|CHAVE PIX - 29.582.037/0001-57|Ref. Dez/2025 - Vencto. 30/01/2026| NBS: 115013000

| |
|------------------------------|
| INSS: |
| PCC: R\$ 506,85 |
| IR: R\$ 163,50 |
| ISS: |
| Valor Líquido: R\$ 10.229,65 |

Setor Financeiro 26/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor presente da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado,

Gestor: Wanderey N. em b

Assinatura: Wanderey N. em b

Data: 28/01/2026

Wanderey N. em b
Analista de Suporte
Hospital Regional P. do Marajó

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000031574681893639056470595170000
Data da Operação 02/02/2026 16:42

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 756 - BANCO SICOOB S.A.
Agência 5122
Conta 264369
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 5.990,00 (Cinco Mil e Novecentos e Noventa Reais)
Descrição PAGAMENTO NF 281-DIXMEDICAL PRODUTOS PARA SAUDE LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 02/02/2026
Autenticação 639056473448010000

Medição: 005532

Pedido: 024402



Nota de Débito

Número

281

Data de Emissão: 05/01/2026

Hora: 14:01:00

Pág.: 1

Razão Social: DIXMEDICAL PRODUTOS PARA SAUDE LTDA

CNPJ: 19.001.659/0001-90

IE: 142870495110

IM:

Endereço: R JOSE RAMON URTIZA

308 CJ 02

Cidade: Sao Paulo

Estado: São Paulo

CEP: 05717-270

Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

Nome Fantasia: HOSPITAL REGIONAL DO MARAJÓ

Endereço: Av. Rio Branco, S/N

Cidade: Breves

Estado: Pará

CEP: 68800-000

CNPJ: 23.453.830/0004-12

IE: ISENTO

ALUGUEL DOS PRODUTOS ABAIXO:

| Item | Produto | Qtd | Valor Unitário | Valor Total |
|------|---|-----|----------------|-------------|
| 1 | 1704 - COMN AX-400:EQUIPAMENTO DE ANESTESIA | 1 | 5.990,000000 | 5.990,00 |

Total dos Produtos: 5.990,00

Total Nota: 5.990,00

Condição de Pagamento: 01X (15 DDF)

Parcela 1 - R\$ 5.990,00 - Vencimento 20/01/2026

Forma de Pagamento: Deposito Bancario

OBS.:

REFERENTE 16ª MENSALIDADE DO ADITIVO DE LOCAÇÃO (PARCELA 16/ Indeterminado)

DADOS BANCÁRIOS :

BANCO SANTANDER (033)

AG.: 3827

C/C : 13007399-0

FAVORECIDO : DIXMEDICAL PRODUTOS PARA SAÚDE LTDA.

CNPJ: 19.001.659/0001-90

VENCIMENTO :20.01.2026

LANÇADO

Sector Financeiro

07.01.2026

Edson de Oliveira Silva
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
HRPM/INDSH

Data de Impressão: 05/01/2026

Hora: 14:02:59

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:22

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 237 - BCO BRADESCO S.A.
Agência 5729
Conta 418
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 34.651,50 (Trinta e Quatro Mil e Seiscentos e Cinquenta e Um Reais e Cinquenta Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 507-CARLETO E ROCHA LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062473700610000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:53

medicção: 001577

Pedido: 025319 12/02



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão 30/01/2026 15:40:19
Competência 01/2026
Número / Série 507 / E
Código de Verificação w9KDSf5xh

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO
CPF / CNPJ / NIF 14.248.873/0001-22
Nome / Nome Empresarial CARLETO REABILITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL LTDA.
Endereço RUA AVERTANO ROCHA 192 CAMPINA



Inscrição Municipal 3485562
Telefone (91) 99390-1432
E-mail contato@carletoerocha.com.br
Município BELEM / PA BRASIL
CEP 66023-120

TOMADOR DO SERVIÇO
CPF / CNPJ / NIF 23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço AVENIDA RIO BRANCO, NºS/N CENTRO

Inscrição Municipal -
Telefone (91) 3660-3700
E-mail contratos.hrm@indsh.org.br
Município BREVES / PA BRASIL
CEP 68800-000

SERVIÇO PRESTADO
CNAE / CBO 8650-0/04-00 - ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA
Serviço 04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.
Local da prestação do serviço BREVES / PA
Pais da prestação do serviço BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO
SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA PRESTADOS NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ, REP AO MÊS 01/2026. VALOR TOTAL DO SERVIÇO: 39.000,00 IR (1,5%): 585,00 PCC (4,65%): 1.813,50 ISS (3%): 1.950,00

LANÇADO
Setor Financeiro
30.01.26
[Signature]

INSS:
PCC: R\$ 1.813,50
IR: R\$ 585,00
ISS: R\$ 1.950,00
Valor Líquido: R\$ 34.651,50

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL
Exigibilidade do ISSQN Exigível
Retenção do ISSQN NÃO RETIDO
Município da Incidência do ISSQN BELEM - PA
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE

Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR DO SERVIÇO
Regime especial de tributação do ISSQN -

CÁLCULO DO ISSQN
Valor total da NFSe (R\$) 39.000,00
Total das deduções (R\$) 0,00
Desc. incondicionado (R\$) 0,00

Base de cálculo do ISSQN (R\$) 39.000,00
Aliq. (%) 3,000000
Valor do ISSQN (R\$) 1.170,00

RETENÇÕES
ISSQN (R\$) 0,00
IRRF (R\$) 585,00
PIS (R\$) 253,50
COFINS (R\$) 1.170,00

INSS (R\$) 0,00
CSLL (R\$) 390,00
Outras retenções (R\$) 0,00

VALOR TOTAL
Base de cálculo do ISSQN (R\$) 39.000,00
Retenções (R\$) 2.398,50
Desc. incondicionado (R\$) 0,00

Desc. condicionado (R\$) 0,00
Valor Líquido da NFSe (R\$) 36.601,50

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Hegla Guimarães*
Assinatura: Gerente Assistencial Interina COREN-PA 439955 - HRP
Data: / /

**Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:24

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
Agência 7649
Conta 138224
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 149.143,63 (Cento e Quarenta e Nove Mil e Cento e Quarenta e Três Reais e Sessenta e Três Centavos)
Descrição PAGAMENTO NF 793-792-805-799-802-796-795-798-803-804-AZUL CONECTA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026
Autenticação 639062474899910000

Emitido em terça-feira, 10 de fevereiro de 2026 às 16:44

Medição 005534

Recibo 024435

10.02

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

NOME: _____

ASSINATURA / CARIMBO

TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA

SÉRIE 2

INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA

NÚMERO 792



AZUL CONECTA LTDA

AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA VAL DE CANS BELEM - PA

CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306

FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970

DACTE OS

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços

MODAL: **Aéreo**

MODELO 67 SÉRIE 2 NÚMERO 792 DATA E HORA DE EMISSÃO 02/01/2026 13:35:00



1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0007 9210 0000 8018



Consulta em <http://www.cte.fazenda.gov.br/portal>

NÚMERO PROTOCOLO 31526000031983 02/01/2026 13:35:41

TIPO DO CT-E: **Normal**

TIPO DO SERVIÇO: **Transporte de Pessoas**

CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO: **5357 - Prest.serv.transp. a estb.n.contrb**

INÍCIO DA PRESTAÇÃO: PA - 1501402 - BELEM

PERCURSO DO VEÍCULO

TÉRMINO DA PRESTAÇÃO: BREVES - 1501808 - PA

CEP: 68800-000

FORMADOR: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN

MUNICÍPIO: BREVES

ENDEREÇO: AVENIDA RIO BRANCO,S/N.

PAÍS: Brasil

UF: PA TELEFONE:

CNPJ: 23.453.830/0004-12

| QUANTIDADE | DISCRICÃO DO SERVIÇO PRESTADO |
|------------|-------------------------------|
| 1,0000 | TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| NOME | | VALOR | NOME | VALOR | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|------|--|-------|------|-------|------------------------|
| | | | | | RS 13.766,67 |
| | | | | | VALOR A RECEBER |
| | | | | | RS 13.312,37 |

| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS | VALOR ICMS | RED. IC |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------------|---------|
| 90 - ICMS outros | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

PT-MEO- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 27/12/2025 - NUMERO DO VOO 5860/5861 - 01:58:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 ***

CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS

INSS BASE: R\$ 4130,00 - INSS RETIDO: R\$ 454,30 ***

RESPONSÁVEL: _____ NOME DA SEGURADORA: _____ NÚMERO DA APÓLICE: _____

INSS: R\$ 454,30

PCC: _____

IR: _____

ISS: _____

Valor Líquido: R\$ 13.312,37

LANÇADO

Setor Financeiro

09.01.2026

[Assinatura]

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor: _____

Assinatura: *Mirlene Dias*

Data: 02/01/2026

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

Medição 005555

Medição 029756

10.06

| | | | |
|--|--------------------------------|---------|-----|
| DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTA CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE | | CT-E OS | |
| NOME | TERMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | SÉRIE | 2 |
| RUF | ASSINATURA / CARIMBO | NÚMERO | 793 |

| | | | |
|--|---|---|------------------------|
| Azul (conecta) AZUL CONECTA LTDA AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA VAL DE CANS BELEM - PA CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970 | DACTE OS Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços | | MODAL: Aéreo |
| | MODELO: 67 SÉRIE: 2 NÚMERO: 793 | DATA E HORA DE EMISSÃO: 02/01/2026 13:36:00 | |
| TIPO DO CT-E: Normal TIPO DO SERVIÇO: Transporte de Pessoas CFCOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO: 5357 - Prest.serv.transp. a estab.n.contrb | | 1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0007 9310 0000 8023 Consulta em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal | |
| INÍCIO DA PRESTAÇÃO: PA - 1501402 - BELEM PERCURSO DO VEÍCULO: | | TERMINO DA PRESTAÇÃO: BREVES - 1501808 - PA | |
| TOMADOR: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN MUNICÍPIO: BREVES CEP: 68800-000 ENDEREÇO: AVENIDA RIO BRANCO,S/N. PAÍS: Brasil UF: PA TELEFONE: | | CNPJ/CPF: 23.453.830/0004-12 | |



| | |
|---------------------------|---|
| QUANTIDADE: 1,0000 | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO: TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |
|---------------------------|---|

| COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO | NOME | VALOR | NOME | VALOR | NOME | VALOR | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|--|------|-------|------|-------|------|-------|------------------------|
| | | | | | | | RS 14.816,67 |
| | | | | | | | VALOR A RECEBER |
| | | | | | | | RS 14.327,72 |

| | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO: 90 - ICMS outros | BASE DE CÁLCULO: 0,00 | ALÍQUOTA ICMS: 0,00 | VALOR ICMS: 0,00 | RDD-IC: 0,00 |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|

OBSERVAÇÕES GERAIS:
 PT-MED- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 29/12/2025 - NUMERO DO VOO 5862/5863 - 02:07:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 ***
 CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSÃO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS
 INSS BASE: R\$ 4445,00 - INSS RETIDO: R\$ 488,95 ***

| | | |
|--------------|---------------------|--------------------|
| RESPONSÁVEL: | NOME DA SEGURADORA: | NÚMERO DA APÓLICE: |
|--------------|---------------------|--------------------|

INSS: **R\$ 488,95**
 PCC:
 IR:
 ISS:
 Valor líquido: **R\$ 14.327,72**

LANÇADO
 Setor Financeiro
 09.001.26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor:
 Assinatura:
 Data: **02/01/2026**

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

medicção: 001549

Pedido: 025089 07/10/2026

| | | | |
|---|----------------------|--------------------------------|------------|
| DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE | | CT-E OS | |
| NOME | | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | SÉRIE 2 |
| RG | ASSINATURA / CARIMBO | INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | NÚMERO 795 |

| | | | | |
|--|--|--|--------------------|---|
|  AZUL CONECTA LTDA AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGAR VAL DE CANS BELEM - PA CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970 | DACTE OS | | MODAL Aéreo | |
| | Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços | | | |
| | MODELO 67 | SÉRIE 2 | NÚMERO 795 | DATA E HORA DE EMISSÃO 08/01/2026 10:03:00 |
| |  1526 0104 2633 1800 9388 6700 2000 0007 9510 0000 8044 | | |  |
| Consulta em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal | | | | |
| TIPO DO CT-E Normal | | NÚMERO PROTOCOLO 315260000372794 08/01/2026 10:03:57 | | |
| TIPO DO SERVIÇO Transporte de Pessoas | | CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 5357 - Prest.serv.transp. a estb.n.contrb | | |

| | | | |
|--|---------------------|--|---------------|
| INÍCIO DA PRESTAÇÃO PA - 1501402 - BELEM | PERCURSO DO VEICULO | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO BREVES - 1501808 - PA | CEP 68800-000 |
| TOMADOR INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN | MUNICÍPIO BREVES | CEP 68800-000 | CEP 68800-000 |
| ENDEREÇO AVENIDA RIO BRANCO,S/N. | PAÍS Brasil | U.F. PA | TELEFONE |
| CNPJ/CPF 23.453.830/0004-12 | IE | | |

| INFORMAÇÕES DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO | |
|-------------------------------------|---|
| QUANTIDADE 1,0000 | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO | | | | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|--|-------|------|-------|-------------------------------------|
| NOME | VALOR | NOME | VALOR | RS 16.100,00 |
| | | | | VALOR A RECEBER RS 15.568,70 |

| INFORMAÇÕES RELATIVAS AO IMPOSTO | | | | |
|--|-----------------|--------------------|-----------------|---------------|
| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO 90 - ICMS outros | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS 0,00 | VALOR ICMS 0,00 | RED. BC. 0,00 |

OBSERVAÇÕES GERAIS
 PT-MED- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 03/01/2026 - NUMERO DO VOO 5860/5861 - 02:18:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA RS 7.000,00 ***
 CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. N. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS
 INSS BASE: RS 4830,00 - INSS RETIDO: RS 531,30 ***

| | | |
|-------------|--------------------|-------------------|
| RESPONSÁVEL | NOME DA SEGURADORA | NÚMERO DA APÓLICE |
|-------------|--------------------|-------------------|

LANÇADO
Setor Financeiro


 Renata Andrade
 Administrativo - Diretoria
 Hospital Regional P. do Marajó

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor:
 Assinatura:
 Data: 28/1/26

INSS: **RS 531,30**
 PCC:
 IR:
 ISS:
 Valor Líquido: **RS 15.568,70**

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

medicão: 001550

Pedido: 025092

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

NOME
RG

ASSINATURA / CARIMBO

TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA

SÉRIE

2

INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA

NÚMERO

796



AZUL CONECTA LTDA

AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA VAL DE CANS BELEM - PA

CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970

DACTE OS

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços

MODAL

Aéreo

MODELO

67

SÉRIE

NÚMERO

2

796

DATA E HORA DE EMISSÃO

08/01/2026 10:04:00



1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0007 9610 0000 8050



Consulta em <http://www.cte.fazenda.gov.br/portal>

NÚMERO PROTOCOLO

315260000372855 08/01/2026 10:05:18

TIPO DO CT-E

Normal

TIPO DO SERVIÇO

Transporte de Pessoas

CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO

5357 - Prest.serv.transp. a estb.n.contrb

INÍCIO DA PRESTAÇÃO

PA - 1501402 - BELEM

PERCURSO DO VEÍCULO

TÉRMINO DA PRESTAÇÃO

BREVES - 1501808 - PA

TOMADOR

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN

MUNICÍPIO

BREVES

CEP

68800-000

ENDEREÇO

AVENIDA RIO BRANCO,S/N.

PAÍS

Brasil

U.F.

PA

TELEFONE

CNPJ/CPF

23.453.830/0004-12

INFORMAÇÕES DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

QUANTIDADE

1,0000

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

TRANSPORTE DE PASSAGEIROS

COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

| NOME | VALOR | NOME | VALOR | NOME | VALOR |
|------|-------|------|-------|------|-------|
| | | | | | |

VALOR TOTAL DO SERVIÇO

RS 15.283,33

VALOR A RECEBER

RS 14.778,98

INFORMAÇÕES RELATIVAS AO IMPOSTO

CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO

90 - ICMS outros

BASE DE CÁLCULO

0,00

ALÍQUOTA ICMS

0,00

VALOR ICMS

RED. BC

0,00

OBSERVAÇÕES GERAIS

PT-MED- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 05/01/2026 - NUMERO DO VOO 5862/5863 - 02:11:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 *** CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS INSS BASE: R\$ 4585,00 - INSS RETIDO: R\$ 504,35 ***

SEGURO DA VIAGEM

RESPONSÁVEL

NOME DA SEGURADORA

NÚMERO DA APÓLICE

LANÇADO
Setor Financeiro

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data: 28/1/26

Renata Andraue

Administrativo - Diretoria
Hospital Regional P. do Marajó

| |
|------------------------------|
| INSS: R\$ 504,35 |
| PCC: |
| IR: |
| ISS: |
| Valor Líquido: R\$ 14.778,98 |

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

15/02

medicão: 001551

Pedido: 025094

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

| | | | | |
|-------|--|--------------------------------|--------|-----|
| NOME: | | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | SÉRIE | 2 |
| RG: | | INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | NÚMERO | 798 |

ASSINATURA / CARIMBO

| | | | | |
|--|--|--------|---|---|
| Azul AZUL CONECTA LTDA AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGAR VAL DE CANS BELEM - PA CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970 | DACTE OS Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços | | MODAL: Aéreo | |
| | MODELO: 67 | SÉRIE: | NÚMERO: 2 | DATA E HORA DE EMISSÃO: 16/01/2026 13:43:00 |
| |  1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0007 9810 0000 8070 | |  | |

| | | |
|---|---|--|
| TIPO DO CT-E: Normal TIPO DO SERVIÇO: Transporte de Pessoas CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO: 5357 - Prest.serv.transp. a estab.n.contrb | PERCURSO DO VEÍCULO: BREVES - 1501808 - PA | NÚMERO PROTOCOLO: 315260001003559 16/01/2026 13:43:59 |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| TOMADOR: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN ENDEREÇO: -AVENIDA RIO BRANCO,S/N. CNPJ/CPF: 23.453.830/0004-12 | MUNICÍPIO: BREVES PAÍS: Brasil | CEP: 68800-000 U.F.: PA TELEFONE: |
|---|---|---|

| QUANTIDADE | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO |
|------------|-------------------------------|
| 1,0000 | TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| NOME | VALOR | NOME | VALOR | NOME | VALOR | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|------|-------|------|-------|------|-------|------------------------|
| | | | | | | RS 14.933,33 |
| | | | | | | VALOR A RECEBER |
| | | | | | | RS 14.440,53 |

| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS | VALOR ICMS | REID. BC. |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------------|-----------|
| 90 - ICMS outros | | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

PT-MED- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 10/01/2026 - NUMERO DO VOO 5860/5861 - 02:08:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 *** CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS INSS BASE: R\$ 4480,00 - INSS RETIDO: R\$ 492,80 ***

| | | |
|--------------|---------------------|--------------------|
| RESPONSÁVEL: | NOME DA SEGURADORA: | NÚMERO DA APÓLICE: |
|--------------|---------------------|--------------------|

ISS: **R\$ 492,80**
 PCC:
 IR:
 ISS:
 Valor Líquido: **R\$ 14.440,53**

[Assinatura]
 L. LOPES
 Setor Financeiro
 28/01/26

[Assinatura]
Renata Andrade
 Administrativa - Diretoria
 Hospital Regional P. do Marajó

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor:
 Assinatura:
 Data: **28/01/26**

medicão: 003552

Pedido = 025095

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTA CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

| |
|------|
| NOME |
| RG |

ASSINATURA / CARIMBO

| | | |
|--------------------------------|--------|-----|
| TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | SÉRIE | 2 |
| INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | NÚMERO | 799 |



AZUL CONECTA LTDA
 AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO
 INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA
 VAL DE CANS BELEM - PA
 CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306
 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970

DACTE OS

| | | | |
|---|-------|--------|-------------------------------------|
| Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços | | | MODAL |
| | | | Aéreo |
| MODELO | SÉRIE | NÚMERO | DATA E HORA DE EMISSÃO |
| 67 | | 2 799 | 16/01/2026 13:46:00 |
| | | | |
| 1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0007 9910 0000 8086 | | | |
| Consulta em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal | | | |
| NÚMERO PROTOCOLO | | | 315260001003659 16/01/2026 13:47:00 |



TIPO DO CT-E
Normal

TIPO DO SERVIÇO
Transporte de Pessoas

CPF - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
5357 - Prest.serv.transp.a estb.n.contrb

| | | |
|--|---------------------|-----------------------|
| INÍCIO DA PRESTAÇÃO | PERCURSO DO VEÍCULO | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO |
| PA - 1501402 - BELEM | | BREVES - 1501808 - PA |
| TOMADOR | MUNICÍPIO | CEP |
| INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN | BREVES | 68800-000 |
| ENDEREÇO | PAÍS | UF |
| AVENIDA RIO BRANCO,S/N. | Brasil | PA |
| CNPJ/CPF | IE | TELEFONE |
| 23.453.830/0004-12 | | |

| QUANTIDADE | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO |
|------------|-------------------------------|
| 1,0000 | TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO | | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|--|-------|------------------------|
| NOME | VALOR | RS 15.166,67 |
| VALOR A RECEBER | | RS 14.666,17 |

| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS | VALOR ICMS | RED. IC |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------------|---------|
| 90 - ICMS outros | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

PT-MEO- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 12/01/2026 - NUMERO DO VOO 5862/5863 - 02:10:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 ***
 CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS
 INSS BASE: R\$ 4550,00 - INSS RETIDO: R\$ 500,50 ***

| | | |
|-------------|--------------------|-------------------|
| RESPONSÁVEL | NOME DA SEGURADORA | NÚMERO DA APÓLICE |
|-------------|--------------------|-------------------|

Renata
LANÇADO
 Setor Financeiro
 28/01/26

Renata
Renata Andrae
 Administrativo - Diretoria
 Hospital Regional P. do Marajó

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente
 nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor:
 Assinatura:
 Data: 28/01/26

| |
|------------------------------|
| INSS: R\$ 500,50 |
| PCC: |
| IR: |
| ISS: |
| Valor Líquido: R\$ 14.666,17 |

medicção: 003553

pedido: 025097

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

NOME:
RG:

ASSINATURA / CARIMBO

TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA
INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA

SÉRIE 2
NÚMERO 802



AZUL CONECTA LTDA
AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO
INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA
VAL DE CANS BELEM - PA
CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306
FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970

DACTE OS
Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços
MODAL: **Aéreo**
MODELO 67 SÉRIE 2 NÚMERO 802
DATA E HORA DE EMISSÃO 26/01/2026 15:08:00



1526 0104 2633 1800 3388 6700 2000 0008 0210 0000 8113

Consulta em <http://www.cte.fazenda.gov.br/portal>

NÚMERO PROTOCOLO 315260001731877 26/01/2026 15:09:20

TIPO DO CT-E: **Normal**
TIPO DO SERVIÇO: **Transporte de Pessoas**
CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO: **5357 - Prest.serv.transp. a estb.n.contrb**

INÍCIO DA PRESTAÇÃO: **PA - 1501402 - BELEM** PERCURSO DO VEÍCULO: **BREVES - 1501808 - PA** TÉRMINO DA PRESTAÇÃO: **BREVES - 1501808 - PA** CEP: **68800-000**

TOMADOR: **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN** MUNICÍPIO: **BREVES**
ENDEREÇO: **AVENIDA RIO BRANCO,S/N.** PAÍS: **Brasil** UF: **PA** TELEFONE:
CNPJ/CPF: **23.453.830/0004-12**

| QUANTIDADE | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO |
|------------|-------------------------------|
| 1,0000 | TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO | | VALOR | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|--|-------|-------|-------------------------------------|
| NOME | VALOR | | RS 17.966,67 |
| NOME | VALOR | | VALOR A RECEBER RS 17.373,77 |

| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS | VALOR ICMS | RED. IC. |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------------|----------|
| 90 - ICMS outros | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

PT-MEO- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 17/01/2026 - NUMERO DO VOO 5860/5861 - 02:34:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA RS 7.000,00 ***
CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS
INSS BASE: RS 5390,00 - INSS RETIDO: RS 592,90 ***

RESPONSÁVEL: _____ NOME DA SEGURADORA: _____ NÚMERO DA APÓLICE: _____

LANÇADO
Setor Financeiro
28/01/26

INSS: **RS 592,90**
PCC: _____
IR: _____
ISS: _____
Valor Líquido: **RS 17.373,77**

Renata Andrade
Administrativo - Diretoria
Hospital Regional P. do Marajó

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor:
Assinatura:
Data: **28/1/26**

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

medicção: 005 70

Pedido: 025277

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

| | | | | |
|-------|--|--------------------------------|--------|-----|
| NOME: | | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | SÉRIE | 2 |
| RG: | | INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | NÚMERO | 804 |

ASSINATURA / CARIMBO

| | | | | |
|--|--|-------------------|------------------------|---|
| Azul conecta AZUL CONECTA LTDA AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA VAL DE CANS BELEM - PA CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970 | DACTE OS Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços | | MODAL: Aéreo | |
| | MODELO 67 | SÉRIE 2 | NÚMERO 804 | DATA E HORA DE EMISSÃO 28/01/2026 13:30:00 |
| |  1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0008 0410 0000 8134 | | |  |

| | | | |
|---|--|---|---|
| TIPO DO CT-E: Normal | TIPO DO SERVIÇO: Transporte de Pessoas | CPOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO: 5357 - Prest.serv.transp. a estb.n.contrb | NÚMERO PROTOCOLO: 315260001906703 28/01/2026 13:30:52 |
| INÍCIO DA PRESTAÇÃO: PA - 1501402 - BELEM | PERCURSO DO VEÍCULO: BREVES - 1501808 - PA | TOMADOR: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN | MUNICÍPIO: BREVES |
| ENDEREÇO: AVENIDA RIO BRANCO,S/N. | PAÍS: Brasil | CEP: 68800-000 | UF: PA |

| QUANTIDADE | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO |
|------------|-------------------------------|
| 1,0000 | TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| NOME | VALOR | NOME | VALOR | NOME | VALOR | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|------|-------|------|-------|------|-------|--------------------------------------|
| | | | | | | R\$ 15.283,33 |
| | | | | | | VALOR A RECEBER R\$ 14.778,98 |

| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS | VALOR ICMS | RFD. BC. |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------------|----------|
| 90 - ICMS outros | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

OBSERVAÇÕES GERAIS:
 PT-MEO- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 24/01/2026 - NUMERO DO VOO 5860/5861 - 02:11:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 ***
 CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS
 INSS BASE: R\$ 4585,00 - INSS RETIDO: R\$ 504,35 ***

| | | |
|--------------|---------------------|--------------------|
| RESPONSÁVEL: | NOME DA SEGURADORA: | NÚMERO DA APÓLICE: |
|--------------|---------------------|--------------------|

INSS: R\$ 504,35
 PCC:
 IR:
 ISS:
 Valor Líquido: R\$ 14.778,98

LANÇADO
 Setor Financeiro
 30.01.2026

Renata Andrade
 Administrativa - Diretoria
 Hospital Regional P. do Marajó

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor:
 Assinatura:
 Data: 30/1/26

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

Medição: 00571

Pedido: 025278

DECLARO QUE RECEBI OS SERVIÇOS DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

CT-E OS

| | | | | |
|-------|----------------------|--------------------------------|--------|-----|
| NOME: | ASSINATURA / CARIMBO | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | SÉRIE | 2 |
| RG: | | INÍCIO DA PRESTAÇÃO-DATA/HORA | NÚMERO | 805 |



AZUL CONECTA LTDA
 AVENIDA JULIO CESAR AEROPORTO
 INTERNACIONAL DE BELEM,S/N.SETOR DE HANGA
 VAL DE CANS BELEM - PA
 CNPJ 04.263.318/0003-88 IE 152859306
 FONE (11)4582-2355 CEP 66115-970

| | | | | |
|--|-------|--------|---|--------------|
| D/CTE OS | | | MODAL | Aéreo |
| Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico para Outros Serviços | | | | |
| MODELO | SÉRIE | NÚMERO | DATA E HORA DE EMISSÃO | |
| 67 | | 2 805 | 28/01/2026 13:34:00 | |
|  1526 0104 2633 1800 0388 6700 2000 0008 0510 0000 8140 | | |  | |
| Consulta em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal | | | | |
| NÚMERO PROTOCOLO | | | 315260001906833 28/01/2026 13:34:53 | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------|-----------------------|-----------|
| TIPO DO CT-E | Normal | | | |
| TIPO DO SERVIÇO | Transporte de Pessoas | | | |
| CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO | 5357 - Prest.serv.transp.a estb.n.contrb | | | |
| INÍCIO DA PRESTAÇÃO | PERCURSO DO VEÍCULO | TÉRMINO DA PRESTAÇÃO | BREVES - 1501808 - PA | |
| PA - 1501402 - BELEM | | | CEP | 68800-000 |
| TOMADOR | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMAN | | MUNICÍPIO | BREVES |
| ENDEREÇO | AVENIDA RIO BRANCO,S/N. | | PAIS | Brasil |
| CNPJ/CPF | 23.453.830/0004-12 | | UF | PA |
| TELEFONE | | | | |

| QUANTIDADE | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO |
|------------|-------------------------------|
| 1,0000 | TRANSPORTE DE PASSAGEIROS |

| COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO | VALOR | VALOR TOTAL DO SERVIÇO |
|--|-------|-------------------------------------|
| NOME: VALOR NOME: VALOR NOME: VALOR | | RS 15.633,33 |
| | | VALOR A RECEBER RS 15.117,43 |

| CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DO SERVIÇO | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA ICMS | VALOR ICMS | REF. IC. |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------------|----------|
| 90 - ICMS outros | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

OBSERVAÇÕES GERAIS
 PT-MEO- FRETAMENTO REFERENTE AOS VOOS DO DIA 26/01/2026 - NUMERO DO VOO 5862/5863 - 02:14:00 HORAS VOADAS - VALOR DA HORA VOADA R\$ 7.000,00 ***
 CONVENIO ICMS N 120/96 SUSPENSAO PELO STF ADI N 1.600-8 DE 08/08/2003.*** REDUCAO DE INSS CONF. IN. RFB 971/2009 INCISO II DO ART. 122 - IMPOSTOS RETIDOS
 INSS BASE: R\$ 4690,00 - INSS RETIDO: R\$ 515,90 ***

| | | |
|-------------|--------------------|-------------------|
| RESPONSÁVEL | NOME DA SEGURADORA | NÚMERO DA APÓLICE |
|-------------|--------------------|-------------------|

INSS: R\$ 515,90
 PCC:
 IR:
 ISS:
 Valor Líquido: R\$ 15.117,43

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor:
 Assinatura:
 Data: 30/1/26

Renata Andrade
 Administrativa - Diretoria
 Hospital Regional P. do Marajó

LANÇADO
 Setor Financeiro
 30.01.2026

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E RESERVADO AO FISCO

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Transferência de Conta Corrente para Conta Corrente

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:16

Dados de Origem

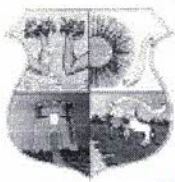
Titular INSTITUTO N D SO
Agência 0019 - BREVES
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Titular V. S S ADMINISTRATIVOS LTDA
Agência 0021 - METRO ESTRADA NOVA
Conta 000241990-4

Valor R\$ 3.500,00 (Três Mil e Quinhentos Reais)
Descrição PAGAMENTO NF 887- V SANTOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS LTDA
Autenticação 639062470072820000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 17:07



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador

medição: 00564

Pedido: 025110

1cmdkICd5

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta do Código de Verificação de Autenticidade acima no portal da NFSe.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão 27/01/2026 19:40:14
Competência 01/2026
Número / Série 887 / E

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
18.403.156/0001-89
Nome / Nome Empresarial
V. SANTOS SERVICOS ADMINISTRATIVOS LTDA
Endereço
RUA PEDRO 13 MARCO

Inscrição Municipal
2273235
E-mail
veraroja@gmail.com
Município
BELEM / PA BRASIL

Telefone
(91) 3120-8777
CEP
66095-720

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH - HRM
Endereço
AV. BARÃO DO RIO BRANCO S/N CENTRO

Inscrição Municipal
-
E-mail
contratos.hrm@indsh.org.br
Município
BREVES / PA BRASIL

Telefone
-
CEP
60880-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO
7020-4/00-00 - ATIVIDADES DE CONSULTORIA EM GESTAO EMPRESARIAL, EXCETO CONSULTORIA TECNICA ESPECIFICA
Serviço
35.01 - SERVIÇOS DE REPORTAGEM, ACESSORIA DE IMPRESA, JORNALISMO E RELAÇÕES PÚBLICAS.
Local da prestação do serviço
BELEM / PA
País da prestação do serviço
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACESSORIA DE COMUNICAÇÃO COM O OBJETIVO DE MANTER A IMAGEM INSTITUCIONAL POSITIVA AO APURAR, PRODUZIR, PUBLICAR MATERIAL JORNALÍSTICO SOBRE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DIVULGAR INTERNA E EXTERNAMENTE, REALIZAR CLIPPING DAS NOTÍCIAS PUBLICADAS, ACOMPANHAR E ANALISAR NOTÍCIAS DE INTERESSE DA MÍDIA E DAS UNIDADES, ORIENTAR GESTORES E SERVIDORES, QUANTO AS MELHORES PRÁTICAS DE RELACIONAMENTO COM A IMPRENSA, ATENDER DEMANDAS, ÁUDIOS, VÍDEOS E FOTOGRAFIA, REALIZAR REGISTROS E AUDIOVISUAL PARA DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL, PROPOR, APOIAR E EXECUTAR ATIVIDADES DE INTERESSE INSTITUCIONAL ENTRE OUTRAS ATIVIDADES. OBS: NOTA FISCAL REFERENTE AO MÊS JANEIRO 2026. BANCO 037 BANPARA /// AGENCIA 021 /// CONTA CORRENTE 241.990-4.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN
Exigível
Retenção do ISSQN
NÃO RETIDO
Município da incidência do ISSQN
BELEM - PA
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
OPTANTE

Responsável pelo recolhimento do ISSQN
PRESTADOR DO SERVIÇO
Regime especial de tributação do ISSQN
Simples Nacional

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 3.500,00 | 0,00 | 0,00 | 3.500,00 | **** | **** |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 3.500,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.500,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LAZYADO
Setor Financeiro
2810426

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: Rosângela da S. R. Gonçalves
Assinatura: Supervisora / NEP
Data: 28/01/26
Hospital Regional Púb. do Marajó

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Pagamento Boleto Cobrança

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639064239769300000
Data da Operação 11/02/2026 16:28
Código de Barras 23792373044201113285188027236707613620000131134
Descrição PAGAMENTO NF 9459- WHITE MARTINS
Banco Cedente 237 - BCO BRADESCO S.A.
Número Único do Boleto 3026012902193394384
CPF/CNPJ do Beneficiário Original 34597955000190
Razão Social WHITE MARTINS GASES INDS
Nome Fantasia WHITE MARTINS GASES INDS
CPF/CNPJ do Beneficiário Final 0
Razão Social
Nome Fantasia
CPF/CNPJ do Pagador 23453830000412
Nome do Pagador INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMEN
Identificação Sacador Avalista
Razão Social Sacador Avalista
Data/Hora do Pagamento 11/02/2026 16:29:00
Valor Nominal 1.311,34
Encargos 0,00
Descontos 0,00
Abatimento 0,00
Valor do Pagamento R\$ 1.311,34 (Um Mil e Trezentos e Onze Reais e Trinta e Quatro Centavos)
Data da operação 11/02/2026
Autenticação 639064241657583428

medição: 001584

pedido: 025406 10/02



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão
22/01/2026 12:08:48
Competência
01/2026
Número / Série
9459 / E
Código de Verificação
HPagW6xn6

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
34.597.955/0013-23
Nome / Nome Empresarial
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS DO NORTE LTDA.
Endereço
RODOVIA AUGUSTO MONTENEGRO KM 12 PARTE COL PINHEIRO

Inscrição Municipal
1036202
Telefone
(91) 3211-7253
E-mail
ESPECIALISTA_FISCAL_CAMPO@LINDE.COM
Município
BELEM / PA BRASIL
CEP
66820-000

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SO
Endereço
RUA AVENIDA RIO BRANCO O CENTRO

Inscrição Municipal
-
Telefone
-
E-mail
financeiro-ana@sococo.com.br
Município
BREVES / PA BRASIL
CEP
68800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO
3319-8/00-00 - MANUTENCAO E REPARACAO DE EQUIPAMENTOS E PRODUTOS NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE
Serviço
14.02 - ASSISTENCIA TECNICA.
Local da prestação do serviço
BREVES / PA
Pais da prestação do serviço
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

LOTE*
CC: 2236
NF: 10045888
ITEM: 85001307
COND PGT: D028
QBS: JAN/26
EMPRESA: 1065

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN
Exigível
Município da Incidência do ISSQN
BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN
PRESTADOR DO SERVIÇO
Retenção do ISSQN
NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN
-

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 1.311,34 | 0,00 | 0,00 | 1.311,34 | 5,000000 | 65,56 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1.311,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.311,34 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LANÇADO
Setor Financeiro
31. 01. 26
[Signature]

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *[Signature]*
Assinatura:
Data: 02/02/26

► Reemissão de Comprovante

Nome GEYSA MACIEL VIANA (Master)
CPF 016.327.152-60
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Pagamento Boleto Cobrança

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000001632715260639064194044350000
Data da Operação 11/02/2026 15:32
Código de Barras 23792373044201113285189027236705413620000131134
Descrição PAGAMENTO NF 9460-WHITE MARTINS
Banco Cedente 237 - BCO BRADESCO S.A.
Número Único do Boleto 3026012903193956403
CPF/CNPJ do Beneficiário Original 34597955000190
Razão Social WHITE MARTINS GASES INDS
Nome Fantasia WHITE MARTINS GASES INDS
CPF/CNPJ do Beneficiário Final 0
Razão Social
Nome Fantasia
CPF/CNPJ do Pagador 23453830000412
Nome do Pagador INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMEN
Identificação Sacador Avalista
Razão Social Sacador Avalista
Data/Hora do Pagamento 11/02/2026 15:33:07
Valor Nominal 1.311,34
Encargos 0,00
Descontos 0,00
Abatimento 0,00
Valor do Pagamento R\$ 1.311,34 (Um Mil e Trezentos e Onze Reais e Trinta e Quatro Centavos)
Data da operação 11/02/2026
Autenticação 639064208036540116

Medição: 001585

Pedido: 025408

10102



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão
22/01/2026 12:45:59
Competência
01/2026
Número / Série
9460 / E
Código de Verificação
IXWhHPUIW

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
34.597.955/0013-23
Nome / Nome Empresarial
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS DO NORTE LTDA.
Endereço
RODOVIA AUGUSTO MONTENEGRO KM 12 PARTE COL PINHEIRO

Inscrição Municipal
1036202
Telefone
(91) 3211-7253
E-mail
ESPECIALISTA_FISCAL_CAMPO@LINDE.COM
Município
BELEM / PA BRASIL
CEP
66820-000

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF
23.453.830/0004-12
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SO
Endereço
AVENIDA RIO BRANCO 1266 CENTRO

Inscrição Municipal
-
Telefone
-
E-mail
financeiro-ana@sococo.com.br
Município
BREVES / PA BRASIL
CEP
66800-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO
3319-8/00-00 - MANUTENCAO E REPARACAO DE EQUIPAMENTOS E PRODUTOS NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE
Serviço
14.02 - ASSISTENCIA TECNICA.
Local da prestação do serviço
BELEM / PA
Pais da prestação do serviço
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

LOTE*
CC: 2236
BP: 10045888
ITEM: 85001307
COMD PGT: D028
OBS: JAN/26
EMPRESA: 1065

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN
Exigível
Município da Incidência do ISSQN
BELEM - PA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN
PRESTADOR DO SERVIÇO
Retenção do ISSQN
NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN
-

CÁLCULO DO ISSQN

| Valor total da NFSe (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Aliq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| 1.311,34 | 0,00 | 0,00 | 1.311,34 | 5,000000 | 65,56 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL

| Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Desc. incondicionado (R\$) | Desc. condicionado (R\$) | Valor Líquido da NFSe (R\$) |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1.311,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.311,34 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LANÇADO
Setor Financeiro
30.01.26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor co. presente
nota fiscal corresponde ao valor do to.
Gestor:
Assinatura:
Data: 02/02/26

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:21

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência 804
Conta 349010
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 23.383,88 (Vinte e Três Mil e Trezentos e Oitenta e Três Reais e Oitenta e Oito Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 18383-R E R EMPREENDIMENTOS E SERVIÇOS LTDA

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062472634840000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:49

medicação: 001589

Indido: 025467



PM DE RIO MARIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO MARIA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
18383
Código de Verificação de Autenticidade
5HIJATZOA
 Data e Hora de Emissão da NFS-e
03/02/2026 às 12:46:06
 Chave de Acesso
 197940X14URQBK7LHGZKUWBAXJRLI7YM
 Para certificação da autenticidade acesse
<http://168.181.174.10:8080/issweb/paginas/public/consulta/autenticidade, menu consultas e informe os>

Informações Fiscais

| | | | |
|--|------------------------------------|---|---|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS RIO MARIA-PA | Local da Prestação RIO MARIA - PA |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Não Possui | Competência 03/02/2026 |
| Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento | | | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| CPF/CNPJ 01.195.098/0001-42 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal 000002967 | Cadastro 000006187 | Nome/Razão Social R E R EMPREENDIMENTOS E SERVICOS LTDA |
| Logradouro RUA 24, S/N | CEP 68530-000 | Cidade RIO MARIA-PA | Complemento CHACARA RAIO DE SOL | Bairro JARDIM MARINGA |
| | | | Telefone | E-mail |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 23.453.830/0004-12 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH |
| Logradouro AV RIO BRANCO, SN | CEP/Cod.Postal 68800-000 | Cidade/Pais BREVES - PA | Complemento CENTRO |
| | | | Cod. BGE 1501808 |
| | | | Telefone |
| | | | E-mail FISCAL.HRM@INDSH.ORG.BR |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|---------------|
| 1,00 | UN | PRESTACAO DE SERVICOS DE COLETA, TRANSPORTE, TRATAMENTO E DISPOSICAO FINAL DE RSS (RESIDUOS DESAÚDE). QUANTIDADE COLETADA: 2907,9 KG COLETAS REFERENTES A 01.2026 | 26.171,10 | R\$ 26.171,10 |

DADOS BANCARIOS BANCO SICREDI No 748 AG: 0804 C/C 34901-0

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|------------------------------|
| LC 116/2003: 070901 | Alíquota 5,00% | Atribuição Município 0000070900001 | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Variação, coleta e remoção de lixo, rejeitos e outros resíduos quaisquer. | | | | | |
| Valor Total dos Serviços R\$ 26.171,10 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 26.171,10 | Total do ISS R\$ 1.308,56 | ISS Retido 1 - Sim |
| | | | | Desconto Condicionado R\$ 0,00 | |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|---|---|-------------------------------------|
| PIS (26.171,10 x 0,65%) R\$ 170,11 | COFINS (26.171,10 x 3,00%) R\$ 785,13 | INSS R\$ 0,00 | IRRF (26.171,10 x 1,00%) R\$ 261,71 | CSLL (26.171,10 x 1,00%) R\$ 261,71 | Outras Retenções R\$ 0,00 |
|--|---|-------------------------|---|---|-------------------------------------|

Em cumprimento à Lei Complementar nº 214, de 2025, destacam-se abaixo valores simulados, sem efeito fiscal ou financeiro

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| IBS (0,10%) R\$ 26,17 | CBS (0,90%) R\$ 235,54 | Val. Aprox. Tributos |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 23.383,88**

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **R E R EMPREENDIMENTOS E SERVICOS LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **18383** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **5HIJATZOA**

Data

CPF/RG

Assinatura

Eds sh

LANÇADO
Setor Financeiro
03.02.26

INSS: _____
 PCC: **R\$ 1.216,95**
 IR: **R\$ 263,71**
 ISS: **R\$ 1.308,56**
 Valor Líquido: **R\$ 23.383,88**


► Reemissão de Comprovante

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de Pagamento Boleto Cobrança

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000001632715260639058174607820000
Data da Operação 04/02/2026 16:11

Código de Barras 34191090080037046166714237960001313490000212750
Descrição PAGAMENTO NF 73052-INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO LTDA
Banco Cedente 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
Número Único do Boleto 3026010100469758178
CPF/CNPJ do Beneficiário Original 00210918000165
Razão Social INSTITUTO QUALISA GESTAO LTDA
Nome Fantasia INSTITUTO QUALISA GESTAO LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário Final 0
Razão Social
Nome Fantasia
CPF/CNPJ do Pagador 23453830000412
Nome do Pagador INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUM
Identificação Sacador Avalista
Razão Social Sacador Avalista
Data/Hora do Pagamento 04/02/2026 16:12:20
Valor Nominal 2.127,50
Encargos 0,00
Descontos 0,00
Abatimento 0,00
Valor do Pagamento R\$ 2.127,50 (Dois Mil e Cento e Vinte e Sete Reais e Cinquenta Centavos)
Data da operação 04/02/2026
Autenticação 639058183506998265

Emitido em quarta-feira, 4 de fevereiro de 2026 às 17:32

medicção: 001539

pedido: 025064

31/01



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 4139 Série NFSE, emitido em 01/01/2026

Número da Nota

00073052

Data e Hora de Emissão

01/01/2026 07:24:01

Código de Verificação

GTIY-YJAC

20260101u00210918000165

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CPF/CNPJ: **00.210.918/0001-65**

Inscrição Municipal: **2.610.822-4**

Nome/Razão Social: **INSTITUTO QUALISA DE GESTAO LTDA**

Endereço: **R NELSON GAMA DE OLIVEIRA 311, ANDAR 10 - MORUMBI - CEP: 05734-150**

Município: **São Paulo**

UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDS**

CPF/CNPJ: **23.453.830/0004-12**

Inscrição Municipal: **---**

Endereço: **AVENIDA RIO BRANCO S/N - CENTRO - CEP: 68800-000**

Município: **Breves**

UF: **PA**

E-mail: **financeiro.hrm@indsh.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **---**

Nome/Razão Social: **---**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A MANUTENCAO ONA.

Contrato N. **HRPM.012.2024** - Parcela **013/024** - Vencto. **06/02/2026**

Valor Líquido R\$ **2.127,50**

| |
|------------------------------------|
| INSS: |
| PGC: R\$ 105,41 |
| IR: R\$ 34,00 |
| ISS: |
| Valor Líquido: R\$ 2.127,50 |

Handwritten signature
LAZARDO
 Setor Financeiro
29/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.

Gestor:

Assinatura:

Data: / /

Handwritten signature: Marcelo Ferreira
 Diretor Técnico - HRPM / INDS. I
 CRM-PA 15310

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 2.266,91

| | | | | |
|------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 34,00 | 22,67 | 68,01 | 14,73 |

Código do Serviço

03115 - Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista.

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito Programa da NFF (R\$) |
| 0,00 | 2.266,91 | 5,00% | 113,34 | 0,00 |

Município da Prestação do Serviço

Número Inscrição da Obra

Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
R\$ 378,12 (16,68%) / IBPT/empre

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 4139 Série NFSE, emitido em 01/01/2026; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2026;

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão IBJ0000069971889153639063348536930000
Data da Operação 10/02/2026 16:01

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 001 - BCO DO BRASIL S.A.
Agência 1867
Conta 661627
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 7.500,00 (Sete Mil e Quinhentos Reais)
Descrição PAGAMENTO NF 202602-LAVSTERI MANUTENÇÃO

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 10/02/2026
Autenticação 639063361652188639

Emitido em terça-feira, 10 de fevereiro de 2026 às 16:12

medicão: 003557

Pedido: 025102

25/01



MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL

Secretaria Municipal de Fazenda
Coordenadoria da Fiscalização Tributária Av. Murilo Braga, nº 1887 - Centro - CEP:
77.500-000 - Porto Nacional/TO - Telefone (63) 3363-6000

Nota: 2026000
00000002
Código Verificação
NUT5-U8T2

MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)
14/01/2026 14:33:56

Período de Competência
01/2026

Município de Prestação do Serviço
Porto Nacional - TO

Reg. Especial Tributação
Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

Exigibilidade do ISS
Exigível em Porto Nacional

PRESTADOR DE SERVIÇOS
Razão Social

LAVSTERI MANUTENÇÃO DE MAQ. E EQUIPAMENTOS LTDA

Nome Fantasia

LAVSTERI MANUTENÇÃO INDUSTRIAL

CPF/CNPJ

31.919.074/0001-50

Inscrição Municipal

2017829851

Inscrição Estadual

Simple Nacional

Sim

Email

lavsterimp@gmail.com

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(63) 3214-3695

Endereço

LUZIMANGUES, S/N, CH VITORIA, LUZIMANGUES - CEP: 77502-000 - Porto Nacional - To

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

CPF/CNPJ

23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

AV RIO BRANCO, 1266 - CENTRO - CEP: 68800-000 - Breves - PA

SERVIÇO PRESTADO

1402 - Assistência técnica. CNAE: 3314710.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Manutenção preventiva e corretiva nos equipamentos de lavanderia, CME e Lactário do HRM Ref. 01/2026.

Dados Bancários:

Agencia: 1867-8

Conta Corrente: 66162-7

Lavsteri Manutenção

Banco do Brasil

Luella
LANÇADO
Setor Financeiro
30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor cobrado.
Gestor: *Edson de O. Silva*
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
Assinatura: *[Signature]*
Data: *29/01/26*

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

INSS (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00

VALORES

Deduções (R\$)

0,00

Desc. Cond. (R\$)

0,00

Desc. Incond. (R\$)

0,00

Base de Cálculo ISS (R\$)

Alíquota ISS (%)

4,0200

Valor dos Serviços (R\$)

7.500,00

ISS (R\$)

ISS Retido (R\$)

Valor Líquido (R\$)

7.500,00

Valor Total da Nota (R\$)

7.500,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 1.008,75 Federal e R\$ 375,00 Municipal. Fonte: IBPT [1C2537]

Chave de Acesso da NFS-e Nacional: 1718204123191907400015026000000000226010014381312

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:26

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 001 - BCO DO BRASIL S.A.
Agência 3180
Conta 4089243
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 4.058,39 (Quatro Mil e Cinquenta e Oito Reais e Trinta e Nove Centavos)

Descrição PAGAMENTO NF 99768453-WHITE MARTINS GASES

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026

Autenticação 639062475814130000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:50

medicão: 001566

Pedido: 025112 30/02

WHITE MARTINS

Unidade: FILIAL BELEM
 Endereço: ROD AUGUSTO MONTENEGRO S/N
 Bairro: COL PINHEIRO
 Cidade: BELEM Uf: PA
 CEP: 66820-000 Fone 91 3211 7268

Nota de Débito 0099768453

| | |
|--------------------|--------------|
| CNPJ | Data Emissão |
| 34.597.955/0013-23 | 11.01.2026 |
| Inscrição Estadual | |
| 151450706 | |

Destinatário

| | | |
|---------------------------------------|------------|--------------------|
| Nome Razão Social | | CNPJ/CPF |
| INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO | | 23.453.830/0004-12 |
| Endereço | Bairro | CEP |
| AVENIDA RIO BRANCO 1266 | CENTRO | 68800-000 |
| Município | FONE/FAX | UF |
| BREVES | 9137832140 | PA |
| | | Inscrição Estadual |

Dados do Documento

Moeda BRL

| Código | Descrição | Qtde Un. | Vlr Unit. | Vlr Total |
|----------------------------|-----------------------------|----------|-----------|-----------------|
| 85000555 | Locação Recipiente Criog O2 | 1 CDA | 1855,3500 | 1.855,35 |
| 85000555 | Locação Recipiente Criog O2 | 1 CDA | 2203,0400 | 2.203,04 |
| Valor Total da Nota | | | | 4.058,39 |

Luella
 LANÇADO
 Setor Financeiro
 30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
 Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
 Gestor: *Edson de Oliveira Silva*
 Assinatura: SUPERVISOR ADMINISTRATIVO HRP/INDSH
 Data: 29/01/26

- SE VOCÊ NÃO RECEBEU TODA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO PRODUTO QUE FOI ADQUIRIDO (EX.: FICHA DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA DE PRODUTOS QUÍMICOS - FISPQ, MANUAL DE INSTRUÇÕES DE EQUIPAMENTO, INSTRUÇÃO DE OPERAÇÃO E MANUSEIO DE CILINDROS, TANQUES, ETC.), SOLICITE OS MESMOS IMEDIATAMENTE AO REPRESENTANTE DA FILIAL QUE LHE ATENDEU OU CONTACTE-NÓS ATRAVÉS DO TELEFONE DA NOSSA CENTRAL DE ATENDIMENTO.
 - LEIA AS INSTRUÇÕES CONSTANTES EM CADA EQUIPAMENTO ANTES DE SEU MANUSEIO, E SE HOUVER ALGUMA DÚVIDA QUANTO AS INFORMAÇÕES ALI CONTIDAS, SOLICITE ORIENTAÇÃO.
 - ANTES DE SEUS FUNCIONÁRIOS INICIAREM O MANUSEIO DE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS FORNECIDOS PELA FILIAL, REPASSE A ELES AS INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA CONTIDAS NOS MANUAIS E DOCUMENTOS FORNECIDOS JUNTO A ESTES EQUIPAMENTOS E PRODUTOS.

Informações Adicionais

Referência Anterior

Cond. Pagto D028 028 Dias Data Líquida Vencimento 08.02.2026
 Centro 2236
 Tipo da OV ZVLO Motivo Y16 - Locação mensal
 Cliente Receptor 0010045888 INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SO - AVENIDA RIO BRANCO - 1266

OPERAÇÃO NÃO SUJEITA AO I.S.S DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR 116/03.

ATESTAMOS QUE OS DADOS ACIMA CONFEREM COM OS BENS CEDIDOS EM LOCAÇÃO

| | | | |
|------|------------|--------------|-------------|
| Data | Assinatura | Nome Legível | Nota Débito |
| | | | 0099768453 |

**► Reemissão de Comprovante**

Nome Marcileide Costa Ruella (Operador)
CPF 017.539.922-06
Empresa INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
CNPJ 23.453.830/0004-12
Agência 0019
Conta 000050103-4

Comprovante de TED

Agência 0019
Conta 0000501034
Tipo Conta Conta Corrente
Sessão APJ0000069971889153639062469114610000
Data da Operação 09/02/2026 15:20

Dados de Origem

Titular INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO -
Agência 0019
Conta 000050103-4

Dados de Destino

Banco Destino 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência 2001
Conta 184440
Tipo da Conta Conta Corrente
Finalidade Pagamento de Fornecedores

Valor R\$ 8.000,00 (Oito Mil Reais)
Descrição PAGAMENTO NF1-J DO S DE SOUZA DIAS SERVIÇOS

ATENÇÃO

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Tarifas vigente ou no Pacote de Serviços nas agências e no site <https://www.banpara.b.br> > Serviços > Você > Tarifas e Pacotes de Serviços

O crédito na conta de destino será efetivado em até 30 (trinta) minutos.

Data da operação 09/02/2026
Autenticação 639062472086990000

Emitido em segunda-feira, 9 de fevereiro de 2026 às 16:46

medicação: 001558

NFS-e Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



Prefeitura Municipal de Ananindeua
Secretaria de Gestão Fazendária - SEGEF

Chave de Acesso da NFS-e
1500800223474042200011500000000000126010675862863
Número da NFS-e
1
Competência da NFS-e
13/01/2026
Número da DPS
1
Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
13/01/2026 16:09:40
Data e Hora da emissão da DPS
13/01/2026 16:09:40



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço
Nome / Nome Empresarial
J DOS DE SOUZA DIAS SERVICOS
Endereço
GERALDO PALMEIRA, QUADRA 32, 06A, CENTRO
Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

CNPJ / CPF / NIF
34.740.422/0001-15

Inscrição Municipal
00000000072790
E-mail
WILTON.CONTABEL1@GMAIL.COM
Município
Ananindeua - PA
Regime de Apuração Tributária pelo SN
Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simples Nacional

Telefone
(91) 8481-9398

CEP
67040-360

TOMADOR DO SERVIÇO
Nome / Nome Empresarial
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
Endereço
RIO BRANCO, S/N, CENTRO

CNPJ / CPF / NIF
23.453.830/0004-12

Inscrição Municipal
-
E-mail
-
Município
Breves - PA

Telefone
-
CEP
68800-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO
Código de Tributação Nacional
15.03.08 - Manutenção de bens e equipamentos em geral.
Descrição do Serviço
Nota fiscal referente a serviço de Manutenção Preventiva e Corretiva do Grupo Gerador. 2.Manutenção preventiva e corretiva Chiller Selfs Fancoi

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Breves - PA

País da Prestação
-

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL
Tributação do ISSQN
Operação Tributável
Tipo de Imunidade
Valor do Serviço
R\$ 8.000,00
BC ISSQN
-

País Resultado da Prestação do Serviço
-
Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não
Desconto Incondicionado
-
Alíquota Aplicada
-

Município de Incidência do ISSQN
Ananindeua - PA
Número Processo Suspensão
-
Total Deduções/Reduções
-
Retenção do ISSQN
Não Retido

Regime Especial de Tributação
Nenhum
Benefício Municipal
-
Cálculo do BM
-
ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL
IRRF
-
PIS
-

CP
-
COFINS
-

CSLL
-
Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E
Valor do Serviço
R\$ 8.000,00
IRRF, CP,CSLL - Retidos
R\$ 0,00

Desconto Condicionado
R\$
PIS/COFINS Retidos
-

Desconto Incondicionado
R\$

ISSQN Retido
-
Valor Líquido da NFS-e
R\$ 8.000,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS
Federais
-
Estaduais
-
Municipais
-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

M. Paula
L. C. M. A. D. O.
Setor Financeiro
30/01/26

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
Certifico que o valor constante da presente nota fiscal corresponde ao valor contratado.
Gestor: *Felton de Oliveira Silva*
Assinatura: SUPERVISOR ADMINISTRATIVO HRP/INDSH
Data: 29/01/26

GESTÃO DE CONTRATOS HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

| NUMERO DO CONTRATO HRP | EMPRESA | CPNJ | CONTATO | INSTRUMENTO | OBJETO | DATA DE ASSINATURA | VIGÊNCIA | VALOR | VALOR TOTAL DO CONTRATO | QTD. DE PROFISSIONAIS | Nº CLÁUSULA/AAC ESSORIEDADE | Nº CLÁUSULA LGPD | Nº CLÁUSULA REAJUSTE | Observações Unidade | DENÚNCIA | |
|------------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|-----------------------|---|--|-------------------------|-----------------------|---|------------------|------------------------------|---------------------|----------|--|
| HRPM.004.2025 | A.A.W SERVIÇOS LTDA | 16.808.908/0001-66 | 91 99140-4678 | Contrato Principal | CONVENIO IMPLANTADO SOBRE ESTAGIOS NÃO REMUNERADOS | 13/8/2025 | 2ANOS | n/a | N/A | | | | | | | |
| | | | | 1º TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | TRAMITANDO ASSINATURA | | | | | | | | | | |
| HRPM.015.2024 | ALB ANESTESIA LTDA | 57.850.766/0001-82 | 91 98897-7270 | Contrato Principal | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM ANESTESIOLOGIA. | 30/11/2024 | Indeterminado | | | | | | | | | |
| HRPM.003.2023 | ALIAMEDIC LTDA | 36.855.615/0001-47 | aliamediclda@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇO TÉCNICO EM RADIOLOGIA | 01/05/2023 | Indeterminado | R\$ 35.750,00 | | | 39 | 56 a 63 | 37 | ... | ... | |
| HRPM.003.2025 | ALLIANZ EMPRESARIAL | 61.573.796/0001-66 | 1129981111 | Contrato Principal | SERVIÇOS DE SEGURO PREDIAL | 04/08/2025 | 04/08/2026 | R\$ 6.951,99 | | | | | | | | |
| HRPM.017.2020 | ANTONIO C. M. DE ARAUJO E CIA LTDA EPP | 01.305.292/0001-33 | rh@tecmed-pa.com.br | Contrato Principal | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA EM ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO E FORNECIMENTO DE ANÁLISE MICROBIOLÓGICAS E FÍSICO-QUÍMICAS. | 01/12/2020 | Determinado - (01/12/2020 A 01/12/2021) | R\$ 12.211,71 MENSAL | | | 7, § 6º | NÃO TEM | 5. Entende-se que será anual | ... | ... | |
| | | | | 1º TA | ALTERA A CLÁUSULA PRIMEIRA, INCLUI SERVIÇO NA CLÁUSULA TERCEIRA, ALTERA A CLÁUSULA QUINTA, | 12/04/2021 | - | R\$ 31.161,71 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 2º TA | ALTERA A CLÁUSULA PRIMEIRA DO CONTRATO PRINCIPAL, EXCLUI SERVIÇOS DA CLÁUSULA TERCEIRA, ALTERA-SE A CLÁUSULA QUINTA NOS VALORES | 14/04/2021 | - | R\$ 19.311,71 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 3º TA | RENOVAÇÃO DE CONTRATO | 01/12/2021 | 01/12/2022 | R\$ 19.311,71 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 4º TA | ALTERA OS ITENS 1 E 1.1 DA CLÁUSULA PRIMEIRA, ALTERA A CLÁUSULA TERCEIRA, ALTERA OS ITENS 5.1 E 5.1.1 DA CLÁUSULA QUINTA. | 15/05/2022 | 01/12/2022 | | | | | | | | | |
| | | | | 5º TA | ALTERA A CLÁUSULA 6º - PRAZO, PRORROGANDO-SE A VIGÊNCIA POR MAIS 24 (VINTE E QUATRO MESES), A CONTAR DO DIA 1º DE DESEMBRO DE 2022. | 01/12/2022 | 01/12/2024 | R\$ 25.922,04 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 6º TA | ALTERA A CLÁUSULA 6º - PRAZO, PORROGANDO-SE PARA POR TEMPO INDETERMINADO | 02/12/2024 | Indeterminado | R\$ 25.922,04 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 7º TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | 01/12/2025 | Indeterminado | R\$ 25.922,04 MENSAL | | | | | | | | |
| HRPM.002.2013 | AZUL CONECTA LTDA | 04.263.318/0001-16 | 11 95718-5819 | Contrato Principal | mais 24 (vinte e quatro) meses, a contar do dia 1º de dezembro de 2022. | 25/07/2013 | Indeterminado | R\$ 4.540,00 SEMANAL PARA VOOS ÀS SEGUNDAS-FEIRAS E R\$ 5.200,00 SEMANAL PARA VOOS AOS SABADOS | | | Não tem (14º - denúncia com antecedência de 30 dias). | 2 TA CLÁUSULA 4 | | | | |
| | | | | 1º TA | ALTERAÇÃO DO NOME DA CONTRATADA DE TWO TAXI AÉREO LTDA PARA AZUL LINHAS AÉREAS BRASILEIRAS E ALTERAÇÃO DO VALOR | 01/07/2021 | Indeterminado | R\$ 7.800,00 SEMANAL, R\$ 36,07 DE TARIFA DE EMBARQUE POR PASSAGEIRO | | *** | 2 TA CLÁUSULA 4 | ***** | ***** | | | |
| | | | | 2º TA | INCLUI-SE NA CLÁUSULA 6 OS § 1 E 2, REAJUSTE DE VALOR, NORMAS ANTICORRUPÇÃO, CLÁUSULAS LGPD, | 29/09/2022 | ** | R\$ 8.970,00 + Taxa de embarque | | **** | 2 TA CLÁUSULA 4 | ***** | ***** | | | |
| | | | | 3º TA | INICIO DO 2º FRETAMENTO AERONAVE QUE SERÁ OPERADO NA SEGUNDA-FEIRA | 09/01/2023 | *** | R\$ 9.000,00 + Taxa de embarque | | **** | 2 TA CLÁUSULA 4 | **** | **** | | | |
| | | | | 4º TA | ALTEROU-SE O VALOR DOS FRETAMENTOS SENDO AGORA R\$11.000,00 POR VIAGEM, TENDO ISSO EM VIF=GOR ATÉ 31/12/2024 | 20/12/2024 | 01/01/2025 | R\$11.000,00 POR VIAGEM | | | | | | | | |
| | | | | 5º TA | ALTERA-SE O VALOR CONTRATUAL DE HORAS DE VIAGEM, ASSIM COMO A DATA DE VIGENCIA | 10/10/2025 | --- | R\$ 7.000,00 POR HORA DE VIAGEM | | | | | | | | |
| HRPM.010.2012 | BANCO DO ESTADO DO PARÁ S/A | 04.913.711-0001-08 | dousada@banparanet.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS DE PAGAMENTO DE SALÁRIOS, PROVENTOS E SILMIARES | 04/07/2012 | Indeterminado | R\$ 3,00 POR PAGAMENTO REALIZADO E R\$ 12,00 POR TRANSFERENCIA | | | - | | | ... | ... | |
| HRPM.022.2011 | CARLETO E ROCHA LTDA | 14.248.873/0001-22 | carletoerocha@hotmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA NA ESPECIALIDADE DE FISIOTERAPIA | 15/11/2011 | Indeterminado | R\$ 15.000,00 MENSAL | | | 24, § 2º | | | | | |
| | | | | 1º TA | ALTERAÇÃO NO VALOR DO CONTRATO DE R\$ 15.000,00 PARA 31.500,00. | 30/10/2013 | - | R\$ 31.500,00 MENSAL | | - | | | | | | |
| | | | | 2º TA | REAJUSTE NO VALOR DO CONTRATO | 02/01/2018 | - | R\$ 35.285,00 MENSAL | | - | | | | | | |
| | | | | 3º TA | SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA AMBULATORIAL E INCLUSÃO DE PLANTÕES NA UTI COVID POR R\$ 380,00 POR PLANTÃO DE 12 HORAS. | 17/03/2021 | - | R\$ 380,00 POR PLANTÃO + 35.285,00 MENSAL | | - | | | | | | |
| | | | | 4º TA | ALTERAÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO FORNECENDO MÃO DE OBRA ESPECIALIZADA EM FISIOTERAPIA, FONOAUDILOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL E ALTERAÇÃO DO VALOR. | 21/06/2021 | - | R\$ 38.285,00 MENSAL | | - | | | | | | |
| | | | | 5º TA | RETORNO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS QUE FOU SUSPENSO NO DIA 17/03/2021, POR INTERMÉDIO DO 3º TA. | 10/07/2021 | - | - | | - | | | | | | |
| | | | | 6º TA | SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL | 12/02/2022 | - | R\$ 35.285,00 MENSAL | | - | | | | | | |
| 7º TA | ALTERA A QUANTIDADE DE CONSULTAS AMBULATORIAIS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, ALTERA A CLÁUSULA 19 - PREÇO, INCLUI A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS E CARGA HORÁRIA, ALTERA O PARÁGRAFO SEGUNDO DA CLÁUSULA 24-RESCISÃO, INCLUI A CLÁUSULA 15.1 | 01/04/2022 | Indeterminado | R\$ 39.000,00 | | | | | | | | | | | | |
| HRPM.005.2016 | CENTRO DE DIAGNOSTICO DR MURILLO LOBATO | 08.704.319/0001-00 | financeiro@cmml.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA | 01/05/2016 | Indeterminado | R\$ 6.500,00 MENSAL | | | 32 | | | | | |
| | | | | 1º TA | Suspensão temporária dos serviços prestados (60 dias), em virtude da pandemia | 01/05/2020 | - | - | | - | | | | | | |
| | | | | 2º TA | Retorno da prestação de serviços | 01/07/2020 | - | - | | - | | | | | | |
| | | | | 3º TA | SUSPENSÃO DO CONTRATO NO PERÍODO DE 01/03/2021 A 31/03/2021, NO PERÍODO DE 01/04/2021 A 30/06/2021. OS SERVIÇOS SERÃO PRESTADOS COM QUOTA LIMITADA A 50% E A PARTIR DE 01/07/2021 HAVERÁ A NORMALIZAÇÃO TOTAL DOS SERVIÇOS. E VALORES. | 01/03/2021 | 01/03/2021 A 30/06/2021 | - | | - | | | | | | |
| | | | | 4º TA | ALTERA A QUANTIDADE DE CONSULTAS. ALTERA CLÁUSULA 27-PREÇO, ALTERA A CLÁUSULA 32 - RESCISÃO E AS DESPESAS COM HOSPEDAGEM POR CONTA DA CONTRATADA. | 21/06/2022 | Indeterminado | R\$ 15.000,00 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--------------------|--|--------------------|---|------------|------------------------|---|----------------|--|--|-------------------|--------|------|------|
| | | | | 5º TA | ALTERA A QUANTIDADE DE CONSULTAS MENSASIS, ALTERA CLÁUSULA 27-PREÇO, INCLUI-SE AS CLÁUSULAS REFERENTE A LEI DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD. | 01/12/2022 | - | R\$ 6.190,00 | | | - | Cláusula 3º do TA | | | |
| HRPM.004.2022 | CENTRO MEDICO AGRIA E ATAIDE LTDA - ME | 15.035.294/0001-64 | contabilidade@agriataide.com | Contrato Principal | SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIZADA DE CIRURGIA GERAL | 28/02/2022 | Indeterminado | R\$3.400,00 por plantão de 24h+ R\$12.000,00 + 6.800,00 | | | | Cláusula 5º do TA | | | |
| | | | | 1º TA | CLÁUSULA PRIMEIRA - INCLUI-SE AO QUADRO PRINCIPAL O SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO. CLÁUSULA SEGUNDA - Com a alteração acima, a cláusula 27 - PREÇO, do contrato principal. INCLUSÃO DA CONTRATANTE ASSUMIR OS CUSTOS COM PASSAGEM E HOSPEDAGEM DO MÉDICO DO TRABALHO. INCLUI-SE AS CLÁUSULAS REFERENTES A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD | 01/01/2023 | Indeterminado | R\$ 6.800,00 | | | | | | | |
| HRPM.016.2024 | CEMIG GERAÇÃO E TRANSMISSÃO S.A | 06.981.176/0001-58 | ... | Contrato Principal | PRESTAÇÃO DE VENDA E CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 1º/11/2024 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | | | |
| HRPM.002.2018 | CIANE DOS SANTOS SANCHES COMERCIO E SERVIÇOS LTDA | 27.132.168/0001-07 | cs.solucoes@outlook.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE PROVIMENTO DE ACESSO À INTERNET | 01/03/2018 | Indeterminado | R\$ 6.500,00 MENSASIS | | | Não tem (cláusula 18: poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias) | | | *** | *** |
| HRPM.005.2021 | CLINICA MEDICA ESPECIALIZADA DE BREVES | 41.004.150/0001-50 | bruna@consultecauditoria.com.br | Contrato Principal | 27. Para a prestação de serviços deste contrato, a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA, o valor de R\$ 6.190,00 (seis mil cento e noventa reais) mensais, para uma quantidade de 50 consultas/mês, juntamente com exames de Vídeo Laringoscopia e Vídeo Endoscopia Naso Sinusal. | 01/05/2021 | Indeterminado | R\$575.500,00 MENSAL | | | 33 | | | *** | *** |
| | | | | 1º TA | valor de R\$ 6.190,00 (seis mil cento e noventa reais) mensais, para uma quantidade de 50 consultas/mês, juntamente com exames de Vídeo Laringoscopia e Vídeo Endoscopia Naso Sinusal. | 01/06/2021 | Indeterminado | R\$ 424.700,00 MENSAL | | | * | | | *** | *** |
| | | | | 2º TA | consultas/mês, juntamente com exames de Vídeo Laringoscopia e Vídeo Endoscopia Naso Sinusal. | 01/01/2022 | Indeterminado | R\$ 337.700,00 | | | - | | | *** | *** |
| | | | | 3º TA | 1 (uma) vez por mês. | 01/03/2022 | Indeterminado | R\$ 131.000,00 MENSAL | | | - | | | ... | ... |
| | | | | 4º TA | CLÁUSULA TERCEIRA - Inclui-se as cláusulas referente a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD | 01/07/2022 | Indeterminado | R\$ 15.000,00 | | | - | | | | |
| | | | | 5º TA | do tópico DA PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD | 01/07/2022 | Indeterminado | valor unitário do plantão R\$ 787,84 | | | - | Cláusula 3º | | | |
| | | | | 6º TA | INCLUI-SE AO QUADRO-RESUMO DO CONTRATO PRINCIPAL O SERVIÇO DE MASTOLOGIA | 01/07/2022 | Indeterminado | Valor de R\$ 7.000,56 | | | | | | | |
| | | | | 7º TA | Retira-se o serviço de atendimento emergencial de nefrologia | 04/10/2023 | - | - | R\$ 133.000,56 | | | | | | |
| | | | | 8º TA | Retira-se o serviço de mastologia do contrato principal. | 13/3/2024 | - | - | - | | | | | | |
| | | | | 9º TA | Retira-se do quadro principal os serviços em Diretoria Técnica | 03/03/2025 | - | - | - | | | | | | |
| HRPM.002.2022 | DIAGNOGEST | 34.740.422/0001-15 | wania.pantoja@dgsonline.com.br | Contrato Principal | SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DO LABORATÓRIO E DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL | 06/01/2022 | Indeterminado | R\$ 164.570,92 | | | 30 | | | *** | *** |
| | | | | 1º TA | ALTERA O ITEM VIII - ACESSORIEDADE E A CLÁUSULA TRIGÉSIMA. | 21/03/2022 | Indeterminado | R\$ 164.570,92 | | | | | | | |
| | | | | 2º TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | | TRAMITANDO ASSINATURA | | | | | | | | |
| | | | | 3º TA | EAJUSTE DE TABELA DE EXAMES E VALOR MENSAL | | TRAMITANDO ASSINATURA | R\$ 210.000,00 | | | | | | | |
| HRPM.016.2022 | DIXMEDICAL PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA | 19.001.659/0001-90 | marcia.czar@dixmedical.com.br | Contrato Principal | ALUGUEL DE CARRINHO DE BISTURI | 01/09/2022 | Indeterminado | R\$ 5.990,00 | | | 2, §2º | 14* | 3º § 6 | ... | ... |
| HRPM.007.2022 | ELI UCHOA SERVICOS MEDICOS | 31.784.797/0001-99 | eliane.contabilidade@hotmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE INFECTOLOGIA] | 01/04/2022 | Indeterminado | R\$ 7.400,00 | | | 34 | - | | ... | ... |
| | | | | 1º TA | ALYERAÇÃO DA RAZÃO SOXIAL | | TRAMITANDO ASSINATURA | | | | | | | | |
| HRPM.017.2012 | ERINALDO ANGELO DA SILVA | 16.949.593/0001-77 | 91 99223-0260 | Contrato Principal | SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU PEQUENAS CARGAS | 01/09/2012 | Indeterminado | O PAGAMENTO SE DARÁ MEDIANTE TARIFA DE VIAGEM E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO | | | 21 | | | *** | *** |
| | | | | 1º TA | ALTERAÇÃO DE CLÁUSULAS E VALOR | 01/11/2018 | - | R\$ 3.800,00 | | | - | | | | |
| | | | | 2º TA | ALTERAÇÃO DE CLÁUSULA | 01/09/2019 | - | - | | | - | | | | |
| | | | | 3º TA | ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA VALOR | 01/05/2021 | - | R\$ 4.400,00 | | | - | | | | |
| | | | | 4º TA | ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA VALOR | 01/06/2022 | - | R\$ 4.900,00 | | | - | | | | |
| | | | | 5º TA | ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA VALOR | 16/06/2024 | Indeterminado | R\$ 5.380,00 | | | - | | | | |
| | | | | 6º TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPS | | TRAMITANDO ASSINATURA | R\$ 5.380,00 | | | - | | | | |
| HRPM.006.2022 | F DA SILVA WAN MEYL | 27.477.738/0001-09 | drwanmeyl@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE RADIOLOGIA | 26/03/2022 | Indeterminado | | | | 38 | - | | ... | ... |
| | | | | 1º TA | INCLUSÃO DO TELELAUDO E REJUSTE DE VALORES | 01/04/2022 | - | R\$ 142.850,00 | | | - | 4 | | | |
| HRPM.014.2018 | F. F. DOS S. SANCHES ME | 24.207.941/0001-69 | valterdelta@yahoo.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS DE LOCAÇÃO DE IMPRESSORAS COM FORNECIMENTO DE TONNER, MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CORRETIVA E ASSISTENCIA TÉCNICA | 22/12/2018 | Determinado - 12 meses | R\$ 6.895,00 MENSAL | | | 28 | | | *** | *** |
| | | | | 1º TA | CORREÇÃO DO NOME DO SÓCIO ADM E PRORROGAÇÃO DA VIGÊNCIA | 01/12/2019 | Determinado - 12 meses | - | | | - | | | | |
| | | | | 2º TA | ALTERA A CLÁUSULA 1- OBJETO QUE MUDA A QUANTIDADE DE IMPRESSORAS, INCLUI NO OBJETO O ITEM 1.1 FORNECIMENTO DE PAPEL FOTOGRÁFICO, ALTERA A CLÁUSULA 23-ALUGUEL MENSAL E REAJUSTES, ALTERA A CLÁUSULA 28- PRAZO E RESCISÃO. | 01/08/2022 | Indeterminado | R\$ 7.931,00 + R\$ 0,85 por papel fotográfico (até R\$ 2.380,00) | | | - | | | | |
| | | | | 3º TA | INCLUSÃO DE EQUIPAMENTOS E ALTERAÇÃO DE VALORES | 27/06/2023 | Indeterminado | R\$ 11.499,55 | | | - | - | | | |
| HRPM.012.2014 | GALHARDI SUPRIMENTOS PARA INFORMATICA E SERVIÇOS LTDA | 03.915.427/0001-08 | camila.ortencio@sitech.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS DE CONSULTORIA EM GESTÃO EM TIC | 01/11/2014 | Indeterminado | R\$ 2.500,00 MENSAL E R\$ 110,00 POR HORA ADICIONAL DE TRABALHO | | | 12.1. vi (rescisão - comunicado formal a outra parte por escrito com 60 dias de antecedência) | | | *** | *** |
| | | | | 1º TA | ALTERAÇÃO DO VALOR | 01/11/2015 | - | R\$ 2.752,00 MENSAL | | | - | | | | |
| | | | | 2º TA | INCLUSÃO DO SERVIDOR DE IAAS, COM ACRESCIMO DE R\$ 790,00 AO CONTRATO. | 01/09/2018 | Indeterminado | R\$ 790,00 | | | - | | | | |
| | | | | 3º TA | INCLUSÃO DE SERVIÇOS E ATERAÇÃO DE VALOR | 02/01/2019 | - | R\$ 4.502,00 | | | - | | | | |
| | | | | 4º TA | ALTERAÇÃO DO VALOR REAJUSTADO | 01/09/2019 | - | R\$ 829,10 | | | - | | | | |
| | | | | 5º TA | ALTERAÇÃO DO VALOR | 01/01/2019 | - | R\$ 4.643,80 | | | - | | | | |
| | | | | 6º TA | ALTERAÇÃO DO VALOR REAJUSTADO | 09/09/2020 | - | R\$ 937,05 | | | - | | | | |
| | | | | 7º TA | ALTERAÇÃO DO VALOR REAJUSTADO | 01/11/2020 | - | R\$ 5.061,74 | | | - | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--------------------|--|---------------------------|---|--------------------------------|---|--|----------------|--|--|--|--|----|--|--|--|-----|-----|
| | | | | ERRATA | ALTERAÇÃO DA LEITURA DOS TA 2 E 3 | 09/03/2021 | - | - | | | | | | | | | | | |
| | | | | 8ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 01/09/2021 | - | R\$ 1.024,20 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 9ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 01/10/2021 | - | R\$ 5.570,44 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 10ª TA | EXCLUSÃO DO 2º TA DE INCLUSÃO DO INTERACT | 01/11/2021 | - | R\$ 5.570,44 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 11ª TA | CLÁUSULAS LGPD | 01/10/2022 | - | - | | | | | | | | | | | |
| | | | | 12ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 01/10/2022 | 12 MESES | R\$ 5.570,44 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 13ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 01/10/2022 | 12 MESES | R\$ 500,00 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 14ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 02/10/2023 | - | R\$ 500,00 | | | | | | | | | | | |
| HRPM.016.2017 | GALHARDI SUPRIMENTOS PARA INFORMATICA E SERVIÇOS LTDA | 03.915.427/0001-08 | camila.ortencio@siltech.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS DE LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DE FIREWALL | 01/09/2017 | Determinado, após 12 meses indeterminado | R\$ 465,00 MENSAL | | | | | 2.2 (rescisão - comunicado formal a outra parte por escrito com 30 dias de antecedência) | | | | | *** | *** |
| | | | | 1ª TA | REAJUSTE DE VALORES | 01/09/2020 | - | R\$ 525,54 MENSAL | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA DE REAJUSTE E REAJUSTE DE VALOR. | 01/09/2021 | Determinado - 12 meses, renovado automaticamente por prazo indeterminado. | 574,42 | | | | | INICIAR PROCESSO | | | | | | |
| | | | | 3ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 01/08/2022 | 12 MESES | 574,42 | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 4ª TA | CLÁUSULAS LGPD | 01/10/2022 | - | - | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 5ª TA | REAJUSTE DE VALOR | 08/09/2023 | 12 MESES | 500 | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 6ª TA | Alteração da Razão Social da Contratada | 02/10/2023 | - | - | | | | | - | | | | | | |
| HRPM.012.2016 | IGOS - INSTITUTO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA E SEXUALIDADE EIRELI | 26.116.224/0001-57 | marlyjuca@uol.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA | 01/10/2016 | 1 ano | R\$ 4.700,00 MENSAL | | | | | 32 | | | | | ... | ... |
| | | | | 1ª TA | Suspensão temporária dos serviços prestados na especialidade de Ginecologia oncológica (60 dias), em virtude da pandemia | 01/05/2020 | Indeterminado | - | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | Retorno da prestação de serviços de Ginecologia oncológica | 01/07/2020 | - | - | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 3ª TA | SUSPENSÃO DO CONTRATO NO PERÍODO DE 01/03/2021 A 31/03/2021, NO PERÍODO DE 01/04/2021 A 30/06/2021, OS SERVIÇOS SERÃO PRESTADOS COM QUOTA LIMITADA A 50% E A PARTIR DE 01/07/2021 HAVERÁ A NORMALIZAÇÃO TOTAL DOS SERVIÇOS E VALORES. | 01/03/2021 | 01/03/2021 A 30/06/2021 | - | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 4ª TA | AJUSTE DO VALOR CONTRATATO E ALTERA A CLÁUSULA 32- PRAZO E RESCISÃO. | 01/04/2022 | Indeterminado | R\$ 11.000,00 | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 5ª TA | AJUSTE DE VALOR E QUANTITATIVO DE CONSULTAS | 01/12/2022 | - | R\$ 7.090,00 | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 6ª TA | Alteração da Razão Social da Contratada | 16/02/2023 | Indeterminado | ***** | | | | | *** | | | | | | |
| HRPM.012.2024 | INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO - IQG | 00.210.918/0001-65 | notafiscal@iqg.com.br | Contrato Principal | CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RECEPÇÃO ONA 2 | 16/09/2024 | 16/09/2026 | ... | | | | | | | | | | | |
| HRPM.010.2021 | J DO S SOUZA DIAS SERVIÇOS | 34.740.422/0001-15 | comercial@igrefrigeracaoconsultoria.com.br | Contrato Principal | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADO EM MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA DE REFRIGERAÇÃO INDUSTRIAL | 01/12/2021 | Indeterminado | R\$ 6.500,00 MENSAL | | | | | 8,3 | | | | | *** | *** |
| | | | | 1ª TA | ALTERAÇÃO DO OBJETO, REAJUSTE DE VALOR, ALTERA A ACESSORIEDADE E INCLUI CLÁUSULAS LGPD | 18/08/2022 | - | R\$ 8.000,00 | | | | | | | | | | | |
| HRPM.004.2024 | J F FONSECA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | 27.947.556/0001-46 | brainmedssaude@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA E ALUGUEL DE DRILL | 1º/6/2024 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | | | | | | | |
| HRPM.010.2020 | LAVSTERI MANUTENÇÃO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS LTDA | 31.919.074/0001-50 | lavsterimp@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DE CME E LAVANDERIA | 01/04/2020 | Indeterminado | R\$ 7.500,00 MENSAL | | | | | 14, § 1º | | | | | *** | *** |
| | | | | 1ª TA | PRAZO E CLÁUSULAS LGPD | 02/04/2022 | Indeterminado | - | | | | | - | | | | | | |
| HRPM.003.2024 | LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA | 41.252.873/0001-79 | luminusmedical@gmail.com | Contrato Principal | CONTRATA-SE OS SERVIÇOS DE MASTOLOGIA | 02/05/2024 | Indeterminado | R\$ 9.500,00 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1ª TA | INCLUEM-SE PED, UTI NEO E PED, INTENSIVISTA/EMERGENCIA, CLINICA MEDICA E NIR | 02/05/2024 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | | | | | | | |
| HRPM.008.2022 | M C VIEIRA DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA | 22.218.177/0001-00 | mvmedicinadiagnostica@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA GERAL | 02/04/2022 | Indeterminado | R\$ 3.650,00 por plantão de 24 horas | | | | | 38 | | | | | ... | ... |
| HRPM.009.2015 | MARAJÓ PARK CLUB HOTEL E TURISMO LTDA | 11.698.509/0001-76 | socontabeis@hotmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE CONVÊNIO PARA FORNECIMENTO DE LAZZER E RECREAÇÃO AOS FUNCIONÁRIOS DO HRP, ATRAVÉS DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO | 25/09/2015 | Indeterminado | NÃO SE APLICA | | | | | 8º, § 3º | | | | | *** | *** |
| HRPM.002.2025 | MF SERVIÇOS MÉDICOS E QUALIDADE EM SAÚDE LTDA | 47.985.068/0001-30 | 93 99147-0930 | Contrato Principal | Prestação de serviços em diretoria Técnica e Médico da Qualidade | 17/03/2025 | Indeterminado | R\$ 30.000,00 | | | | | | | | | | | |
| HRPM.011.2024 | M M VARELLA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | 45.315.336/0001-81 | mmvservicos22@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | Processo de assinatura digital | Indeterminado | | | | | | | | | | | | |
| HRPM.014.2024 | MESQUITAS E DORNELAS ADVOGADOS ASSOCIADOS | 08.530.725/000-01 | mesquita@mesquitaedornelasadvogados.com.br | Contrato Principal - SEDE | SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS | 22/01/2020 | Indeterminado | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1ª TA | INCLUSÃO DAS UNIDADES NO OCNTRATO PRINCIPAL ACORDO COM A UNIDADE DE BREVES DE 20 VEZES O PAGAMENTO | 19/07/2024 | Indeterminado | R\$ 4.000,00 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | | 22/01/2020 | Indeterminado | | | | | | | | | | | | |
| HRPM.013.2024 | MEIRELES SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA | 33.823.981/0001-26 | | Contrato Principal - SEDE | SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS | 26/07/2019 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | | | | | | | |
| | | | | 3ª TA - SEDE | INCLUSÃO DA DEMAIS UNIDADES AO CONTRATO | 1º/7/2023 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | | | | | | | |
| HRPM.013.2020 | PLENITUDE CONSULTORIA E SISTEMAS LTDA | 83.323.238/0001-85 | financeiroplenitudehospitalar@gmail.com | Contrato Principal | Locação de equipamentos | 01/07/2020 | - | R\$ 11.000,00 MENSAL | | | | | 18 | | | | | *** | *** |
| | | | | 1ª TA | Altera-se a vigência do contrato, para por tempo indeterminado | 22/10/2024 | Indeterminado | | | | | | | | | | | | |
| HRPM.002.2023 | QUALIMED ASSESSORIA E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | 26.760.324/0001-00 | lucasgeralde@yahoo.com.br | Contrato Principal | Prestação de serviços médicos em Nefrologia | 01/05/2023 | Indeterminado | R\$ 160.000,00 | | | | | 33 | 48 | | | | | |
| | | | | 1ª TA | Correção de valores do quadro-resumo | 18/09/2023 | Indeterminado | R\$ 158.000,00 | | | | | - | - | | | | | |
| HRPM.001.2013 | RENATO SILVA TAXISTA | 18.973.478/0001-63 | regis.ginascimento@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU PEQUENAS CARGAS | 02/01/2013 | Indeterminado | CONFORME TARIFA DE VIAGEM E UTILIZAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1ª TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | TRAMITANDO ASSINATURAS | Indeterminado | | | | | | 21 | | | | | *** | *** |
| HRPM.001.2024 | R E R EMPREENDIMENTOS E SERVIÇOS LTDA | 01.195.098/0001-42 | rerempreendimentos@uplog.eco.br | Contrato Principal | SERVIÇO DE COLETA E TRANSPORTE DE RSS | 1/3/2024 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | - | - | | | | | |
| HRPM.001.2025 | SALUTEM SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS LTDA | 29.582.037/0001-57 | | Contrato Principal | SERVIÇOS DE LICENCIAMENTO DE SOFTWARE DE GESTÃO | 01/05/2025 | 24 MESES | R\$ 10.900,00 | R\$ 261.600,00 | | | | | | | | | | |
| HRPM.004.2010 | SL ENGENHARIA HOSPITALAR LTDA (TEC SAUDE | 03.480.539/0001-83 | cobranca@tecsaude.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS DE CONSULTORIA E GERENCIAMENTO EM ENGENHARIA CLINICA | 13/09/2010 | Indeterminado | R\$ 17.000,00 MENSAL | | | | | 6, § 5º | | | | | | |
| | | | | 1ª TA | ALTERAÇÃO NO VALOR DO CONTRATO DE R\$ 17.000,00 PARA 18.870,00 | 01/09/2014 | Indeterminado | R\$ 18.870,00 MENSAL | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | ALTERAÇÃO NO VALOR DO CONTRATO DE R\$ 18.870,00 PARA 17.039,61 | 01/12/2014 | - | R\$ 17.039,61 MESNAL | | | | | - | | | | | | |
| | | | | 3ª TA | ALTERAÇÃO NO VALOR DO CONTRATO DE R\$ 17.039,61 PARA 18.723,46 | 13/09/2016 | - | R\$ 18.723,46 MENSAL | | | | | - | | | | | *** | *** |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--------------------|--|--------------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|----------|---|------|--|--|
| | ENGENHARIA HOSPITALAR) | | | 4ª TA | RETIFICAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA E ALTERAÇÃO NO VALOR DO CONTRATO DE R\$ 18.723,46 PARA 22.000,00 | 01/12/2017 | - | R\$ 22.000,00 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 5ª TA | ALTERAÇÃO NO VALOR DO CONTRATO DE R\$ 22.000,00 PARA 16.000,00 | 01/10/2019 | - | R\$ 16.000,00 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 6ª TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | TRAMITANDO ASSINATURAS | - | R\$ 16.000,00 MENSAL | | | | | | | | |
| HRPM.006.2024 | SILVA E SANTOS SERVIÇOS HOSPITALAR LTDA | 53.852.136/0001-96 | silvaesantosservicoshospitalar@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS EM CARDIOLOGIA | 02/09/2024 | Indeterminado | Conforme contrato | | | | | | | | |
| | | | | 1ª TA | Altera-se o responsável Técnico da empresa | 20/03/2025 | Indeterminado | | | | | | | | | |
| HRPM.019.2010 | SUPERDREAM SANEAMENTO AMBIENTAL LTDA | 04.376.851/0001-94 | belem@superdream.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS DE DESINSETIZAÇÃO E DESRATIZAÇÃO | 23/11/2010 | Indeterminado | R\$ 2.200,00 | | | | 10, § 1º | | | | |
| | | | | 1ª TA | REAJUSTE DE RETROATIVO DO VALOR EM 01/12/2012 | 01/12/2021 | - | R\$ 2.420,00 | | | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | REAJUSTE O VALOR | 01/03/2021 | - | R\$ 3.680,00 | | | | | | | | |
| | | | | 3ª TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | TRAMITANDO ASSINATURAS | - | R\$ 3.680,00 | | | | | | | | |
| HRPM.019.2022 | TELEFÔNICA DO BRASIL S.A. | 02.558.157/0001-62 | | Contrato Principal | SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO MÓVEL | 29/09/2022 | Determinado - 24 meses, renovado automaticamente por períodos sucessivos de 24 meses | R\$ 1.003,10 MENSAL | | | | | Não tem (5ª - rescisão com no mínimo 30 dias de antecedência do encerramento de cada período) | | | |
| | | | | 1ª TA | ADICIONA-SE AO CONTRATO PRINCIPAL 5 APARELHOS CORPORATIVOS E 2 NOVAS LINHAS | 03/10/2025 | | | | | | | | | | |
| HRPM.010.2015 | UTI MARAJÓ SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES LTDA | 23.095.762/0001-14 | financeiro1@gestisolucoes.com.br | Contrato Principal | SERVIÇOS MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES DE CLÍNICA GERAL, CARDIOLOGIA, UTI ADULTO E UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL | 01/10/2015 | Indeterminado | R\$ 2.611,76 POR PLANTÃO DE 24HS NAS ESPECIALIDADES CONTRATADAS, R\$ 7.835,29 REFERENTE A RESPONSABILIDADE TÉCNICA NO SERVIÇO DE UTI, R\$ 3.917,65 REFERENTE A COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA, R\$ 7835,29 REFERENTE A COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA E R\$ 14.287,91 COMO TAXA ADMINISTRATIVA, BEM COMO R\$ 170.000,00 PELO SERVIÇO DE UTI NEONATAL E PEDIÁTRICA | | | | 32 | | | | |
| | | | | 1ª TA | FICA DEFINIDO QUE, PARA OS PLANTÕES DE FINAL DE ANO SERÁ PAGO O VALOR DE R\$ 5.223,52 | 01/10/2016 | - | R\$ 5.223,52 | | | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | INCLUSÃO DOS SERVIÇOS DE UTI NEONATAL E PEDIÁTRICA NO OBJETO DESTE CONTRATO, COM ACRESCIMO DE R\$ 170.000,00 PELA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. | 30/11/2018 | - | R\$ 170.000,00 | | | | | | | | |
| | | | | 3ª TA | REGULARIZAÇÃO DO 1º TA PARA PAGAMENTO DOS PLANTÕES DE FINAL DE ANO | 01/12/20218 | - | R\$ 5.223,52 | | | | | | | | |
| | | | | 4ª TA | ALTERA O QUADRO RESUMO, ALTERA CNPJ E ENDEREÇO DA CONTRATADA, INCLUI A CLÁUSULA 3.1 NO OBJETO, PAGAMENTO DA ESPECIALIDADE DE PNEUMOLOGIA, EXCLUI A CLÁUSULA 27.1 DO 1º TA E ALTERADO NO 3º TA, INSERE AS CLÁUSULAS 27.1 A 27.3.1, ALTERA A CLÁUSULA 32-PRAZO E RESCISÃO. | 01/04/2022 | Indeterminado | - | | | | | | | | |
| | | | | 5ª TA | ALTERAÇÕES AS SEÇÕES OBJETOS, DIAS E HORÁRIOS E PREÇO MENSAL DO QUADRO-RESUMO DO CONTRATO PRINCIPAL. | 31/04/2023 | Indeterminado | R\$ 566.970,08 | | | | | | | | |
| | | | | 6ª TA | RETIRADA DAS ESPECIALIDADES: CARDIOLOGIA, UTI NEO/PED, INTENSICISTA/EMERGÊNCIA, PEDIATRIA, CLÍNICA MÉDICA E NIR | 05/08/2024 | Indeterminado | - | | | | | | | | |
| | | | | 7ª TA | RETIRADA DA ESPECIALIDADE CARDIOLOGIA DO QUADRO-RESUMO DO CONTRATO PRINCIPAL | 02/09/2024 | Indeterminado | - | | | | | ** | **** | | |
| HRPM.010.2013 | VERA ROJAS ASSESSORIA DE IMPRENSA | 18.403.156/0001-89 | veraroja@gmail.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE ASSESSORIA DE IMPRENSA | 23/10/2013 | Indeterminado | R\$ 3.000,00 MENSAL | | | | | Não tem (8 - denúncia com antecedência de 30 dias. | | | |
| | | | | 1ª TA | ALTERA O VALOR DO CONTRATO | 01/06/2018 | - | R\$ 3.500,00 MENSAL | | | | | | | | |
| | | | | 2ª TA | INCLUSÃO DA CLÁUSULA LGPD | TRAMITANDO ASSINATURAS | - | R\$ 3.500,00 MENSAL | | | | | | | | |
| HRPM.003.2025 | WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS NORTE LTDA | 34.597.955/0013-23 | ana.carolina@iinde.com | Contrato Principal | SERVIÇOS DE ALUGUEL DE GASES MEDICINAIS E LOCAÇÃO DE RECIPIENTES | 01/01/2025 | 60 MESES | R\$ 1.015,00 MENSAL PARA ALUGUEL DE RECIPIENTE CRIOGÊNICO E R\$ 850,00 MENSAL PARA ASSISTÊNCIA PREVENTIVA BÁSICA | | | | | Não tem | | | |

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
HRPM/004/2022

| QUADRO-RESUMO | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Especialidade(s) | Cirurgia Geral | | | | |
| Objeto(s) | Serviços Médicos na Especialidade de Cirurgia geral , para realização de visitas médicas e prescrição diária a todos os pacientes hospitalizados na especialidade, realização mensal de 65 cirurgias e 300 consultas ambulatoriais e consultas de retorno de pacientes egressos. Atendimento de urgência e emergência, intercorrências, internações eletivas, auxílio cirúrgico para as especialidades cirúrgicas. | | | | |
| Dias e horários | 01 (um) profissional de segunda-feira a sexta-feira e 01 (um) profissional de segunda-feira a domingo para a realização de plantões presenciais de 24 horas de duração. | | | | |
| Responsável técnico | Paulo Henrique de Ataíde Pereira - CRM/PA- Nº 7856 | | | | |
| Preço mensal | Especialidade | QTD Profissionais | Valor Unitário do Plantão | Quantidade Média de Plantões | Valor Mensal Médio dos Serviços |
| | Cirurgia Geral | 1 | R\$ 3.400,00 | 30 | R\$ 102.000,00 |
| | | 1 | R\$ 3.400,00 | 22 | R\$ 74.800,00 |
| | Coordenação Médica | 1 | R\$ 12.000,00 | 1 | R\$ 12.000,00 |
| Valor Mensal Médio Global para a prestação dos serviços | | | | | R\$ 188.800,00 |
| Data de pagamento | 25º (vigésimo quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços | | | | |
| Multa moratória | Não há. | | | | |
| Juros moratórios | Não há. | | | | |
| Reajuste | Por meio de negociação específica, se houver reajuste do Contrato de Gestão | | | | |
| Prazo de vigência | Indeterminado | | | | |
| Contrato principal / Acessoriedade | Contrato de Gestão nº 038/SESPA/2015. | | | | |
| Metas contratuais mensais | Conforme as metas estabelecidas no Contrato de Gestão Nº 002/SESPA/2022. | | | | |
| Ente político | Governo do Estado do Pará | | | | |
| Data de início | 28/02/2022 | | | | |
| Foro | Breves / PA | | | | |

| CONTRATANTE | |
|---------------|---|
| Nome | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH |
| Filial | Hospital Regional Público do Marajó |
| CNPJ | 23.453.830/004-12 |
| Endereço | Avenida Rio Branco, 1266 – Centro – Breves/PA – CEP 68800-000 |
| Representante | José Carlos Rizoli, Presidente. |

| CONTRATADA | |
|------------------------|---|
| Nome | CENTRO MEDICO AGRIA E ATAIDE LTDA – ME (MEDCORP SERVIÇOS) |
| Nº CRM/PJ | 1635/PA |
| CNPJ | 15.035.294/0001-64 |
| Endereço | TV LOMAS VALENTINAS, 1209 - SALA 01 – PEDREIRA BELÉM/PA CEP:66087-441 |
| Sócio(s) e nºs. do CRM | Paulo Henrique de Ataíde Pereira - CRM/PA- Nº 7856- Sócio Administrador |

OBJETO

- Os serviços aqui contratados serão prestados por médicos pertencentes ao quadro de pessoal da própria CONTRATADA ou por ela designados, cabendo a ela assumir inteira responsabilidade por eles em todos os seus aspectos.

PAULO HENRIQUE DE ATAÍDE PEREIRA:69130710278
0278

Assinado de forma digital por PAULO HENRIQUE DE ATAÍDE PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14 16:17:20 -03'00'

JOSE CARLOS RIZOLI:
17189322866

Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI em 17/06/2022 às 17:22:20. O documento foi assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI em 17/06/2022 às 17:22:20. O documento foi assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI em 17/06/2022 às 17:22:20. O documento foi assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI em 17/06/2022 às 17:22:20.

2. A prestação de serviços abrangerá o atendimento a todos os pacientes que vierem a ser atendidos pela unidade de saúde na referida especialidade, oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se dará em área física específica indicada pela CONTRATANTE.
3. Vincula-se a este contrato a proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, prevalecendo, porém, unicamente o combinado neste instrumento.

ESCALAS DE TRABALHO/PLANTÃO

4. Será de única, exclusiva e direta responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos médicos que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE. Até o dia 10 de cada mês deverão ser entregues à CONTRATANTE as escalas do mês subsequente.
5. As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços médicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha dos profissionais que irão prestar os serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o médico designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localiza a filial do INDSH e que atenda os pacientes a contento.
6. A CONTRATADA, utilizando-se de sua total e irrestrita responsabilidade e liberdade para elaborar as escalas de plantão, poderá substituir a qualquer momento, em razão de seu interesse ou dos médicos, aqueles previamente escalados para cumprir os plantões e/ou escalas. O(s) médico(s) substituto(s) deverá(ão) estar prévia (com cinco dias úteis de antecedência) e obrigatoriamente identificado(s) para a CONTRATANTE por meio da apresentação dos documentos pessoais relacionados abaixo.
7. Obriga-se a CONTRATADA a designar médicos para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham necessária e obrigatoriamente residência e título de especialista na respectiva especialidade, devendo o profissional estar registrado e em dia com o CRM, devendo apresentar periodicamente o comprovante de recertificação, se for o caso.
8. Para identificação e conhecimento dos profissionais que prestam serviços aos pacientes da unidade de saúde e confecção de crachá para que eles transitem nas suas dependências, a CONTRATADA se obriga a apresentar à CONTRATANTE relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, RG, CPF, CRM, registro no órgão regulador da especialidade, endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residência) dos médicos que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:
 - a) Diploma de graduação em medicina;
 - b) Certificado de conclusão da residência;
 - c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade;
 - d) Carteira do CRM;
 - e) Certidão de quitação de anuidade do CRM do estado onde se localiza a filial do INDSH.

EQUIPAMENTOS

9. Para que a CONTRATADA preste os serviços aqui combinados a CONTRATANTE a autorizará a utilizar os equipamentos necessários que eventualmente estiverem disponíveis na unidade de saúde, sendo que aquela se obriga a cuidar e zelar pela sua integridade como se seus fossem, e responderá perante esta pelos eventuais danos a eles causados por culpa ou dolo dos seus prepostos, ficando desde já autorizado o desconto na fatura do valor equivalente ao dano causado, se aplicável.
10. Os equipamentos, mobiliários, instrumentos e demais necessários à prestação dos serviços deverão ser relacionados e identificados em inventário específico. Sempre que houver aquisição, mudança ou transferência de qualquer equipamento, mobiliário ou instrumental, o inventário deverá ser alterado para registrar sua nova composição.

PAULO HENRIQUE
DE ATAIDE
PEREIRA:6913071
0278

Assinado de forma digital
por PAULO HENRIQUE DE
ATAIDE
PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14
16:17:42 -03'00'

JOSE CARLOS
RIZOLI:
17189322868

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11. Prestar os serviços da forma e no prazo aqui pactuados com autonomia técnica (Resolução CFM 2.217/18) e nos termos do Código de Ética e Conduta do INDSH, do Regimento do Corpo Clínico e do Regulamento do hospital, respondendo civil, penal, tributária e administrativamente por seus atos e de seus sócios e prepostos.
12. Responsabilizar-se em todos os aspectos pelos médicos e demais profissionais (sócios, estagiários, aprendizes, consultores, prestadores de serviços e demais colaboradores) que designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo à CONTRATADA fazer com que seus prepostos observem rigorosamente as normas legais aplicáveis à profissão, as internas do estabelecimento, especialmente o Regimento do Corpo Clínico, o Regulamento Interno e o Código de Ética e Conduta do CONTRATANTE.
13. Informar à CONTRATANTE a qualificação completa, local de trabalho e o serviço a ser desenvolvido de todo e qualquer preposto, visando permitir à CONTRATANTE a confecção de crachá para controle do fluxo interno de pessoas.
14. Substituir em 24 (vinte e quatro) horas o profissional que não atender as necessidades da prestação dos serviços aqui contratados a pedido da CONTRATANTE.
15. Utilizar equipamentos e programas de informática oficiais e legalizados, sendo seu todo o ônus pela eventual infringência desta cláusula, inclusive penalmente em relação a seus sócios. A CONTRATADA deverá encaminhar à CONTRATANTE cópia dos documentos que atestem o efetivo cumprimento desta cláusula, sob pena de infração contratual, cobrança da respectiva multa e rescisão deste contrato por justo motivo.
16. Responsabilizar-se civil e criminalmente, por meio de seus sócios, pela cobrança de qualquer valor dos pacientes oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que tal prática ensejará a rescisão imediata deste contrato, a cobrança de multa e a sua denúncia às autoridades políticas e judiciárias.
17. Participar das reuniões clínicas sempre que solicitado, devendo o convite ser enviado com antecedência de 5 (cinco) dias corridos.
18. Criar protocolos gerenciados de atendimento nas áreas específicas com visão na qualidade e acreditação hospitalar, se aplicável.
19. Participar e contribuir com todos os processos de certificação e acreditação que forem inicializados pela CONTRATANTE.
20. Responder a todas as reclamações do setor de atendimento dos pacientes, auditoria, serviço de atendimento ao usuário ou equivalente, relativas ao objeto deste contrato.
21. Não empregar menores de idade, salvo nas hipóteses autorizadas pela legislação.
22. Emitir mensalmente as respectivas notas fiscais de prestação de serviços e encaminhá-las à CONTRATANTE sempre no 25º (vigésimo quinto) dia útil de cada mês.
23. Enviar mensalmente à CONTRATANTE cópia da comprovação de recolhimento das obrigações e encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários e demais legais que envolverem os médicos, empregados e/ou prepostos por ela designados para prestar os serviços contratados, sob pena de retenção do pagamento até que tal providência seja efetivada.
24. Cumprir a legislação trabalhista, fiscal, tributária, previdenciária e de saúde ocupacional que forem aplicáveis, especialmente as normas regulamentadoras que tratam do PCMSO (Programa de

PAULO HENRIQUE
DE ATAIDE
PEREIRA:691307102
78

Assinado de forma digital por
PAULO HENRIQUE DE ATAIDE
PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14 16:18:01
-03'00'

JOSE CARLOS
RIZOLI:
17189322868

Página 3 de 8

Controle Médico de Saúde Ocupacional), PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho).

25. Pagar diretamente a quem de direito, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE, a remuneração, encargos sociais, fiscais, tributários e administrativos relativos a seus prepostos, médicos, funcionários e quaisquer outras pessoas por ela exclusivamente designadas para a prestação de serviços, além de todos os impostos, taxas e contribuições atuais ou futuras devidas em decorrência direta ou indireta do exercício de suas atividades, cujos percentuais já compõem o preço total acima mencionado.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

26. Pagar o preço acima indicado, desde que haja previamente o respectivo repasse da verba pública a ela pelo ente político acima indicado.
27. Acompanhar e fiscalizar a prestação de serviços pela CONTRATADA, visando o regular atendimento dos pacientes.
28. Informar por escrito à CONTRATADA eventual ocorrência com os prepostos desta para que ela adote as providências que cada caso requerer, inclusive a substituição de profissionais destinados ao cumprimento dos serviços contratados, se assim desejar.

PREÇO

29. A CONTRATANTE pagará o valor acima indicado mediante o encaminhamento prévio da nota fiscal, conforme pactuado neste contrato, emitida em observância ao art. 1º da lei 8.846/94.
30. Considerando a especificidade e geografia deste município de Breves, com uma área de aproximadamente 40.100 km², sendo a maior ilha costeira do Brasil e, a maior ilha fluviomarítima do mundo (banhada concomitantemente tanto por águas fluviais quanto por oceanos), banhada pelo rio Amazonas a oeste e noroeste, pelo oceano Atlântico ao norte e nordeste e pelo rio Pará a leste, sudeste e sul.

Considerando que os meios de locomoção se dão exclusivamente através de transportes aéreos e marítimos.

Considerando a logística de difícil acesso, sendo este atualmente um dos poucos hospitais no Estado do Pará que necessita manter contrato com uma empresa de táxi aéreo para realizar o deslocamento das equipes médicas (Belém x Breves x Belém).

31. Sempre que a equipe Médica não puder se locomover nos trechos Breves-Belém ou Belém-Breves, através de transporte aéreo, por motivos de chuvas, eventos meteorológicos adversos, eventos previsíveis ou imprevisíveis decorrentes da força da natureza, a CONTRATANTE arcará com os custos das passagens de deslocamento nos trechos citados acima e alimentação durante o percurso do deslocamento em que por necessário utilizar o meio de embarcação (navio, catamarã).
32. A equipe Médica em ambos os trechos (Belém-Breves-Belém), que pelos motivos citados na cláusula 31 tiverem o cancelamento do seu voo, deverão reportar à companhia aérea, a qual é obrigada a prestar toda a assistência ao passageiro, no que diz respeito à estadia (caso o

PAULO HENRIQUE
DE ATAIDE
PEREIRA:6913071
0278

Assinado de forma
digital por PAULO
HENRIQUE DE ATAIDE
PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14
16:18:17 -03'00'

JOSE CARLOS
RIZOLI:
17189322868

Página 4 de 8

profissional não resida em Belém), alimentação e traslado entre hotel, conforme os termos do artigo 27 da Res. 400/2016 da ANAC.

33. Sempre que houver a impossibilidade da equipe médica, viajar à Breves – Ilha de Marajó, por motivos descrito na cláusula 31, a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA 30 % (trinta por cento) do valor do plantão destinado a escala previamente acertada.
34. Havendo profissionais (equipe médica que permanecerá no hospital) para cumprir toda agenda de atendimentos ambulatoriais, procedimentos, cirurgias, exames e prescrições, não ocorrendo cancelamento de nenhum dos atendimentos citados nos dias da impossibilidade descrita no item 31, bem como não causando prejuízos para os usuários e unidade, desconsidera-se o pagamento do percentual da cláusula 33, pagando-se o valor integral do plantão para a CONTRATADA.
35. A CONTRATADA declara ser sabedora que o dinheiro que será utilizado para efetuar o seu pagamento é unicamente proveniente de repasse pelo ente político que mantém parceria com a CONTRATANTE. Havendo atraso em tal repasse pelo ente político para a CONTRATANTE consequentemente haverá o mesmo atraso no pagamento da CONTRATADA, o que não poderá ser entendido como inadimplência ou descumprimento deste contrato para todo e qualquer fim.
36. A CONTRATADA fica proibida de emitir e negociar de qualquer duplicata que tenha base ou relacionamento com os valores devidos pela CONTRATANTE em razão deste contrato.

PRAZO, RESCISÃO e ACESSORIEDADE

37. O prazo de vigência deste contrato é INDETERMINADO e pode ser rescindido por qualquer parte a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por e-mail, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, decorridos os quais o contrato estará rescindido de fato e de direito sem direito a qualquer multa ou indenização a nenhum título.
38. Este contrato é ACESSÓRIO do principal que foi assinado entre a CONTRATANTE e o ente político acima mencionado. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindir ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e/ou hipótese e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

39. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da CONTRATADA e de seus sócios, que gozarão de ampla liberdade profissional, ressalvando-se apenas a abordagem de aspectos éticos que se envolvem com a prestação de serviços com os Diretores Clínico e/ou Técnico da unidade de saúde filial da CONTRATANTE.
40. Correrão por conta e responsabilidade exclusivas da CONTRATADA todos os encargos fiscais, tributários, trabalhistas, impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais e obrigações previdenciárias emanadas dos três níveis de administração pública que forem devidas e que incidirem sobre o exercício da atividade a ser desenvolvida decorrente da prestação de serviços aqui pactuada, bem como outros que eventualmente incidirem e, ainda, as obrigações e encargos decorrentes do vínculo entre ela e seus empregados ou prepostos que forem exclusivamente por ela designados para a execução dos serviços aqui contratados.

PAULO HENRIQUE DE ATAIDE
PEREIRA:69130710278
278

Assinado de forma digital por PAULO HENRIQUE DE ATAIDE
PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14 16:18:34 -03'00'

JOSE CARLOS RIZOLI:
17189322868

Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
Data: 2022.06.14 11:17:06 -03'00'
Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
Data: 2022.06.14 11:17:06 -03'00'
Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
Data: 2022.06.14 11:17:06 -03'00'
Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
Data: 2022.06.14 11:17:06 -03'00'

41. A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável por providenciar, se for o caso, o registro, inscrição e cumprimento de todas as obrigações constantes do SESMET, PCMSO, PPRA ou qualquer outra obrigação legal em relação a seus empregados ou prepostos, sendo que ela declara que se responsabiliza pelo pagamento de toda e qualquer autuação que a CONTRATANTE vier a sofrer em razão de sua eventual inércia.

RESPONSABILIDADE TRABALHISTA DA CONTRATADA

42. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre a CONTRATANTE e qualquer pessoa, inclusive médicos, designada pela CONTRATADA para prestar os serviços pactuados neste contrato, sendo que seus representantes, prepostos, associados e/ou empregados executarão seus serviços profissionais de forma independente, sendo que, para todos os fins e efeitos jurídicos, a CONTRATADA deverá ser considerada como sua única e exclusiva empregadora, devendo ser afastada da CONTRATANTE qualquer responsabilidade direta e indireta em eventuais ações judiciais e procedimentos administrativos.
43. A CONTRATADA obriga-se a reembolsar a CONTRATANTE de todas as despesas advindas de eventual reconhecimento judicial de solidariedade ou subsidiariedade no cumprimento das obrigações trabalhistas e/ou previdenciárias da CONTRATADA, inclusive despesas judiciais e honorários advocatícios, no prazo de 5 (cinco) dias corridos a partir do desembolso, servindo os comprovantes, guias, recibos como documentos hábeis a instruir a cobrança, se for necessário.
44. A CONTRATADA autoriza desde já a retenção dos seus pagamentos dos valores equivalentes a eventual condenação da CONTRATANTE por alguma responsabilidade em razão da atuação dos prepostos daquela nas dependências desta, mesmo que a título de solidariedade ou subsidiariedade.
45. A CONTRATADA deverá responder pelo ônus financeiro decorrente de eventuais condenações em reclamações trabalhistas promovidas contra a CONTRATANTE por seus próprios empregados ou de suas subcontratadas ou de terceiros vinculados à prestação dos serviços, ainda que não faça parte do polo passivo, sob pena de caracterização de inadimplemento do contrato.
46. A CONTRATADA declara que tem pleno conhecimento da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho e das leis 13.429/17 e 13.467/17, e que se compromete a responder e se responsabilizar perante a CONTRATANTE por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes de eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho por meio de qualquer procedimento que vier a ser promovido por empregado, ex-empregado ou preposto dela (CONTRATADA), inclusive médicos, contra a CONTRATANTE.
47. A CONTRATADA reconhecerá como seu o valor total eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho, em processo ajuizado por qualquer empregado, ex-empregado ou preposto, inclusive médicos, ou eventual valor que for ajustado amigavelmente entre as partes tanto nos autos do processo quanto extrajudicialmente, sempre com a participação da CONTRATADA, que desde já se compromete a acatar composições amigáveis feitas entre a CONTRATANTE e o respectivo autor de eventuais ações judiciais.
48. Caso seja a CONTRATANTE acionada judicial ou administrativamente, inclusive reclamações trabalhistas, por qualquer ato inserido no rol de responsabilidade da CONTRATADA - que é total e amplo - esta assumirá para si a responsabilidade por toda e qualquer eventual condenação, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, aplicando-se no caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denunciação da lide (art. 125 e seguintes), com o que concorda e aceita incondicionalmente a CONTRATADA.

RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

PAULO HENRIQUE DE
ATAIDE
PEREIRA:69130710278

Assinado de forma digital por
PAULO HENRIQUE DE ATAIDE
PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14 16:18:50
-03'00"

JOSE
CARLOS
RIZOLI:
17189322868

Assinado digitalmente por JOSE CARLOS
RIZOLI: 016020289
Data: 2022.06.14 16:18:50
Certificado: 016020289
Certificado: 016020289
Assinado digitalmente por JOSE CARLOS
RIZOLI: 016020289
Data: 2022.06.14 16:18:50
Certificado: 016020289

62. É vedada a utilização e veiculação das marcas, logos e logomarcas da CONTRATANTE para quaisquer finalidades sem autorização prévia e escrita desta.
63. As cláusulas de responsabilidade da CONTRATADA perdurarão mesmo após a eventual rescisão deste contrato, independentemente do motivo.
64. Este contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, mandato, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária.
65. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir total ou parcialmente este contrato nem subcontratar, no todo ou em parte, o seu objeto a terceira pessoa jurídica, sob pena de sua rescisão imediata.
66. Qualquer tolerância da CONTRATANTE em relação às cláusulas e condições deste contrato não importará em precedente, novação, alteração ou renúncia de possível direito, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo.
67. O foro e o local deste contrato constam do quadro-resumo acima.

Breves/PA, 28 de fevereiro de 2022

**JOSE
CARLOS
RIZOLI:**
17189322868


Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
DN: C=BR, O=CP-Brasil, OU=VideoConferencia, OU=32917857000167, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(em branco), CN=JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2022.06.14 17:28:27-03'00'
Fonte: PDF Reader Versão: 11.2.2

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
José Carlos Rizoli
Presidente


**PAULO HENRIQUE
DE ATAIDE**
PEREIRA:69130710
278

Assinado de forma digital por PAULO HENRIQUE DE ATAIDE
PEREIRA:69130710278
Dados: 2022.06.14 16:15:05 -03'00'

CENTRO MEDICO AGRIA E ATAIDE LTDA - ME
Paulo Henrique De Ataíde Pereira
Sócio Administrador

Testemunhas:

Rejane X. Soares Gomes
Diretora Executiva
Hospital Regional Pub. do Marajó

1. _____
Nome
CPF 892.612.832-82

2. _____
Edna Gomes Batista
Gerente Adm. Financeira
HRPM/INDSH 
Nome
CPF 004.842.576/17

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
HRPM.002.2023

| QUADRO-RESUMO | | | |
|------------------------------------|---|----------------|-----------------------|
| Especialidade(s) | Nefrologia e Cirurgia Vascular. | | |
| Objeto(s) | Serviços médicos na especialidade de Nefrologia para 1- Atendimento de interconsultas a beira leito nas unidades de internação, pronto atendimento, unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica, 2- Acompanhamento de pacientes dialíticos crônicos em sessões de hemodiálise 3- Consultas especializadas em Nefrologia 4- Visita médica, prescrição e evolução diária nos pacientes internados da especialidade de Nefrologia Serviço de cirurgia vascular para realização de procedimentos em pacientes dialíticos. | | |
| Dias e horários | Plantão presencial durante o funcionamento do serviço de hemodiálise e sobreaviso durante o período não contemplado, totalizando 24 horas, todos os dias na semana, de profissional médico especializado em nefrologia com RQE registrado no CRM/PA.. | | |
| Responsável técnico | LUCAS DA SILVA GERALDE CRM/PA nº 11.943 | | |
| Preço mensal | Descrição | Valor Unitário | Valor Total |
| | Profissional para plantões durante o funcionamento do serviço de hemodiálise e sobreaviso, totalizando 24h. | R\$ 3.966,66 | R\$ 118.999,80 |
| | Responsabilidade técnica dos serviços. | R\$ 26.680,00 | R\$ 9.680,20 |
| | Consultas presenciais especializadas em nefrologia. | R\$ 120,00 | R\$ 4.320,00 |
| | Realização de cirurgias vasculares. | R\$ 25.000,00 | R\$ 25.000,00 |
| | Valor médio mensal Global para prestação dos serviços | | R\$ 158.000,00 |
| Data de pagamento | 25º (vigésimo quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços. | | |
| Multa moratória | Não há. | | |
| Juros moratórios | Não há. | | |
| Reajuste | Por meio de negociação específica, se houver reajuste do Contrato de Gestão. | | |
| Prazo de vigência | Indeterminado | | |
| Contrato principal / Acessoriedade | Contrato de Gestão nº 002/SESPA/2022. | | |
| Ente político | Governo do Estado do Pará | | |
| Data de início | 01/05/2023 | | |
| Foro | Breves / PA | | |

| CONTRATANTE | |
|--------------------|---|
| Nome | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH |
| Filial | Hospital Regional Público do Marajó |
| CNPJ | 23.453.830/004-12 |
| Endereço | Avenida Rio Branco, 1266 – Centro – Breves/PA – CEP 68800-000 |
| Representante | José Carlos Rizoli, Presidente. |

| CONTRATADA | |
|-------------------|--|
| Nome | QUALIMED ASSESSORIA E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA |
| Nº CRM/PJ | CRM – PA 2.320 |
| CNPJ | 26.770.324/0001-00 |
| Endereço | Av. Governador José Malcher, nº 168 – Sala 110, Centro Empresarial Bolonha Bairro: Nazaré, Belém – PA, CEP: 66035-065 |

| | |
|------------------------|---|
| Sócio(s) e nºs. do CRM | MARIA CECÍLIA REIS GERALDE – Sócia Administradora CRM – PA 2.320 |
|------------------------|---|

OBJETO

1. Os serviços aqui contratados serão prestados por médicos pertencentes ao quadro de pessoal da própria CONTRATADA ou por ela designados, cabendo a ela assumir inteira responsabilidade por eles em todos os seus aspectos.
2. A prestação de serviços abrangerá o atendimento a todos os pacientes que vierem a ser atendidos pela unidade de saúde na referida especialidade, oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se dará em área física específica indicada pela CONTRATANTE.
3. Vincula-se a este contrato a proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, prevalecendo, porém, unicamente o combinado neste instrumento.

ESCALAS DE TRABALHO/PLANTÃO

4. Será de única, exclusiva e direta responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos médicos que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE. As escalas deverão ser entregues no último dia de cada mês à CONTRATANTE para conhecimento e acompanhamento.
5. As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços médicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha dos profissionais que irão prestar os serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o médico designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localiza a filial do INDSH e que atenda os pacientes a contento.
6. A CONTRATADA, utilizando-se de sua total e irrestrita responsabilidade e liberdade para elaborar as escalas de plantão, poderá substituir a qualquer momento, em razão de seu interesse ou dos médicos, aqueles previamente escalados para cumprir os plantões e/ou escalas. O(s) médico(s) substituto(s) deverá(ão) estar prévia (com cinco dias úteis de antecedência) e obrigatoriamente identificado(s) para a CONTRATANTE por meio da apresentação dos documentos pessoais relacionados abaixo.
7. Obriga-se a CONTRATADA a designar médicos para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham necessária e obrigatoriamente residência e título de especialista na respectiva especialidade, devendo o profissional estar registrado e em dia com o CRM, devendo apresentar periodicamente o comprovante de recertificação, se for o caso.
8. Para identificação e conhecimento dos profissionais que prestam serviços aos pacientes da unidade de saúde e confecção de crachá para que eles transitem nas suas dependências, a CONTRATADA se obriga a apresentar à CONTRATANTE relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, RG, CPF, CRM, registro no órgão regulador da especialidade, endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residência) dos médicos que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:
 - a) Diploma de graduação em medicina;
 - b) Certificado de conclusão da residência;
 - c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade;
 - d) Carteira do CRM;
 - e) Certidão de quitação de anuidade do CRM do estado onde se localiza a filial do INDSH.

EQUIPAMENTOS

9. Para que a CONTRATADA preste os serviços aqui combinados a CONTRATANTE a autorizará a utilizar os equipamentos necessários que eventualmente estiverem disponíveis na unidade de saúde, sendo que aquela se obriga a cuidar e zelar pela sua integridade como se seus fossem, e responderá perante esta pelos eventuais danos a eles causados por culpa ou dolo dos seus prepostos, ficando desde já autorizado o desconto na fatura do valor equivalente ao dano causado, se aplicável.
10. Os equipamentos, mobiliários, instrumentos e demais necessários à prestação dos serviços deverão ser relacionados e identificados em inventário específico. Sempre que houver aquisição, mudança ou transferência de qualquer equipamento, mobiliário ou instrumental, o inventário deverá ser alterado para registrar sua nova composição.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11. Prestar os serviços da forma e no prazo aqui pactuados com autonomia técnica (Resolução CFM 2.217/18) e nos termos do Código de Ética e Conduta do INDSH, do Regimento do Corpo Clínico e do Regulamento do hospital, respondendo civil, penal, tributária e administrativamente por seus atos e de seus sócios e prepostos.
12. Responsabilizar-se em todos os aspectos pelos médicos e demais profissionais (sócios, estagiários, aprendizes, consultores, prestadores de serviços e demais colaboradores) que designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo à CONTRATADA fazer com que seus prepostos observem rigorosamente as normas legais aplicáveis à profissão, as internas do estabelecimento, especialmente o Regimento do Corpo Clínico, o Regulamento Interno e o Código de Ética e Conduta do CONTRATANTE.
13. Informar à CONTRATANTE a qualificação completa, local de trabalho e o serviço a ser desenvolvido de todo e qualquer preposto, visando permitir à CONTRATANTE a confecção de crachá para controle do fluxo interno de pessoas.
14. Substituir em 24 (vinte e quatro) horas o profissional que não atender as necessidades da prestação dos serviços aqui contratados a pedido da CONTRATANTE.
15. Utilizar equipamentos e programas de informática oficiais e legalizados, sendo seu todo o ônus pela eventual infringência desta cláusula, inclusive penalmente em relação a seus sócios. A CONTRATADA deverá encaminhar à CONTRATANTE cópia dos documentos que atestem o efetivo cumprimento desta cláusula, sob pena de infração contratual, cobrança da respectiva multa e rescisão deste contrato por justo motivo.
16. Responsabilizar-se civil e criminalmente, por meio de seus sócios, pela cobrança de qualquer valor dos pacientes oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que tal prática ensejará a rescisão imediata deste contrato, a cobrança de multa e a sua denúncia às autoridades políticas e judiciárias.
17. Participar das reuniões clínicas sempre que solicitado, devendo o convite ser enviado com antecedência de 5 (cinco) dias corridos.
18. Criar protocolos gerenciados de atendimento nas áreas específicas com visão na qualidade e acreditação hospitalar, se aplicável.
19. Participar e contribuir com todos os processos de certificação e acreditação que forem inicializados pela CONTRATANTE.

20. Responder a todas as reclamações do setor de atendimento dos pacientes, auditoria, serviço de atendimento ao usuário ou equivalente, relativas ao objeto deste contrato.
21. Não empregar menores de idade, salvo nas hipóteses autorizadas pela legislação.
22. Emitir mensalmente as respectivas notas fiscais de prestação de serviços e encaminhá-las à CONTRATANTE sempre no 25º (vigésimo quinto) dia útil de cada mês.
23. Enviar mensalmente à CONTRATANTE cópia da comprovação de recolhimento das obrigações e encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários e demais legais que envolverem os médicos, empregados e/ou prepostos por ela designados para prestar os serviços contratados, sob pena de retenção do pagamento até que tal providência seja efetivada.
24. Cumprir a legislação trabalhista, fiscal, tributária, previdenciária e de saúde ocupacional que forem aplicáveis, especialmente as normas regulamentadoras que tratam do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho).
25. Pagar diretamente a quem de direito, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE, a remuneração, encargos sociais, fiscais, tributários e administrativos relativas a seus prepostos, médicos, funcionários e quaisquer outras pessoas por ela exclusivamente designadas para a prestação de serviços, além de todos os impostos, taxas e contribuições atuais ou futuras devidas em decorrência direta ou indireta do exercício de suas atividades, cujos percentuais já compõem o preço total acima mencionado.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

26. Pagar o preço acima indicado, desde que haja previamente o respectivo repasse da verba pública a ela pelo ente político acima indicado.
27. Acompanhar e fiscalizar a prestação de serviços pela CONTRATADA, visando o regular atendimento dos pacientes.
28. Informar por escrito à CONTRATADA eventual ocorrência com os prepostos desta para que ela adote as providências que cada caso requerer, inclusive a substituição de profissionais destinados ao cumprimento dos serviços contratados, se assim desejar.

PREÇO

29. A CONTRATANTE pagará o valor acima indicado mediante o encaminhamento prévio da nota fiscal, conforme pactuado neste contrato, emitida em observância ao art. 1º da lei 8.846/94.
30. A CONTRATADA declara ser sabedora que o dinheiro que será utilizado para efetuar o seu pagamento é unicamente proveniente de repasse pelo ente político que mantém parceria com a CONTRATANTE. Havendo atraso em tal repasse pelo ente político para a CONTRATANTE consequentemente haverá o mesmo atraso no pagamento da CONTRATADA, o que não poderá ser entendido como inadimplência ou descumprimento deste contrato para todo e qualquer fim.
31. A CONTRATADA fica proibida de emitir e negociar de qualquer duplicata que tenha base ou relacionamento com os valores devidos pela CONTRATANTE em razão deste contrato.

PRAZO, RESCISÃO e ACESSORIEDADE

32. O prazo de vigência deste contrato é INDETERMINADO e pode ser rescindido por qualquer parte a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por e-mail, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, decorridos os quais o contrato estará rescindido de fato e de direito sem direito a qualquer multa ou indenização a nenhum título.
33. Este contrato é ACESSÓRIO do principal que foi assinado entre a CONTRATANTE e o ente político acima mencionado. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirá ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e/ou hipótese e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

34. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da CONTRATADA e de seus sócios, que gozarão de ampla liberdade profissional, ressalvando-se apenas a abordagem de aspectos éticos que se envolvem com a prestação de serviços com os Diretores Clínico e/ou Técnico da unidade de saúde filial da CONTRATANTE.
35. Correrão por conta e responsabilidade exclusivas da CONTRATADA todos os encargos fiscais, tributários, trabalhistas, impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais e obrigações previdenciárias emanadas dos três níveis de administração pública que forem devidas e que incidirem sobre o exercício da atividade a ser desenvolvida decorrente da prestação de serviços aqui pactuada, bem como outros que eventualmente incidirem e, ainda, as obrigações e encargos decorrentes do vínculo entre ela e seus empregados ou prepostos que forem exclusivamente por ela designados para a execução dos serviços aqui contratados.
36. A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável por providenciar, se for o caso, o registro, inscrição e cumprimento de todas as obrigações constantes do SESMET, PCMSO, PPRA ou qualquer outra obrigação legal em relação a seus empregados ou prepostos, sendo que ela declara que se responsabiliza pelo pagamento de toda e qualquer autuação que a CONTRATANTE vier a sofrer em razão de sua eventual inércia.

RESPONSABILIDADE TRABALHISTA DA CONTRATADA

37. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre a CONTRATANTE e qualquer pessoa, inclusive médicos, designada pela CONTRATADA para prestar os serviços pactuados neste contrato, sendo que seus representantes, prepostos, associados e/ou empregados executarão seus serviços profissionais de forma independente, sendo que, para todos os fins e efeitos jurídicos, a CONTRATADA deverá ser considerada como sua única e exclusiva empregadora, devendo ser afastada da CONTRATANTE qualquer responsabilidade direta e indireta em eventuais ações judiciais e procedimentos administrativos.
38. A CONTRATADA obriga-se a reembolsar a CONTRATANTE de todas as despesas advindas de eventual reconhecimento judicial de solidariedade ou subsidiariedade no cumprimento das obrigações trabalhistas e/ou previdenciárias da CONTRATADA, inclusive despesas judiciais e honorários advocatícios, no prazo de 5 (cinco) dias corridos a partir do desembolso, servindo os comprovantes, guias, recibos como documentos hábeis a instruir a cobrança, se for necessário.

39. A CONTRATADA autoriza desde já a retenção dos seus pagamentos dos valores equivalentes a eventual condenação da CONTRATANTE por alguma responsabilidade em razão da atuação dos prepostos daquela nas dependências desta, mesmo que a título de solidariedade ou subsidiariedade.
40. A CONTRATADA deverá responder pelo ônus financeiro decorrente de eventuais condenações em reclamações trabalhistas promovidas contra a CONTRATANTE por seus próprios empregados ou de suas subcontratadas ou de terceiros vinculados à prestação dos serviços, ainda que não faça parte do polo passivo, sob pena de caracterização de inadimplemento do contrato.
41. A CONTRATADA declara que tem pleno conhecimento da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho e das leis 13.429/17 e 13.467/17, e que se compromete a responder e se responsabilizar perante a CONTRATANTE por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes de eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho por meio de qualquer procedimento que vier a ser promovido por empregado, ex-empregado ou preposto dela (CONTRATADA), inclusive médicos, contra a CONTRATANTE.
42. A CONTRATADA reconhecerá como seu o valor total eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho, em processo ajuizado por qualquer empregado, ex-empregado ou preposto, inclusive médicos, ou eventual valor que for ajustado amigavelmente entre as partes tanto nos autos do processo quanto extrajudicialmente, sempre com a participação da CONTRATADA, que desde já se compromete a acatar composições amigáveis feitas entre a CONTRATANTE e o respectivo autor de eventuais ações judiciais.
43. Caso seja a CONTRATANTE acionada judicial ou administrativamente, inclusive reclamações trabalhistas, por qualquer ato inserido no rol de responsabilidade da CONTRATADA - que é total e amplo - esta assumirá para si a responsabilidade por toda e qualquer eventual condenação, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, aplicando-se no caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia da lide (art. 125 e seguintes), com o que concorda e aceita incondicionalmente a CONTRATADA.

RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

44. A intenção das partes é que a CONTRATADA assuma e se responsabilize direta e integralmente pelo pleno e total funcionamento da(s) especialidade(s) acima identificada, aí incluídos os serviços médicos que forem necessários para que o serviço atinja o seu pleno e adequado funcionamento.
45. A CONTRATADA responderá única, exclusiva e diretamente por todo e qualquer ato praticado por seus empregados, ex-empregados ou prepostos, inclusive médicos, que dele decorra a obrigação e/ou necessidade de ressarcimento de danos materiais ou morais (art. 932, III, do Código Civil e demais artigos e legislação aplicáveis), na sua respectiva extensão (art. 944 do Código Civil), não podendo a CONTRATANTE ser responsabilizada por eles a nenhum título, vez que a responsabilidade total e completa pela prestação de serviços na especialidade acima identificada está sendo assumida expressa e integralmente pela CONTRATADA.
46. Sem prejuízo da aplicação de qualquer cláusula deste contrato, caso a CONTRATANTE seja responsabilizada por qualquer forma, direta, indireta, solidária ou subsidiariamente, a ela é assegurado o direito de regresso (art. 934 do Código Civil) contra a CONTRATADA e seus sócios, na hipótese de ela sofrer algum prejuízo produzido por esta ou seus prepostos, com o que esta concorda expressamente.

47. A CONTRATADA será a única e exclusiva responsável por quaisquer reclamações, ações judiciais e eventuais erros médicos (termo aqui utilizado genericamente) dos integrantes de sua equipe e prepostos por ela designados, eximindo a CONTRATANTE de toda e qualquer responsabilidade.

DA PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD

48. Os dados pessoais coletados no presente contrato têm como base legal o disposto no artigo 7º, inciso V, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD), bem como para garantir o cumprimento fiel da execução do contrato entre as PARTES, declarando-se cientes dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes da referida Lei, obrigando-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir, por si, bem como seu pessoal, colaboradores, empregados e subcontratados que utilizem os Dados Protegidos na extensão autorizada pela Lei.
49. As PARTES armazenarão os dados pessoais coletados, com a finalidade exclusiva para a execução do contrato, enquanto perdurar a relação contratual e para necessariamente atender os prazos legais ou regulatórios.
50. As PARTES responsabilizam-se por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do seu titular. Em caso de ocorrência de vazamento indevido de dados, se comprometem a comunicar os seus titulares sobre o ocorrido, bem como à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou danos graves ao titular dos dados pessoais.
51. O titular dos dados poderá requerer expressamente para o agente responsável pelo tratamento, a qualquer momento e mediante solicitação, o acesso, a informação sobre a existência de tratamento de seus dados pessoais, a correção ou a eliminação de dados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD).
52. Em caso da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) solicitar informações a qualquer PARTE sobre as atividades de tratamento de dados pessoais, inclusive para elaboração do Relatório de Impacto à Proteção dos Dados Pessoais, a PARTE deverá necessariamente comunicar ao titular dos dados pessoais, não podendo transferir ou de qualquer outra forma, compartilhar e/ou garantir o acesso aos dados pessoais ou a quaisquer outras informações relativas ao tratamento de dados pessoais a qualquer terceiro sem o conhecimento do titular dos dados.
53. Em caso do uso de compartilhamento de dados pessoais, por meio do tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais realizado por órgãos e entidades públicas em cumprimento de competências legais, ou entre órgãos e entidades privadas, a PARTE deverá obrigatoriamente comunicar o titular dos dados pessoais e obter a autorização específica para a execução de outra modalidade de tratamento de dados pessoais.
54. O compartilhamento de dados pessoais com terceiros, depende obrigatoriamente do consentimento expresso e transparente do titular dos dados para esse fim, exceto em casos de situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD) que dispensam a autorização.
55. O titular dos dados pessoais, autoriza os CONTROLADORES e OPERADORES dos dados, nos termos do inciso I, do artigo 7º, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD), a utilizar e compartilhar os dados deste contrato, para atingir a finalidade legítima e exclusiva referente a execução do presente contrato.

DISPOSIÇÕES GERAIS

56. Este contrato é intransferível, não podendo a CONTRATADA sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros sem anuência prévia e por escrito da CONTRATANTE.
57. Faz parte integrante deste contrato cópia do instrumento constitutivo da CONTRATADA, comprometendo-se esta a entregar à CONTRATANTE cópia das alterações, caso ocorram.
58. Os sócios da CONTRATADA respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações assumidas em nome da pessoa jurídica.
59. Na hipótese de não cumprimento ou cumprimento parcial deste contrato pelo CONTRATADO lhe será aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor dos serviços prestados no mês em que o inadimplemento for constatado, devendo a quantia ser retido pelo CONTRATANTE.
60. A infração a qualquer cláusula deste contrato autoriza a sua imediata rescisão e a cobrança de multa pela CONTRATANTE mediante correspondência a exclusivo critério desta, sem a necessidade de notificação extrajudicial ou judicial neste sentido.
61. A CONTRATADA se obriga a manter em segredo, sigilo e confidenciais todas as informações cadastrais, comerciais e as contidas nos prontuários dos pacientes, obtidas com a CONTRATANTE, inclusive as constantes deste contrato, respondendo única, exclusiva e diretamente pela indenização correspondente à violação desta regra.
62. Não é permitida a utilização de quaisquer medicamentos e/ou materiais no atendimento dos pacientes que não sejam os adquiridos única, exclusiva e diretamente pela CONTRATANTE.
63. Os comunicados à imprensa ou a comunicação com qualquer órgão da mídia deverão ser feitos obrigatoriamente por meio da assessoria de imprensa da CONTRATANTE.
64. Os formulários e/ou impressos da CONTRATANTE deverão ser utilizados unicamente para atendimento dos pacientes da unidade de saúde acima identificada, sendo absolutamente proibida a sua utilização fora das suas dependências físicas. Em havendo, este contrato será rescindido imediatamente por justa causa.
65. É vedada a utilização e veiculação das marcas, logos e logomarcas da CONTRATANTE para quaisquer finalidades sem autorização prévia e escrita desta.
66. As cláusulas de responsabilidade da CONTRATADA perdurarão mesmo após a eventual rescisão deste contrato, independentemente do motivo.
67. Este contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, mandato, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária.
68. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir total ou parcialmente este contrato nem subcontratar, no todo ou em parte, o seu objeto a terceira pessoa jurídica, sob pena de sua rescisão imediata.
69. Qualquer tolerância da CONTRATANTE em relação às cláusulas e condições deste contrato não importará em precedente, novação, alteração ou renúncia de possível direito, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo.
70. O foro e o local deste contrato constam do quadro-resumo acima.

Breves/PA, 01 de maio de 2023.

Assinado eletronicamente por:
José Carlos Rizoli
CPF: ***.893.228-**
Data: 07/07/2023 13:21:52 -03:00

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

José Carlos Rizoli
Presidente

Assinado eletronicamente por:
Maria Cecília Reis Geralde
CPF: ***.885.969-**
Data: 07/07/2023 12:18:21 -03:00

QUALIMED ASSESSORIA E SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Maria Cecília Reis Geralde
Sócia Administradora

Testemunhas:

1. Assinado eletronicamente por:
Edna Gomes Batista
CPF: ***.842.576-**
Data: 07/07/2023 12:10:15 -03:00

2. Assinado eletronicamente por:
Carlos Airtton Sampaio Barros
CPF: ***.633.513-**
Data: 07/07/2023 10:58:32 -03:00



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 6WFZ6-72TDH-RZLKL-JWNXL

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Carlos Airton Sampaio Barros (CPF ***.633.513-**) em 07/07/2023 10:58 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|---------------------------------|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 201.9.228.79 | Lat: -1,436650 Long: -48,457628 |
| | Precisão: 16 (metros) |
| Autenticação | Carlosbsampaio@gmail.com |
| Email verificado | |
| YkoFPqBbjmG5fcekhhFrjDdnV3A+Y0ocgyWk0IzPghY= | |
| SHA-256 | |

- ✓ Edna Gomes Batista (CPF ***.842.576-**) em 07/07/2023 12:10 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|-------------------------------------|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 149.19.166.81 | Não disponível |
| Autenticação | diretoriaexecutiva.hrm@indsh.org.br |
| Email verificado | |
| iL8VJ1apYtLfi2F4jeQ97//8kHayu/b5fzal5+j8mM4= | |
| SHA-256 | |

- ✓ Maria Cecília Reis Geralde (CPF ***.885.969-**) em 07/07/2023 12:18 - Assinado eletronicamente

| | |
|---|---|
| Endereço IP 179.183.248.127 | Geolocalização Lat: -1,387052 Long: -48,453308 Precisão: 16 (metros) |
| Autenticação Email verificado | qualimeddiretoria@gmail.com |
| TxBc9LsWVgt5OZA7BqxoT/yqXgxZvAQ5nYJ6/yncVJU= | |
| SHA-256 | |

- ✓ José Carlos Rizoli (CPF ***.893.228-**) em 07/07/2023 13:21 - Assinado eletronicamente

| | |
|---|--|
| Endereço IP 187.37.10.8 | Geolocalização Lat: -23,502912 Long: -46,511268 Precisão: 14 (metros) |
| Autenticação Email verificado | contratos@indsh.org.br |
| nhFcPpF3ojirjdJYPREjesm6k+pKkeefLLRn8ib4DQ8= | |
| SHA-256 | |

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/6WFZ6-72TDH-RZLKL-JWNXL>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
HRPM.002.2025

| QUADRO-RESUMO | |
|------------------|---|
| Especialidade(s) | Diretoria Técnica e Médico de Qualidade |
| Objeto(s) | <p>Prestação de serviços médicos na especialidade de Diretoria Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; • Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição; • Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica; • Controlar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM no 2.056/2013; • Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas; • Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial; • Cumprir o que determina a Resolução CFM no 2.056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional; • Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento; • Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM no 1.974/201, ou aquela que a suceder; • Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição; • Participar de reuniões gerenciais, do desenvolvimento de protocolos e fluxos institucionais necessários para o bom funcionamento do hospital. <p>Prestação de serviços Médicos como de Médico de Qualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar e estruturar Núcleo de qualidade e Segurança do Paciente através de instrumentos normativos e complementares (receber, conferir, numerar, distribuir, implantar e controlar o histórico das revisões) de todas as unidades e serviços do Hospital; • Padronizar, formalizar e implantar as fases do processo de gestão do Hospital, conforme natureza do contrato, através de registros e planilhas, visando auxiliar na obtenção do padrão de qualidade desejado para o Hospital; • Concluir o desenvolvimento do Sistema de Controle e Avaliação Hospitalar, mediante implantação e acompanhamento do desempenho das funções, visando a implementação de um modelo de gestão para a qualidade; • Gerenciar a elaboração, implantação e aplicação dos indicadores de melhoria contínua do Hospital; • Implantar e gerenciar ações que promovam a melhoria contínua de todas as atividades do Hospital; • Gerenciar elaboração e implantação dos formulários do Hospital; • Acompanhar as ações de melhorias implementadas resultantes das auditorias internas; • Identificar as não conformidades resultantes das interações de processos; |

 HRPM – Av. Rio Branco, nº1266 - Centro – Breves/Pará
CEP 68. 800-000 – tel. (91) 3783-2140 - contratos.hrm@indsh

| | <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar os registros das falhas dos processos nas reuniões da Comissões; informar continuamente a atualização dos documentos e registros do Hospital; oferecer melhor direcionamento dos processos de trabalho com foco na Qualidade e satisfação do cliente; Manter os critérios para a implantação e melhoria contínua dos processos de Gestão em Executar outras tarefas correlatas às áreas. | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------------|---------------|---------------|-------------------------|---------------|---------------|--------------|--|----------------------|
| Dias e horários | 24 horas, todos os dias da semana | | | | | | | | | | | | |
| Responsável técnico | Marcello Jose Ferreira Silva - CRM/PA 15310 | | | | | | | | | | | | |
| Preço Mensal | Os serviços estipulados no objeto deste contrato possuem valor bruto médio de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) ao mês, base: 30 dias/mês, conforme o seguinte detalhamento: <table border="1" data-bbox="422 654 1356 828"> <thead> <tr> <th>QTD Profissionais</th> <th>Valor mensal</th> <th>Valor bruto Mensal Médio dos Serviços</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 – Diretoria Técnica</td> <td>R\$ 20.000,00</td> <td>R\$ 20.000,00</td> </tr> <tr> <td>1 – Médico de Qualidade</td> <td>R\$ 10.000,00</td> <td>R\$ 10.000,00</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>R\$ 30.000,00</td> </tr> </tbody> </table> | QTD Profissionais | Valor mensal | Valor bruto Mensal Médio dos Serviços | 1 – Diretoria Técnica | R\$ 20.000,00 | R\$ 20.000,00 | 1 – Médico de Qualidade | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | Total | | R\$ 30.000,00 |
| QTD Profissionais | Valor mensal | Valor bruto Mensal Médio dos Serviços | | | | | | | | | | | |
| 1 – Diretoria Técnica | R\$ 20.000,00 | R\$ 20.000,00 | | | | | | | | | | | |
| 1 – Médico de Qualidade | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | | | | | | | | | | | |
| Total | | R\$ 30.000,00 | | | | | | | | | | | |
| Data de pagamento | 10º dia do mês subsequente da prestação dos serviços | | | | | | | | | | | | |
| Multa moratória | Não há. | | | | | | | | | | | | |
| Juros moratórios | Não há. | | | | | | | | | | | | |
| Reajuste | Anual pelo INPC, se houver reajuste do Contrato de Gestão, mediante termo aditivo. | | | | | | | | | | | | |
| Prazo de vigência | Indeterminado | | | | | | | | | | | | |
| Contrato principal / Acessoriedade | Contrato de Gestão nº 002/SESPA/2022. | | | | | | | | | | | | |
| Ente político | Pará | | | | | | | | | | | | |
| Data de início | 17/03/2025 | | | | | | | | | | | | |
| Foro | Breves/PA | | | | | | | | | | | | |

| CONTRATANTE | |
|---------------|---|
| Nome | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH |
| Filial | Hospital Regional Público do Marajó - HRPM |
| CNPJ | 23.453.830/0004-12 |
| Endereço | Av. Rio Branco, nº 1266 – Centro – Breves/PA – CEP 68800-000 |
| Representante | José Carlos Rizoli, presidente. |

| CONTRATADA | |
|-------------------------|---|
| Nome | MF Serviços Médicos e Qualidade em Saúde LTDA |
| Nº CRM/PJ | CRM/PA nº 3503 |
| CNPJ | 47.985.068/0001-30 |
| Endereço | Rua Antonio F. da Silva, nº 3431, Bairro Aeroporto, Breves – PA, CEP 68.800-000 |
| Sócio(s) e N.ºs. do CRM | Marcello Jose Ferreira Silva - CRM/PA 15310 |

OBJETO

- Os serviços aqui contratados serão prestados por médicos pertencentes ao quadro de pessoal da própria CONTRATADA ou por ela designados, cabendo a ela assumir inteira responsabilidade por eles em todos os seus aspectos.

2. A prestação de serviços abrangerá o atendimento a todos os pacientes que vierem a ser atendidos pela unidade de saúde na referida especialidade, oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se dará em área física específica indicada pela CONTRATANTE.
3. Vincula-se a este contrato a (eventual) proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, prevalecendo, porém, unicamente o combinado neste instrumento.

ESCALAS DE TRABALHO/PLANTÃO

4. Será de única, exclusiva e direta responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos médicos que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE. As escalas, do mês subsequente, deverão ser entregues no último dia de cada mês, da competência vigente, devidamente assinada por seu gestor principal do contrato, à CONTRATANTE para conhecimento, acompanhamento, e registro nos agendamentos junto ao sistema de regulação, conforme o serviço.
5. As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços médicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha dos profissionais que irão prestar os serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o médico designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localiza a filial do INDSH e que atenda os pacientes a contento.
6. A CONTRATADA, utilizando-se de sua total e irrestrita responsabilidade e liberdade para elaborar as escalas de plantão, poderá substituir a qualquer momento, em razão de seu interesse ou dos médicos, aqueles previamente escalados para cumprir os plantões e/ou escalas. O(s) médico(s) substituto(s) deverá(ão) estar previamente (com cinco dias úteis de antecedência) e obrigatoriamente identificado(s) para a CONTRATANTE, por meio da apresentação dos documentos pessoais relacionados abaixo.
7. Obriga-se a CONTRATADA a designar médicos para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham necessária e obrigatoriamente residência e título de especialista na respectiva especialidade, devendo o profissional estar registrado (RQE), e em dia com o CRM, devendo apresentar periodicamente o comprovante de recertificação, se for o caso.
8. Para identificação e conhecimento dos profissionais que prestam serviços aos pacientes da unidade de saúde e confecção de crachá para que eles transitem nas suas dependências, a CONTRATADA se obriga a apresentar à CONTRATANTE relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, RG, CPF, CRM, registro no órgão regulador da especialidade (RQE), endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residência) dos médicos que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:
 - a) Diploma de graduação em medicina;
 - b) Certificado de conclusão da residência;
 - c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade (RQE – Registro de Qualificação de Especialista);
 - d) Carteira do CRM;
 - e) Certidão de quitação de anuidade do CRM do estado onde se localiza a filial do INDSH.

EQUIPAMENTOS

9. Para que a CONTRATADA preste os serviços aqui combinados a CONTRATANTE a autorizará a utilizar os equipamentos necessários que eventualmente estiverem disponíveis na unidade de

saúde, sendo que aquela se obriga a cuidar e zelar pela sua integridade como se seus fossem, e responderá perante esta pelos eventuais danos a eles causados por culpa ou dolo dos seus prepostos, ficando desde já autorizado o desconto na fatura do valor equivalente ao dano causado, se aplicável.

- Os equipamentos, mobiliários, instrumentos e demais necessários à prestação dos serviços deverão ser relacionados e identificados em inventário específico. Sempre que houver aquisição, mudança ou transferência de qualquer equipamento, mobiliário ou instrumental, o inventário deverá ser alterado para registrar sua nova composição.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- Prestar os serviços da forma e no prazo aqui pactuados com autonomia técnica (Resolução CFM 2.217/18) e nos termos do Código de Ética e Conduta do INDSH, do Regimento do Corpo Clínico e do Regulamento do hospital, respondendo civil, penal, tributária e administrativamente por seus atos e de seus sócios e prepostos.
 - Cumprir devidamente quando dos plantões, destacando aos presenciais - 24 horas, e se havendo qualquer eventualidade que seja necessária sua ausência da unidade, deverá previamente informar a diretoria técnica médica da unidade e seu gestor principal de contrato; e da mesma forma se necessária entrada na unidade/ repouso médico de qualquer pessoa que queira, não pertencente ao quadro de sua empresa/ escala/ unidade.
- Responsabilizar-se em todos os aspectos pelos médicos e demais profissionais (sócios, estagiários, aprendizes, consultores, prestadores de serviços e demais colaboradores) que designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo à CONTRATADA fazer com que seus prepostos observem rigorosamente as normas legais aplicáveis à profissão, as internas do estabelecimento (protocolos, fluxos, rotinas), especialmente o Regimento do Corpo Clínico, o Regulamento Interno, e o Código de Ética e Conduta do CONTRATANTE, bem como ao correto e completo registro clínico de sua atuação profissional nos documentos inerentes ao paciente (prontuário, outros).
- Informar à CONTRATANTE a qualificação completa, local de trabalho e o serviço a ser desenvolvido de todo e qualquer preposto, visando permitir à CONTRATANTE a confecção de crachá para controle do fluxo interno de pessoas.
- Substituir em 24 (vinte e quatro) horas o profissional que não atender as necessidades da prestação dos serviços aqui contratados a pedido da CONTRATANTE.
- Utilizar equipamentos e programas de informática oficiais e legalizados, sendo seu todo o ônus pela eventual infringência desta cláusula, inclusive penalmente em relação a seus sócios. A CONTRATADA deverá encaminhar à CONTRATANTE cópia dos documentos que atestem o efetivo cumprimento desta cláusula, sob pena de infração contratual, cobrança da respectiva multa e rescisão deste contrato por justo motivo.
- Responsabilizar-se civil e criminalmente, por meio de seus sócios, pela cobrança de qualquer valor dos pacientes oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que tal prática ensejará a rescisão imediata deste contrato, a cobrança de multa e a sua denúncia às autoridades políticas e judiciárias.
- Participar ou indicar um profissional nas Comissões Hospitalares obrigatórias: Ética Médica, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbito e Controle de Infecção, constituídas pelo CONTRATANTE, sempre que necessário. Essas comissões são responsáveis por fornecer orientações e tomar decisões importantes relacionadas ao projeto ou contrato em questão.

- Ao participar ou indicar um profissional para essas comissões, é importante considerar a expertise e experiência necessárias para lidar com os assuntos em discussão. O profissional deve ter conhecimento técnico e habilidades relevantes para contribuir de forma efetiva nas deliberações e tomadas de decisão.
 - O profissional deve ser comprometido e disponível para participar das reuniões e atividades da comissão. Sua presença e contribuição são essenciais para garantir que as decisões sejam tomadas de forma adequada e que os interesses do CONTRATANTE sejam atendidos, garantindo assim uma participação efetiva e produtiva nas atividades da comissão.
18. Participar das reuniões clínicas sempre que solicitado, devendo o convite ser enviado com antecedência de 5 (cinco) dias corridos.
 19. Criar protocolos gerenciados de atendimento nas áreas específicas com visão na qualidade e acreditação hospitalar, se aplicável.
 20. Participar e contribuir com todos os processos de certificação e acreditação que forem inicializados pela CONTRATANTE.
 21. Responder a todas as reclamações do setor de atendimento dos pacientes, auditoria, serviço de atendimento ao usuário ou equivalente, relativas ao objeto deste contrato, dentro do prazo que for estabelecido.
 22. Não empregar menores de idade, salvo nas hipóteses autorizadas pela legislação.
 23. Emitir mensalmente as respectivas notas fiscais de prestação de serviços e encaminhá-las à CONTRATANTE sempre e até o 25º (vigésimo quinto) dia de cada mês da competência do serviço realizado.
 24. Enviar mensalmente, junto à Nota Fiscal, à CONTRATANTE cópia da comprovação de recolhimento das obrigações e encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários e demais legais que envolverem os médicos, empregados e/ou prepostos por ela designados para prestar os serviços contratados, sob pena de retenção do pagamento até que tal providência seja efetivada.
 25. Cumprir a legislação trabalhista, fiscal, tributária, previdenciária e de saúde ocupacional que forem aplicáveis, especialmente as normas regulamentadoras que tratam do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos) e LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho).
 26. Pagar diretamente a quem de direito, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE, a remuneração, encargos sociais, fiscais, tributários e administrativos relativos a seus prepostos, médicos, funcionários e quaisquer outras pessoas por ela exclusivamente designadas para a prestação de serviços, além de todos os impostos, taxas e contribuições atuais ou futuras devidas em decorrência direta ou indireta do exercício de suas atividades, cujos percentuais já compõem o preço total acima mencionado.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

27. Pagar o preço acima indicado, desde que haja previamente o respectivo repasse da verba pública a ela pelo ente político acima indicado.
28. Acompanhar e fiscalizar a prestação de serviços pela CONTRATADA, visando o regular atendimento dos pacientes.

29. Informar por escrito à CONTRATADA eventual ocorrência com os prepostos desta para que ela adote as providências que cada caso requerer, inclusive a substituição de profissionais destinados ao cumprimento dos serviços contratados, se assim desejar.

PREÇO

30. A CONTRATANTE pagará o valor mencionado no quadro acima, por plantão de 24h, presencial, mediante o encaminhamento prévio da nota fiscal eletrônica, conforme pactuado neste contrato, emitida em observância ao art. 1º da lei 8.846/94.
31. A CONTRATADA declara ser sabedora que o dinheiro que será utilizado para efetuar o seu pagamento é unicamente proveniente de repasse pelo ente político que mantém parceria com a CONTRATANTE. Havendo atraso em tal repasse pelo ente político para a CONTRATANTE consequentemente haverá o mesmo atraso no pagamento da CONTRATADA, o que não poderá ser entendido como inadimplência ou descumprimento deste contrato para todo e qualquer fim.
32. A CONTRATADA fica proibida de emitir e negociar de qualquer duplicata que tenha base ou relacionamento com os valores devidos pela CONTRATANTE em razão deste contrato.

PRAZO, RESCISÃO e ACESSORIEDADE

33. O prazo de vigência deste contrato é INDETERMINADO e pode ser rescindido por qualquer parte a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por e-mail, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, decorridos os quais o contrato estará rescindido de fato e de direito sem direito a qualquer multa ou indenização a nenhum título.
34. Este contrato é ACESSÓRIO do principal que foi assinado entre a CONTRATANTE e o ente político acima mencionado. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindir ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e/ou hipótese e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

35. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da CONTRATADA e de seus sócios, que gozarão de ampla liberdade profissional, ressalvando-se apenas a abordagem de aspectos éticos que se envolvem com a prestação de serviços com os diretores Clínico e/ou Técnico Médico da unidade de saúde filial da CONTRATANTE.
36. Correrão por conta e responsabilidade exclusivas da CONTRATADA todos os encargos fiscais, tributários, trabalhistas, impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais e obrigações previdenciárias emanadas dos três níveis de administração pública que forem devidas e que incidirem sobre o exercício da atividade a ser desenvolvida decorrente da prestação de serviços aqui pactuada, bem como outros que eventualmente incidirem e, ainda, as obrigações e encargos decorrentes do vínculo entre ela e seus empregados ou prepostos que forem exclusivamente por ela designados para a execução dos serviços aqui contratados.

37. A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável por providenciar, se for o caso, o registro, inscrição e cumprimento de todas as obrigações constantes do SESMT, PCMSO, PGR, LTCAT ou qualquer outra obrigação legal em relação a seus empregados ou prepostos, sendo que ela declara que se responsabiliza pelo pagamento de toda e qualquer autuação que a CONTRATANTE vier a sofrer em razão de sua eventual inércia.

RESPONSABILIDADE TRABALHISTA DA CONTRATADA

38. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre a CONTRATANTE e qualquer pessoa, inclusive médicos, designada pela CONTRATADA para prestar os serviços pactuados neste contrato, sendo que seus representantes, prepostos, associados e/ou empregados executarão seus serviços profissionais de forma independente, sendo que, para todos os fins e efeitos jurídicos, a CONTRATADA deverá ser considerada como sua única e exclusiva empregadora, devendo ser afastada da CONTRATANTE qualquer responsabilidade direta e indireta em eventuais ações judiciais e procedimentos administrativos.
39. A CONTRATADA obriga-se a reembolsar a CONTRATANTE de todas as despesas advindas de eventual reconhecimento judicial de solidariedade ou subsidiariedade no cumprimento das obrigações trabalhistas e/ou previdenciárias da CONTRATADA, inclusive despesas judiciais e honorários advocatícios, no prazo de 5 (cinco) dias corridos a partir do desembolso, servindo os comprovantes, guias, recibos como documentos hábeis a instruir a cobrança, se for necessário.
40. A CONTRATADA autoriza desde já a retenção dos seus pagamentos dos valores equivalentes a eventual condenação da CONTRATANTE por alguma responsabilidade em razão da atuação dos prepostos daquela nas dependências desta, mesmo que a título de solidariedade ou subsidiariedade.
41. A CONTRATADA deverá responder pelo ônus financeiro decorrente de eventuais condenações em reclamações trabalhistas promovidas contra a CONTRATANTE por seus próprios empregados ou de suas subcontratadas ou de terceiros vinculados à prestação dos serviços, ainda que não faça parte do polo passivo, sob pena de caracterização de inadimplemento do contrato.
42. A CONTRATADA declara que tem pleno conhecimento da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho e das leis 13.429/17 e 13.467/17, e que se compromete a responder e se responsabilizar perante a CONTRATANTE por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes de eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho por meio de qualquer procedimento que vier a ser promovido por empregado, ex-empregado ou preposto dela (CONTRATADA), inclusive médicos, contra a CONTRATANTE.
43. A CONTRATADA reconhecerá como seu o valor total eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho, em processo ajuizado por qualquer empregado, ex-empregado ou preposto, inclusive médicos, ou eventual valor que for ajustado amigavelmente entre as partes tanto nos autos do processo quanto extrajudicialmente, sempre com a participação da CONTRATADA, que desde já se compromete a acatar composições amigáveis feitas entre a CONTRATANTE e o respectivo autor de eventuais ações judiciais.
44. Caso seja a CONTRATANTE acionada judicial ou administrativamente, inclusive reclamações trabalhistas, por qualquer ato inserido no rol de responsabilidade da CONTRATADA - que é total e amplo - esta assumirá para si a responsabilidade por toda e qualquer eventual condenação, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, aplicando-se no caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros previstas no Código de Processo Civil, especialmente a

denúnciação da lide (art. 125 e seguintes), com o que concorda e aceita incondicionalmente a CONTRATADA.

RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

45. A intenção das partes é que a CONTRATADA assuma e se responsabilize direta e integralmente pelo pleno e total funcionamento da(s) especialidade(s) acima identificada, aí incluídos os serviços médicos que forem necessários para que o serviço atinja o seu pleno e adequado funcionamento.
46. A CONTRATADA responderá única, exclusiva e diretamente por todo e qualquer ato praticado por seus empregados, ex-empregados ou prepostos, inclusive médicos, que dele decorra a obrigação e/ou necessidade de ressarcimento de danos materiais ou morais (art. 932, III, do Código Civil e demais artigos e legislação aplicáveis), na sua respectiva extensão (art. 944 do Código Civil), não podendo a CONTRATANTE ser responsabilizada por eles a nenhum título, vez que a responsabilidade total e completa pela prestação de serviços na especialidade acima identificada está sendo assumida expressa e integralmente pela CONTRATADA.
47. Sem prejuízo da aplicação de qualquer cláusula deste contrato, caso a CONTRATANTE seja responsabilizada por qualquer forma, direta, indireta, solidária ou subsidiariamente, a ela é assegurado o direito de regresso (art. 934 do Código Civil) contra a CONTRATADA e seus sócios, na hipótese de ela sofrer algum prejuízo produzido por esta ou seus prepostos, com o que esta concorda expressamente.
48. A CONTRATADA será a única e exclusiva responsável por quaisquer reclamações, ações judiciais e eventuais erros médicos (termo aqui utilizado genericamente) dos integrantes de sua equipe e prepostos por ela designados, eximindo a CONTRATANTE de toda e qualquer responsabilidade.

DA PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD

49. Os dados pessoais coletados no presente contrato têm como base legal o disposto no artigo 7º, inciso V, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD), bem como para garantir o cumprimento fiel da execução do contrato entre as PARTES, declarando-se cientes dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes da referida Lei, obrigando-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir, por si, bem como seu pessoal, colaboradores, empregados e subcontratados que utilizem os Dados Protegidos na extensão autorizada pela Lei.
50. As PARTES armazenarão os dados pessoais coletados, com a finalidade exclusiva para a execução do contrato, enquanto perdurar a relação contratual e para necessariamente atender os prazos legais ou regulatórios.
51. As PARTES responsabilizam-se por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do seu titular. Em caso de ocorrência de vazamento indevido de dados, se comprometem a comunicar os seus titulares sobre o ocorrido, bem como à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou danos graves ao titular dos dados pessoais.
52. O titular dos dados poderá requerer expressamente para o agente responsável pelo tratamento, a qualquer momento e mediante solicitação, o acesso, a informação sobre a existência de tratamento de seus dados pessoais, a correção ou a eliminação de dados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD).

53. Em caso da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) solicitar informações a qualquer PARTE sobre as atividades de tratamento de dados pessoais, inclusive para elaboração do Relatório de Impacto à Proteção dos Dados Pessoais, a PARTE deverá necessariamente comunicar ao titular dos dados pessoais, não podendo transferir ou de qualquer outra forma, compartilhar e/ou garantir o acesso aos dados pessoais ou a quaisquer outras informações relativas ao tratamento de dados pessoais a qualquer terceiro sem o conhecimento do titular dos dados.
54. Em caso do uso de compartilhamento de dados pessoais, por meio do tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais realizado por órgãos e entidades públicas em cumprimento de competências legais, ou entre órgãos e entidades privadas, a PARTE deverá obrigatoriamente comunicar o titular dos dados pessoais e obter a autorização específica para a execução de outra modalidade de tratamento de dados pessoais.
55. O compartilhamento de dados pessoais com terceiros, depende obrigatoriamente do consentimento expresso e transparente do titular dos dados para esse fim, exceto em casos de situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD) que dispensam a autorização.
56. O titular dos dados pessoais, autoriza os CONTROLADORES e OPERADORES dos dados, nos termos do inciso I, do artigo 7º, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD), a utilizar e compartilhar os dados deste contrato, para atingir a finalidade legítima e exclusiva referente a execução do presente contrato.

DA RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL

57. A CONTRATADA fica obrigada a providenciar, exclusivamente às suas expensas, seguro de Responsabilidade Civil Profissional, abrangendo a cobertura básica e todas as coberturas adicionais cabíveis e pertinentes ao objeto deste contrato, de modo que haja integral cobertura em caso de danos promovidos por prepostos e colaboradores da CONTRATADA ao CONTRATANTE e a terceiros, sem qualquer responsabilidade ou ônus remanescente ao CONTRATANTE, financeiro ou de qualquer outra natureza.
58. A CONTRATADA deve comprovar ao CONTRATANTE a contratação do seguro, mediante apresentação da respectiva apólice, em até 30 (tinta) dias a contar da assinatura desse instrumento, sob pena de rescisão contratual.
59. A apólice do seguro contratado deverá ter vigência compatível com o prazo de duração do presente Contrato, devendo ser renovada ou endossada pela CONTRATADA, se necessário, nos casos de prorrogação do prazo contratual.
60. O valor da cobertura deve contemplar a totalidade dos possíveis danos oriundos dos riscos e sinistros derivados da atuação da CONTRATADA, considerando a natureza, volume, complexidade e demais aspectos de sua operação econômica e do mercado em que atua.

DISPOSIÇÕES GERAIS

61. Este contrato é intransferível, não podendo a CONTRATADA sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros sem anuência prévia e por escrito da CONTRATANTE.
62. Faz parte integrante deste contrato cópia do instrumento constitutivo da CONTRATADA, comprometendo-se esta a entregar à CONTRATANTE cópia das alterações, caso ocorram.

63. Os sócios da CONTRATADA respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações assumidas em nome da pessoa jurídica.
64. Na hipótese de não cumprimento ou cumprimento parcial deste contrato pelo CONTRATADO lhe será aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor dos serviços prestados no mês em que o inadimplemento for constatado, devendo a quantia ser retido pelo CONTRATANTE.
65. A infração a qualquer cláusula deste contrato autoriza a sua imediata rescisão e a cobrança de multa pela CONTRATANTE mediante correspondência a exclusivo critério desta, sem a necessidade de notificação extrajudicial ou judicial neste sentido.
66. A CONTRATADA se obriga a manter em segredo, sigilo e confidenciais todas as informações cadastrais, comerciais e as contidas nos prontuários dos pacientes, obtidas com a CONTRATANTE, inclusive as constantes deste contrato, respondendo única, exclusiva e diretamente pela indenização correspondente à violação desta regra.
67. Não é permitida a utilização de quaisquer medicamentos e/ou materiais no atendimento dos pacientes que não sejam os adquiridos única, exclusiva e diretamente pela CONTRATANTE.
68. Os comunicados à imprensa ou a comunicação com qualquer órgão da mídia deverão ser feitos obrigatoriamente por meio da assessoria de imprensa da CONTRATANTE.
69. Os formulários e/ou impressos da CONTRATANTE deverão ser utilizados unicamente para atendimento dos pacientes da unidade de saúde acima identificada, sendo absolutamente proibida a sua utilização fora das suas dependências físicas. Em havendo, este contrato será rescindido imediatamente por justa causa.
70. É vedada a utilização e veiculação das marcas, logos e logomarcas da CONTRATANTE para quaisquer finalidades sem autorização prévia e escrita desta.
71. As cláusulas de responsabilidade da CONTRATADA perdurarão mesmo após a eventual rescisão deste contrato, independentemente do motivo.
72. Este contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, mandato, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária.
73. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir total ou parcialmente este contrato nem subcontratar, no todo ou em parte, o seu objeto a terceira pessoa jurídica, sob pena de sua rescisão imediata.
74. Qualquer tolerância da CONTRATANTE em relação às cláusulas e condições deste contrato não importará em precedente, novação, alteração ou renúncia de possível direito, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo.
75. O foro e o local deste contrato constam do quadro-resumo acima.

Breves/PA, 17 de março de 2025.

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: 171.893.228-68
Certificado emitido por AC DIGITAL MULTIPLA
G1
Data: 25/09/2025 16:00:35 -03:00

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH
José Carlos Rizoli
Presidente

Assinado eletronicamente por:
Marcello Jose Ferreira Silva
CPF: 015.467.362-55
Data: 25/09/2025 15:46:51 -03:00

MF SERVIÇOS MÉDICOS E QUALIDADE EM SAÚDE LTDA
Marcello Jose Ferreira Silva
Sócio-administrador

Testemunhas:

1. _____
Assinado eletronicamente por:
Jessé Pontes dos Santos
CPF: 011.779.982-38
Data: 25/09/2025 15:53:49 -03:00

Nome:
CPF.:

2. _____
Assinado eletronicamente por:
Juscely Pereira Machado
CPF: 699.718.891-53
Data: 25/09/2025 20:31:15 -03:00

Nome:
CPF.:



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: KGNP3-3SS35-WBUPU-5G7M5

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Marcello Jose Ferreira Silva (CPF 015.467.362-55) em 25/09/2025 15:46 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|-----------------------------|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 191.246.248.227 | Não disponível |
| Autenticação | dferreiramarcello@gmail.com |
| Email verificado | |
| 5dfaW7VS47DeYtJDFTsOwOFyRt/FTMIqLFIYwPQfL08= | |
| SHA-256 | |

- ✓ Jessé Pontes dos Santos (CPF 011.779.982-38) em 25/09/2025 15:53 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|--|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 179.84.69.55 | Não disponível |
| Autenticação | jessepontes@livedo...ontabilidade.com.br |
| Email verificado | |
| mPW9hfrdsOccJKQa32mkCHKd8eZRRVIYiO8xADsXC/8= | |
| SHA-256 | |

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF 171.893.228-68) em 25/09/2025 16:00 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ Jusciely Pereira Machado (CPF 699.718.891-53) em 25/09/2025 20:31 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|---|
| Endereço IP 187.50.90.154 | Geolocalização Lat: -23,519456 Long: -46,667664 Precisão: 102 (metros) |
| Autenticação Email verificado | jusciely.hrpm@indshsaude.org.br |
| 0r5YEiYoXTNwsE4tqrBpGRj4qoVihQYgpvpBpgeG4cE= | |
| SHA-256 | |

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/KGNP3-3SS35-WBUPU-5G7M5>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
HRPM.003.2024**

| QUADRO-RESUMO | |
|------------------------------------|---|
| Especialidade(s) | MASTOLOGIA |
| Objeto(s) | Prestação de serviços médicos na especialidade de Mastologia. Sendo os principais serviços/ atividades: <ul style="list-style-type: none">Realizar o atendimento ambulatorial, presencial, das 8 às 17h (ou até o término dos atendimentos diários) e mínimo 2 (dois) dias/mês, que se dá no mínimo de 50 (cinquenta) consultas/mês, respeitando as normas internas da instituição quanto ao horário e prioridade de atendimento, agendados via regulação, e internamente;Realizar no mínimo, ambulatorialmente, 10 Biópsias de Mama/mês;Seguir o Manual de Integração, Regimento Interno, Protocolos, Fluxos do HRPM. |
| Dias e horários | 2 (dois) dias/ no mês, das 8 às 17h (ou término dos atendimentos diários) |
| Responsável técnico | Leonardo Rodrigues Martins CRM/PA nº 15318 |
| Preço mensal | R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) |
| Data de pagamento | 25º (vigésimo quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços |
| Multa moratória | Não há. |
| Juros moratórios | Não há. |
| Reajuste | Anual pelo INPC, se houver reajuste do Contrato de Gestão, mediante termo aditivo. |
| Prazo de vigência | Indeterminado |
| Contrato principal / Acessoriedade | Contrato de Gestão nº 02/SESPA/2022. |
| Ente político | Pará |
| Data de início | 2/5/2024 |
| Foro | Breves/PA |

| CONTRATANTE | |
|--------------------|---|
| Nome | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH |
| Filial | Hospital Regional Público do Marajó - HRPM |
| CNPJ | 23.453.830/0004-12 |
| Endereço | Av. Rio Branco, nº 1266 – Centro – Breves/PA – CEP 68800-000 |
| Representante | José Carlos Rizoli, presidente. |

| CONTRATADA | |
|------------------------|---|
| Nome | LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA |
| Nº CRM/PJ | Nº CRM/PA - 3036 |
| CNPJ | 41.252.873/0001-79 |
| Endereço | Travessa Ipiranga nº 250- Bairro: Cristo Redentor - Castanhal-PA – CEP: 68742-340 |
| Sócio(s) e nºs. do CRM | Leonardo Rodrigues Martins CRM/PA nº 15318 |

OBJETO

1. Os serviços aqui contratados serão prestados por médicos pertencentes ao quadro de pessoal da própria CONTRATADA ou por ela designados, cabendo a ela assumir inteira responsabilidade por eles em todos os seus aspectos.
2. A prestação de serviços abrangerá o atendimento a todos os pacientes que vierem a ser atendidos pela unidade de saúde na referida especialidade, oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se dará em área física específica indicada pela CONTRATANTE.
3. Vincula-se a este contrato a (eventual) proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, prevalecendo, porém, unicamente o combinado neste instrumento.

ESCALAS DE TRABALHO/PLANTÃO

4. Será de única, exclusiva e direta responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos médicos que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE. As escalas, do mês subsequente, deverão ser entregues no último dia de cada mês, da competência vigente, devidamente assinada por seu gestor principal do contrato, à CONTRATANTE para conhecimento, acompanhamento, e registro nos agendamentos junto ao sistema de regulação, conforme o serviço.
5. As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços médicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha dos profissionais que irão prestar os serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o médico designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localiza a filial do INDSH e que atenda os pacientes a contento.
6. A CONTRATADA, utilizando-se de sua total e irrestrita responsabilidade e liberdade para elaborar as escalas de plantão, poderá substituir a qualquer momento, em razão de seu interesse ou dos médicos, aqueles previamente escalados para cumprir os plantões e/ou escalas. O(s) médico(s) substituto(s) deverá(ão) estar previamente (com cinco dias úteis de antecedência) e obrigatoriamente identificado(s) para a CONTRATANTE, por meio da apresentação dos documentos pessoais relacionados abaixo.
7. Obriga-se a CONTRATADA a designar médicos para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham necessária e obrigatoriamente residência e título de especialista na respectiva especialidade, devendo o profissional estar registrado (RQE), e em dia com o CRM, devendo apresentar periodicamente o comprovante de recertificação, se for o caso.
8. Para identificação e conhecimento dos profissionais que prestam serviços aos pacientes da unidade de saúde e confecção de crachá para que eles transitem nas suas dependências, a CONTRATADA se obriga a apresentar à CONTRATANTE relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, RG, CPF, CRM, registro no órgão regulador da especialidade (RQE), endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residência) dos médicos que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:
 - a) Diploma de graduação em medicina;
 - b) Certificado de conclusão da residência;

- c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade (RQE – Registro de Qualificação de Especialista);
- d) Carteira do CRM;
- e) Certidão de quitação de anuidade do CRM do estado onde se localiza a filial do INDSH.

EQUIPAMENTOS

9. Para que a CONTRATADA preste os serviços aqui combinados a CONTRATANTE a autorizará a utilizar os equipamentos necessários que eventualmente estiverem disponíveis na unidade de saúde, sendo que aquela se obriga a cuidar e zelar pela sua integridade como se seus fossem, e responderá perante esta pelos eventuais danos a eles causados por culpa ou dolo dos seus prepostos, ficando desde já autorizado o desconto na fatura do valor equivalente ao dano causado, se aplicável.
10. Os equipamentos, mobiliários, instrumentos e demais necessários à prestação dos serviços deverão ser relacionados e identificados em inventário específico. Sempre que houver aquisição, mudança ou transferência de qualquer equipamento, mobiliário ou instrumental, o inventário deverá ser alterado para registrar sua nova composição.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11. Prestar os serviços da forma e no prazo aqui pactuados com autonomia técnica (Resolução CFM 2.217/18) e nos termos do Código de Ética e Conduta do INDSH, do Regimento do Corpo Clínico e do Regulamento do hospital, respondendo civil, penal, tributária e administrativamente por seus atos e de seus sócios e prepostos.
 - Cumprir devidamente quando dos plantões, destacando aos presenciais - 24 horas, e se havendo qualquer eventualidade que seja necessária sua ausência da unidade, deverá previamente informar a diretoria técnica médica da unidade e seu gestor principal de contrato; e da mesma forma se necessária entrada na unidade/ repouso médico de qualquer pessoa que queira, não pertencente ao quadro de sua empresa/ escala/ unidade.
12. Responsabilizar-se em todos os aspectos pelos médicos e demais profissionais (sócios, estagiários, aprendizes, consultores, prestadores de serviços e demais colaboradores) que designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo à CONTRATADA fazer com que seus prepostos observem rigorosamente as normas legais aplicáveis à profissão, as internas do estabelecimento (protocolos, fluxos, rotinas), especialmente o Regimento do Corpo Clínico, o Regulamento Interno, e o Código de Ética e Conduta do CONTRATANTE, bem como ao correto e completo registro clínico de sua atuação profissional nos documentos inerentes ao paciente (prontuário, outros).
13. Informar à CONTRATANTE a qualificação completa, local de trabalho e o serviço a ser desenvolvido de todo e qualquer preposto, visando permitir à CONTRATANTE a confecção de crachá para controle do fluxo interno de pessoas.
14. Substituir em 24 (vinte e quatro) horas o profissional que não atender as necessidades da prestação dos serviços aqui contratados a pedido da CONTRATANTE.
15. Utilizar equipamentos e programas de informática oficiais e legalizados, sendo seu todo o ônus pela eventual infringência desta cláusula, inclusive penalmente em relação a seus sócios. A CONTRATADA deverá encaminhar à CONTRATANTE cópia dos documentos que atestem o efetivo

cumprimento desta cláusula, sob pena de infração contratual, cobrança da respectiva multa e rescisão deste contrato por justo motivo.

16. Responsabilizar-se civil e criminalmente, por meio de seus sócios, pela cobrança de qualquer valor dos pacientes oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que tal prática ensejará a rescisão imediata deste contrato, a cobrança de multa e a sua denúncia às autoridades políticas e judiciárias.
17. Participar ou indicar um profissional nas Comissões Hospitalares obrigatórias: Ética Médica, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbito e Controle de Infecção, constituídas pelo CONTRATANTE, sempre que necessário. Essas comissões são responsáveis por fornecer orientações e tomar decisões importantes relacionadas ao projeto ou contrato em questão.
 - Ao participar ou indicar um profissional para essas comissões, é importante considerar a expertise e experiência necessárias para lidar com os assuntos em discussão. O profissional deve ter conhecimento técnico e habilidades relevantes para contribuir de forma efetiva nas deliberações e tomadas de decisão.
 - O profissional deve ser comprometido e disponível para participar das reuniões e atividades da comissão. Sua presença e contribuição são essenciais para garantir que as decisões sejam tomadas de forma adequada e que os interesses do CONTRATANTE sejam atendidos, garantindo assim uma participação efetiva e produtiva nas atividades da comissão.
18. Participar das reuniões clínicas sempre que solicitado, devendo o convite ser enviado com antecedência de 5 (cinco) dias corridos.
19. Criar protocolos gerenciados de atendimento nas áreas específicas com visão na qualidade e acreditação hospitalar, se aplicável.
20. Participar e contribuir com todos os processos de certificação e acreditação que forem inicializados pela CONTRATANTE.
21. Responder a todas as reclamações do setor de atendimento dos pacientes, auditoria, serviço de atendimento ao usuário ou equivalente, relativas ao objeto deste contrato, dentro do prazo que for estabelecido.
22. Não empregar menores de idade, salvo nas hipóteses autorizadas pela legislação.
23. Emitir mensalmente as respectivas notas fiscais de prestação de serviços e encaminhá-las à CONTRATANTE sempre e até o 25º (vigésimo quinto) dia de cada mês da competência do serviço realizado.
24. Enviar mensalmente, junto à Nota Fiscal, à CONTRATANTE cópia da comprovação de recolhimento das obrigações e encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários e demais legais que envolverem os médicos, empregados e/ou prepostos por ela designados para prestar os serviços contratados, sob pena de retenção do pagamento até que tal providência seja efetivada.
25. Cumprir a legislação trabalhista, fiscal, tributária, previdenciária e de saúde ocupacional que forem aplicáveis, especialmente as normas regulamentadoras que tratam do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos) e LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho).
26. Pagar diretamente a quem de direito, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE, a remuneração, encargos sociais, fiscais, tributários e administrativos

relativas a seus prepostos, médicos, funcionários e quaisquer outras pessoas por ela exclusivamente designadas para a prestação de serviços, além de todos os impostos, taxas e contribuições atuais ou futuras devidas em decorrência direta ou indireta do exercício de suas atividades, cujos percentuais já compõem o preço total acima mencionado.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

27. Pagar o preço acima indicado, desde que haja previamente o respectivo repasse da verba pública a ela pelo ente político acima indicado.
28. Acompanhar e fiscalizar a prestação de serviços pela CONTRATADA, visando o regular atendimento dos pacientes.
29. Informar por escrito à CONTRATADA eventual ocorrência com os prepostos desta para que ela adote as providências que cada caso requerer, inclusive a substituição de profissionais destinados ao cumprimento dos serviços contratados, se assim desejar.

PREÇO

30. A CONTRATANTE pagará o valor acima indicado mediante o encaminhamento prévio da nota fiscal, conforme pactuado neste contrato, emitida em observância ao art. 1º da lei 8.846/94.
31. A CONTRATADA declara ser sabedora que o dinheiro que será utilizado para efetuar o seu pagamento é unicamente proveniente de repasse pelo ente político que mantém parceria com a CONTRATANTE. Havendo atraso em tal repasse pelo ente político para a CONTRATANTE consequentemente haverá o mesmo atraso no pagamento da CONTRATADA, o que não poderá ser entendido como inadimplência ou descumprimento deste contrato para todo e qualquer fim.
32. A CONTRATADA fica proibida de emitir e negociar de qualquer duplicata que tenha base ou relacionamento com os valores devidos pela CONTRATANTE em razão deste contrato.

PRAZO, RESCISÃO e ACESSORIEDADE

33. O prazo de vigência deste contrato é INDETERMINADO e pode ser rescindido por qualquer parte a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por e-mail, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, decorridos os quais o contrato estará rescindido de fato e de direito sem direito a qualquer multa ou indenização a nenhum título.
34. Este contrato é ACESSÓRIO do principal que foi assinado entre a CONTRATANTE e o ente político acima mencionado. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirá ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e/ou hipótese e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

35. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da CONTRATADA e de seus sócios, que gozarão de ampla liberdade profissional, ressalvando-se apenas a abordagem de aspectos éticos que se envolvem com a prestação de serviços com os diretores Clínico e/ou Técnico Médico da unidade de saúde filial da CONTRATANTE.
36. Correrão por conta e responsabilidade exclusivas da CONTRATADA todos os encargos fiscais, tributários, trabalhistas, impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais e obrigações previdenciárias emanadas dos três níveis de administração pública que forem devidas e que incidirem sobre o exercício da atividade a ser desenvolvida decorrente da prestação de serviços aqui pactuada, bem como outros que eventualmente incidirem e, ainda, as obrigações e encargos decorrentes do vínculo entre ela e seus empregados ou prepostos que forem exclusivamente por ela designados para a execução dos serviços aqui contratados.
37. A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável por providenciar, se for o caso, o registro, inscrição e cumprimento de todas as obrigações constantes do SESMT, PCMSO, PGR, LTCAT ou qualquer outra obrigação legal em relação a seus empregados ou prepostos, sendo que ela declara que se responsabiliza pelo pagamento de toda e qualquer autuação que a CONTRATANTE vier a sofrer em razão de sua eventual inércia.

RESPONSABILIDADE TRABALHISTA DA CONTRATADA

38. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre a CONTRATANTE e qualquer pessoa, inclusive médicos, designada pela CONTRATADA para prestar os serviços pactuados neste contrato, sendo que seus representantes, prepostos, associados e/ou empregados executarão seus serviços profissionais de forma independente, sendo que, para todos os fins e efeitos jurídicos, a CONTRATADA deverá ser considerada como sua única e exclusiva empregadora, devendo ser afastada da CONTRATANTE qualquer responsabilidade direta e indireta em eventuais ações judiciais e procedimentos administrativos.
39. A CONTRATADA obriga-se a reembolsar a CONTRATANTE de todas as despesas advindas de eventual reconhecimento judicial de solidariedade ou subsidiariedade no cumprimento das obrigações trabalhistas e/ou previdenciárias da CONTRATADA, inclusive despesas judiciais e honorários advocatícios, no prazo de 5 (cinco) dias corridos a partir do desembolso, servindo os comprovantes, guias, recibos como documentos hábeis a instruir a cobrança, se for necessário.
40. A CONTRATADA autoriza desde já a retenção dos seus pagamentos dos valores equivalentes a eventual condenação da CONTRATANTE por alguma responsabilidade em razão da atuação dos prepostos daquela nas dependências desta, mesmo que a título de solidariedade ou subsidiariedade.
41. A CONTRATADA deverá responder pelo ônus financeiro decorrente de eventuais condenações em reclamações trabalhistas promovidas contra a CONTRATANTE por seus próprios empregados ou de suas subcontratadas ou de terceiros vinculados à prestação dos serviços, ainda que não faça parte do polo passivo, sob pena de caracterização de inadimplemento do contrato.
42. A CONTRATADA declara que tem pleno conhecimento da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho e das leis 13.429/17 e 13.467/17, e que se compromete a responder e se responsabilizar perante a CONTRATANTE por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes de eventual

reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho por meio de qualquer procedimento que vier a ser promovido por empregado, ex-empregado ou preposto dela (CONTRATADA), inclusive médicos, contra a CONTRATANTE.

43. A CONTRATADA reconhecerá como seu o valor total eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho, em processo ajuizado por qualquer empregado, ex-empregado ou preposto, inclusive médicos, ou eventual valor que for ajustado amigavelmente entre as partes tanto nos autos do processo quanto extrajudicialmente, sempre com a participação da CONTRATADA, que desde já se compromete a acatar composições amigáveis feitas entre a CONTRATANTE e o respectivo autor de eventuais ações judiciais.
44. Caso seja a CONTRATANTE acionada judicial ou administrativamente, inclusive reclamações trabalhistas, por qualquer ato inserido no rol de responsabilidade da CONTRATADA - que é total e amplo - esta assumirá para si a responsabilidade por toda e qualquer eventual condenação, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, aplicando-se no caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denunciação da lide (art. 125 e seguintes), com o que concorda e aceita incondicionalmente a CONTRATADA.

RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

45. A intenção das partes é que a CONTRATADA assuma e se responsabilize direta e integralmente pelo pleno e total funcionamento da(s) especialidade(s) acima identificada, aí incluídos os serviços médicos que forem necessários para que o serviço atinja o seu pleno e adequado funcionamento.
46. A CONTRATADA responderá única, exclusiva e diretamente por todo e qualquer ato praticado por seus empregados, ex-empregados ou prepostos, inclusive médicos, que dele decorra a obrigação e/ou necessidade de ressarcimento de danos materiais ou morais (art. 932, III, do Código Civil e demais artigos e legislação aplicáveis), na sua respectiva extensão (art. 944 do Código Civil), não podendo a CONTRATANTE ser responsabilizada por eles a nenhum título, vez que a responsabilidade total e completa pela prestação de serviços na especialidade acima identificada está sendo assumida expressa e integralmente pela CONTRATADA.
47. Sem prejuízo da aplicação de qualquer cláusula deste contrato, caso a CONTRATANTE seja responsabilizada por qualquer forma, direta, indireta, solidária ou subsidiariamente, a ela é assegurado o direito de regresso (art. 934 do Código Civil) contra a CONTRATADA e seus sócios, na hipótese de ela sofrer algum prejuízo produzido por esta ou seus prepostos, com o que esta concorda expressamente.
48. A CONTRATADA será a única e exclusiva responsável por quaisquer reclamações, ações judiciais e eventuais erros médicos (termo aqui utilizado genericamente) dos integrantes de sua equipe e prepostos por ela designados, eximindo a CONTRATANTE de toda e qualquer responsabilidade.

DA PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD

49. Os dados pessoais coletados no presente contrato têm como base legal o disposto no artigo 7º, inciso V, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD), bem como para garantir o cumprimento fiel da execução do contrato entre as PARTES, declarando-se cientes dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes da referida Lei, obrigando-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir, por si, bem como seu pessoal,

colaboradores, empregados e subcontratados que utilizem os Dados Protegidos na extensão autorizada pela Lei.

50. As PARTES armazenarão os dados pessoais coletados, com a finalidade exclusiva para a execução do contrato, enquanto perdurar a relação contratual e para necessariamente atender os prazos legais ou regulatórios.
51. As PARTES responsabilizam-se por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do seu titular. Em caso de ocorrência de vazamento indevido de dados, se comprometem a comunicar os seus titulares sobre o ocorrido, bem como à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou danos graves ao titular dos dados pessoais.
52. O titular dos dados poderá requerer expressamente para o agente responsável pelo tratamento, a qualquer momento e mediante solicitação, o acesso, a informação sobre a existência de tratamento de seus dados pessoais, a correção ou a eliminação de dados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD).
53. Em caso da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) solicitar informações a qualquer PARTE sobre as atividades de tratamento de dados pessoais, inclusive para elaboração do Relatório de Impacto à Proteção dos Dados Pessoais, a PARTE deverá necessariamente comunicar ao titular dos dados pessoais, não podendo transferir ou de qualquer outra forma, compartilhar e/ou garantir o acesso aos dados pessoais ou a quaisquer outras informações relativas ao tratamento de dados pessoais a qualquer terceiro sem o conhecimento do titular dos dados.
54. Em caso do uso de compartilhamento de dados pessoais, por meio do tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais realizado por órgãos e entidades públicas em cumprimento de competências legais, ou entre órgãos e entidades privadas, a PARTE deverá obrigatoriamente comunicar o titular dos dados pessoais e obter a autorização específica para a execução de outra modalidade de tratamento de dados pessoais.
55. O compartilhamento de dados pessoais com terceiros, depende obrigatoriamente do consentimento expresso e transparente do titular dos dados para esse fim, exceto em casos de situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD) que dispensam a autorização.
56. O titular dos dados pessoais, autoriza os CONTROLADORES e OPERADORES dos dados, nos termos do inciso I, do artigo 7º, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018 – LGPD), a utilizar e compartilhar os dados deste contrato, para atingir a finalidade legítima e exclusiva referente a execução do presente contrato.

DA RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL

57. A CONTRATADA fica obrigada a providenciar, exclusivamente às suas expensas, seguro de Responsabilidade Civil Profissional, abrangendo a cobertura básica e todas as coberturas adicionais cabíveis e pertinentes ao objeto deste contrato, de modo que haja integral cobertura em caso de danos promovidos por prepostos e colaboradores da CONTRATADA ao CONTRATANTE e a terceiros, sem qualquer responsabilidade ou ônus remanescente ao CONTRATANTE, financeiro ou de qualquer outra natureza.

58. A CONTRATADA deve comprovar ao CONTRATANTE a contratação do seguro, mediante apresentação da respectiva apólice, em até 30 (tinta) dias a contar da assinatura desse instrumento, sob pena de rescisão contratual.
59. A apólice do seguro contratado deverá ter vigência compatível com o prazo de duração do presente Contrato, devendo ser renovada ou endossada pela CONTRATADA, se necessário, nos casos de prorrogação do prazo contratual.
60. O valor da cobertura deve contemplar a totalidade dos possíveis danos oriundos dos riscos e sinistros derivados da atuação da CONTRATADA, considerando a natureza, volume, complexidade e demais aspectos de sua operação econômica e do mercado em que atua.

DISPOSIÇÕES GERAIS

61. Este contrato é intransferível, não podendo a CONTRATADA sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros sem anuência prévia e por escrito da CONTRATANTE.
62. Faz parte integrante deste contrato cópia do instrumento constitutivo da CONTRATADA, comprometendo-se esta a entregar à CONTRATANTE cópia das alterações, caso ocorram.
63. Os sócios da CONTRATADA respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações assumidas em nome da pessoa jurídica.
64. Na hipótese de não cumprimento ou cumprimento parcial deste contrato pelo CONTRATADO lhe será aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor dos serviços prestados no mês em que o inadimplemento for constatado, devendo a quantia ser retido pelo CONTRATANTE.
65. A infração a qualquer cláusula deste contrato autoriza a sua imediata rescisão e a cobrança de multa pela CONTRATANTE mediante correspondência a exclusivo critério desta, sem a necessidade de notificação extrajudicial ou judicial neste sentido.
66. A CONTRATADA se obriga a manter em segredo, sigilo e confidenciais todas as informações cadastrais, comerciais e as contidas nos prontuários dos pacientes, obtidas com a CONTRATANTE, inclusive as constantes deste contrato, respondendo única, exclusiva e diretamente pela indenização correspondente à violação desta regra.
67. Não é permitida a utilização de quaisquer medicamentos e/ou materiais no atendimento dos pacientes que não sejam os adquiridos única, exclusiva e diretamente pela CONTRATANTE.
68. Os comunicados à imprensa ou a comunicação com qualquer órgão da mídia deverão ser feitos obrigatoriamente por meio da assessoria de imprensa da CONTRATANTE.
69. Os formulários e/ou impressos da CONTRATANTE deverão ser utilizados unicamente para atendimento dos pacientes da unidade de saúde acima identificada, sendo absolutamente proibida a sua utilização fora das suas dependências físicas. Em havendo, este contrato será rescindido imediatamente por justa causa.
70. É vedada a utilização e veiculação das marcas, logos e logomarcas da CONTRATANTE para quaisquer finalidades sem autorização prévia e escrita desta.
71. As cláusulas de responsabilidade da CONTRATADA perdurarão mesmo após a eventual rescisão deste contrato, independentemente do motivo.

72. Este contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, mandato, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária.
73. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir total ou parcialmente este contrato nem subcontratar, no todo ou em parte, o seu objeto a terceira pessoa jurídica, sob pena de sua rescisão imediata.
74. Qualquer tolerância da CONTRATANTE em relação às cláusulas e condições deste contrato não importará em precedente, novação, alteração ou renúncia de possível direito, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo.
75. O foro e o local deste contrato constam do quadro-resumo acima.

Breves/PA, 2 de maio de 2024.

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: ***.893.228-**
Certificado emitido por AC DIGITAL
MULTIPLA G1
Data: 31/07/2024 16:10:39 -03:00

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH

José Carlos Rizoli
presidente

Assinado eletronicamente por:
Leonardo Rodrigues Martins
CPF: ***.780.902-**
Data: 07/08/2024 11:09:15 -03:00

LUMINUS GESTÃO EM SAÚDE LTDA

Leonardo Rodrigues Martins
sócio- administrador

Testemunhas:

1. Cledes Aparecido da Silva
Assinado eletronicamente por:
Cledes Aparecido da Silva
CPF: ***.243.658-**
Data: 31/07/2024 17:02:26 -03:00

Nome
CPF

2. Leila Soares de Lima Brandão
Assinado eletronicamente por:
Leila Soares de Lima Brandão
CPF: ***.861.962-**
Data: 12/08/2024 15:59:31 -03:00

Nome
CPF



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: ABXBQ-7UG4G-G79FQ-N8EMZ

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 31/07/2024 16:10 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ Cledes Aparecido da Silva (CPF ***.243.658-**) em 31/07/2024 17:02 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|---------------------------------------|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 179.60.168.249 | Não disponível |
| Autenticação | cledes.hrpm@indsh.org.br (Verificado) |
| Login | |
| 2PMRmcQOql+mToRSkwUgYnoQHCT7yul3fgc0vaNoYAI= | |
| SHA-256 | |

- ✓ Leonardo Rodrigues Martins (CPF ***.780.902-**) em 07/08/2024 11:09 - Assinado eletronicamente

| | |
|--|---|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 177.194.179.216 | Lat: -1,358313 Long: -48,399900 Precisão: 25 (metros) |
| Autenticação | leon100martins@gmail.com |
| Email verificado | |
| IOkm2nR7cvtjikv4VBNSr3MEE+oL+Hglf3pb9kZ7kC4= | |
| SHA-256 | |

✓ Leila Soares de Lima Brandão (CPF ***.861.962-**) em 12/08/2024 15:59 -
Assinado eletronicamente

| | |
|--|---|
| Endereço IP | Geolocalização |
| 179.60.168.123 | Lat: -1,677809 Long: -50,482527 Precisão: 1472 (metros) |
| Autenticação | Leilasb.qualidade@gmail.com |
| Email verificado | |
| PS4b5XjAucMtmiVsVurZQ99JadwhvL2mFvqBYIsWOZQ= | |
| SHA-256 | |

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/ABXBQ-7UG4G-G79FQ-N8EMZ>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>

Contrato de Prestação de Serviços Médicos

| Resumo | |
|---------------------|---|
| Especialidade(s) | Otorrinolaringologia |
| Objeto | Prestação de serviços médicos. |
| Responsável técnico | Murillo Freire Lobato CRM nº 8388/Pá |
| Preço | R\$ 6.500,00 (Seis mil e quinhentos reais) mensais, para uma quantidade de 60 (Sessenta) consultas/Mês, na especialidade de Otorrinolaringologia. |
| Dia do pagamento | Até o 25º dia do mês, subsequente à competência prestada, salvo atraso no repasse governamental. |
| Multa moratória | |
| Reajuste | Anualmente e de forma comercial, por escrito. |
| Índice do reajuste | A ser combinado na época de eventual concessão do reajuste |
| Horário | Conforme a necessidade do serviço. |
| Prazo de vigência | Indeterminado. Denúncia com 30 (trinta) dias de antecedência. |
| Equipamentos | De propriedade da Contratante, a quem cabe a sua manutenção. |
| Data de início | Mai/2016 |
| Foro | Breves - PA |

CONTRATANTE

| | |
|---------------|--|
| Nome/filial | INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ |
| Endereço | Avenida Rio Branco, s/nº - Bairro Centro – Breves - PA |
| Representante | José Carlos Rizoli - Presidente |

CONTRATADA

| | |
|---------------|---|
| Nome | CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. MURILLO LOBATO S/S LTDA |
| Nº CRM/PJ | 1366-Pá |
| CNPJ | 08.704.319/0001-00 |
| Sede | CJ CIDADE NOVA 4 WE-29, 172, COQUEIRO – ANANINDEUA-PÁ |
| Sócios (Drs.) | MURILLO FREIRE LOBATO MÁRIO AUGUSTO PRIST LOBATO |

OBJETO

- Os serviços serão prestados por meio de médicos pertencentes ao quadro de pessoal da própria CONTRATADA ou por ela designados, a quem caberá assumir inteira responsabilidade por eles, em todos os seus aspectos.
- A prestação de serviços abrangerá o atendimento a todos os pacientes que vierem a ser atendidos pela unidade de saúde na referida especialidade, oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se dará em área específica a ser indicada pela CONTRATANTE.

ESCALAS DE TRABALHO

- Será de única e exclusiva responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos médicos que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da

CONTRATANTE. Tais escalas deverão ser entregues no último dia de cada mês à CONTRATANTE para conhecimento e acompanhamento.

4. As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços médicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha daqueles que irão prestar tais serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o médico designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho de Classe e que atenda os pacientes a contento.
5. A CONTRATADA, utilizando-se de sua total e irrestrita responsabilidade e liberdade para elaborar as escalas de plantão, poderá substituir, a qualquer momento, os médicos previamente escalados para cumprir os plantões. O médico substituto deverá estar prévia (com cinco dias úteis de antecedência) e obrigatoriamente identificado para a CONTRATANTE, por meio da apresentação dos documentos abaixo relacionados, para conhecimento.
6. Obriga-se a CONTRATADA a designar médicos para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham, necessária e obrigatoriamente, residência e título de especialista na respectiva especialidade, devendo o profissional estar registrado e em dia com o CRM e o órgão regulador de sua especialidade, devendo apresentar periodicamente o comprovante de re-certificação.
7. Para identificação e conhecimento dos profissionais que prestam serviços à unidade de saúde e confecção de crachá para que eles transitem nas suas dependências, a CONTRATADA se obriga a apresentar à CONTRATANTE relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, RG, CPF, CRM, registro no órgão regulador da especialidade, endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residência) dos médicos que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia autenticada dos seguintes documentos: a) Diploma de graduação em medicina; b) Certificado de conclusão da residência; c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade; d) Carteira do CRM; e) Certidão de quitação de anuidade do CRM.

EQUIPAMENTOS

8. Para que a CONTRATADA preste os serviços aqui combinados a CONTRATANTE lhe repassará os equipamentos necessários, sendo que aquela se obriga a cuidar e zelar pela sua integridade como se seus fossem, respondendo perante esta pelos danos a eles causados por culpa ou dolo dos seus prepostos que os utilizarem, ficando autorizado o desconto na fatura do valor equivalente ao dano causado, se aplicável.
9. Os equipamentos, mobiliários, instrumentos e demais necessários à prestação dos serviços deverão ser relacionados e identificados em inventário específico. Sempre que houver aquisição, mudança ou transferência de qualquer equipamento, mobiliário ou instrumental, o inventário deverá ser alterado para registrar sua nova composição.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

10. Prestar os serviços da forma e no prazo aqui pactuados com autonomia técnica (Res. CFM 1.931/09).
11. Responsabilizar-se, em todos os aspectos, pelos médicos e demais profissionais que ela designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo a ela fazer com que seus prepostos observem rigorosamente as normas internas do estabelecimento, especialmente o Regimento do Corpo Clínico e o Regulamento Interno.
12. Responsabilizar-se, em todos os aspectos, por todos os seus prepostos (sócios, estagiários, aprendizes, consultores, prestadores de serviços e demais colaboradores em geral) que designar para prestar serviços nas dependências do estabelecimento, cabendo a ela fazer com que eles observem rigorosamente as suas normas internas. A CONTRATADA se obriga a informar à CONTRATANTE a qualificação completa, o local de trabalho e o serviço a ser desenvolvido de todo e qualquer preposto, visando permitir à segunda a expedição de crachá para controle do fluxo interno de pessoas.

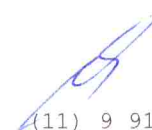
13. Substituir, em vinte e quatro horas, sem questionamentos, o profissional que não atender as necessidades da prestação dos serviços aqui contratados, a pedido da CONTRATANTE.
14. Utilizar equipamentos e programas de informática oficiais e legalizados, sendo seu todo o ônus pela eventual infringência desta cláusula, inclusive penal em relação a seus sócios. A CONTRATADA deverá encaminhar à CONTRATANTE cópia dos documentos que atestem o efetivo cumprimento desta cláusula, sob pena de infração contratual, cobrança da respectiva multa e rescisão deste contrato por justo motivo.
15. Responsabilizar-se civil e criminalmente, por meio de seus sócios, pela cobrança de qualquer valor dos pacientes oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que tal prática ensejará a rescisão imediata deste contrato, a cobrança de multa e a sua denúncia às autoridades políticas e judiciárias.
16. Participar das reuniões clínicas sempre que solicitado, o que se dará com no mínimo cinco dias de antecedência.
17. Criar protocolos gerenciados de atendimento nas áreas específicas com visão na qualidade e acreditação hospitalar, se aplicável.
18. Participar e contribuir com todos os processos de certificação e acreditação que forem inicializados pela CONTRATANTE.
19. Responder a TODAS as reclamações do setor de atendimento dos pacientes, auditoria, serviço de atendimento ao usuário ou equivalente, relativas ao objeto deste contrato.
20. Não empregar menores de idade, salvo nas hipóteses autorizadas pela legislação.
21. Emitir mensalmente as respectivas notas fiscais de prestação de serviços.
21.1. As NFs deverão ser emitidas e entregues dentro do próprio mês da competência dos serviços realizados (exemplo: no penúltimo ou último dia útil do mês de competência).
22. Enviar à CONTRATANTE, mensalmente, cópia da comprovação de recolhimento das obrigações e encargos trabalhistas, previdenciárias e demais legais que envolverem os médicos, empregados e/ou prepostos designados por ela designados para prestar os serviços aqui contratados, sob pena de retenção do pagamento até que tal providência seja efetivada.
23. Cumprir a legislação trabalhista, previdenciária e de saúde ocupacional que forem aplicáveis, especialmente as normas regulamentadoras que tratam do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho).

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

24. Pagar o preço combinado.
25. Acompanhar a prestação de serviços da CONTRATADA, visando o regular atendimento dos pacientes.
26. Informar por escrito à CONTRATADA eventual ocorrência com os prepostos desta, para que ela adote as providências que cada caso requerer.

PREÇO

27. Para a prestação de serviços deste contrato, a CONTRATANTE pagará para a CONTRATADA o valor de R\$ 6.500,00 (Seis mil e quinhentos reais) mensais, para uma quantidade de 60 (Sessenta) consultas/Mês, na especialidade de Otorrinolaringologia.



28. O pagamento será efetuado mediante a entrega da nota fiscal de prestação de serviços pela CONTRATADA, acompanhada com as documentações exigidas no **anexo 1** deste contrato, e que declara ser sabedora que o dinheiro que será utilizado para efetuar seu pagamento é proveniente de repasse pelo ente político que mantém parceria com a CONTRATANTE. Havendo atraso em tal repasse para a CONTRATANTE, conseqüentemente haverá o mesmo atraso no pagamento da CONTRATADA, o que não poderá ser entendido como inadimplência ou descumprimento deste contrato para todo e qualquer fim.

28.1. Os pagamentos serão realizados via depósito bancário na conta corrente jurídica fornecida pela contratada.

28.2. Dos valores brutos serão retidos os impostos inerentes e conforme a natureza jurídica da contratada e código tributário municipal vigente (Breves - PA).

29. A CONTRATADA fica proibida de emitir e negociar de qualquer duplicata que tenha base ou relacionamento com os valores devidos pela CONTRATANTE em razão deste contrato.

REAJUSTE

30. O preço dos serviços será reajustado por meio de negociação específica e somente produzirá efeitos se for feito por escrito e assinado por quem de direito.

PRAZO e RESCISÃO

31. Este contrato é celebrado para vigorar por prazo indeterminado e pode ser rescindido por qualquer uma das partes, a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, decorridos os quais o contrato estará rescindido de fato e de direito, sem direito a qualquer multa ou indenização, a nenhum título.

32. Este contrato é acessório do principal que foi realizado entre a CONTRATANTE e o Governo do Estado do Pará (contrato de gestão 038/SESPA/2015), através da Secretaria Estadual de Saúde. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindir ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

33. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da CONTRATADA e de seus sócios e que gozarão de ampla liberdade profissional, ressalvando-se apenas a abordagem de aspectos éticos que se envolvem com a prestação de serviços com os Diretores Clínico e/ou Técnico da unidade.

34. Correrão por conta e responsabilidade exclusivas da CONTRATADA todos os encargos fiscais, tributários, trabalhistas, impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais e obrigações previdenciárias emanadas dos três níveis de administração pública que forem devidas e que incidirem sobre o exercício da atividade a ser desenvolvida decorrente da prestação de serviços aqui pactuada, bem como outros que eventualmente incidirem e, ainda, as obrigações e encargos decorrentes do vínculo entre ela e seus empregados ou prepostos que forem exclusivamente por ela designados para a execução dos serviços aqui contratados.

35. A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável por providenciar, se for o caso, o registro, inscrição e cumprimento de todas as obrigações constantes do SESMT, PCMSO, PPRA ou qualquer outra obrigação legal em relação a seus empregados ou prepostos, sendo que ela declara que se responsabiliza pelo pagamento de toda e qualquer autuação que a CONTRATANTE vier a sofrer, em razão de sua eventual inércia.

RESPONSABILIDADE TRABALHISTA DA CONTRATADA

36. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre a CONTRATANTE e qualquer pessoa, inclusive médicos, designada pela CONTRATADA para prestar os serviços pactuados neste contrato.
37. A CONTRATADA declara que tem pleno conhecimento da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho, e compromete-se a responder perante a CONTRATANTE por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes de eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho por meio de qualquer procedimento que vier a ser promovido por empregado, ex-empregado ou preposto dela (CONTRATADA), inclusive médicos, contra a CONTRATANTE.
38. A CONTRATADA reconhecerá como seu o valor total eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho, em processo ajuizado por qualquer empregado, ex-empregado ou preposto, inclusive médicos, ou eventual valor que for ajustado amigavelmente entre as partes tanto nos autos do processo quanto extrajudicialmente, sempre com a participação da CONTRATADA, que desde já se compromete a acatar composições amigáveis feitas entre a CONTRATANTE e o respectivo autor de eventuais ações judiciais.
39. Eventuais despesas, custas processuais e/ou honorários advocatícios despendidos pela CONTRATANTE também serão ressarcidos pela CONTRATADA em 5 (cinco) dias corridos a partir do desembolso. A CONTRATADA desde já os reconhece como seus, servindo os comprovantes, guias ou notas fiscais como recibos e documentos hábeis a instruir a cobrança, se necessário for.
40. Caso seja a CONTRATANTE acionada judicial ou administrativamente, inclusive reclamações trabalhistas, por qualquer ato inserido no rol de responsabilidade da CONTRATADA (que é total e amplo), esta assumirá para si a responsabilidade por toda e qualquer eventual condenação, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, aplicando-se no caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denunciação da lide (art. 70), com o que concorda e aceita incondicionalmente a CONTRATADA.

RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

41. A intenção das partes é a de que a CONTRATADA assuma e se responsabilize direta e integralmente pelo pleno e total funcionamento da especialidade acima identificada, aí incluídos os serviços médicos que forem necessários para que o serviço atinja o seu pleno funcionamento.
42. A CONTRATADA responderá única, exclusiva e diretamente por todo e qualquer ato praticado por seus empregados, ex-empregados ou prepostos, inclusive médicos, que dele decorra a obrigação e/ou necessidade de ressarcimento de danos materiais ou morais, conforme artigo 932, III, do Código Civil e demais artigos e legislação aplicáveis, não podendo a CONTRATANTE ser responsabilizada por eles a nenhum título, vez que a responsabilidade total e completa pela prestação de serviços na especialidade acima identificada está sendo assumida expressa e integralmente pela CONTRATADA.
43. A CONTRATADA será a única e exclusiva responsável por quaisquer reclamações e eventuais erros médicos (termo aqui utilizado genericamente) dos integrantes de sua equipe, eximindo a CONTRATANTE de toda e qualquer responsabilidade.

DISPOSIÇÕES GERAIS

44. Este contrato é intransferível, não podendo a CONTRATADA sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros sem anuência por escrito da CONTRATANTE.
45. Ficam fazendo parte integrante deste contrato cópia do instrumento constitutivo da CONTRATADA, comprometendo-se esta a entregar à CONTRATANTE cópia das respectivas alterações, caso venham a ocorrer.

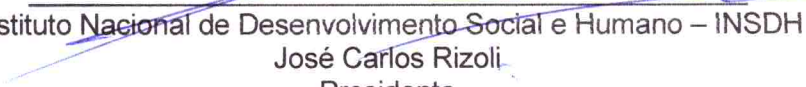



46. Os sócios da CONTRATADA respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações assumidas em nome da pessoa jurídica.
47. A infração a qualquer cláusula deste contrato autoriza a sua imediata rescisão e a cobrança de multa pela CONTRATANTE mediante correspondência a exclusivo critério desta, sem a necessidade de notificação extrajudicial ou judicial neste sentido.
48. A CONTRATADA se obriga a manter em segredo todas as informações cadastrais e comerciais obtidas com a CONTRATANTE, inclusive as constantes deste contrato, respondendo única, exclusiva e diretamente pela indenização correspondente à violação desta regra.
49. Sem prejuízo da aplicação de qualquer cláusula deste contrato, à CONTRATANTE é assegurado o direito de regresso contra a CONTRATADA e seus sócios na hipótese de ela sofrer algum prejuízo produzido por esta ou seus prepostos.

FORO

50. As partes elegem a comarca acima indicada para solução de litígios.

Breves (PA), 1º de Maio de 2016.


Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INSDH
José Carlos Rizoli
Presidente


CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. MURILLO LOBATO S/S LTDA
Murillo Freire Lobato

Testemunhas:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

RG: _____

RG: _____

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

QUADRO-RESUMO

| | |
|------------------|---|
| Especialidade(s) | 1. Diretor Técnico, 2. Ortopedia e Traumatologia, 3. Anestesiologia, 4. Cirurgia Geral, 5. Obstetrícia, 6. Infectologia e 7. Urologia |
| Objeto(s) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Prestação de serviços de Diretoria Técnica; 2. Serviços Médicos na Especialidade de Ortopedia e Traumatologia, para atendimento de intercorrências, internações eletivas, procedimentos no centro cirúrgico, realização de até 400 (quatrocentas) consultas/mês ambulatoriais e consultas de retorno pacientes egressos; 3. Serviços Médicos na Especialidade de Anestesiologia para a realização de avaliação de pacientes todos os usuários submetidos a procedimento anestésicos, bem como a condução de procedimento anestésico e acompanhamento pós-anestésico; 4. Serviços Médicos na Especialidade de Cirurgia Geral, para realização de cirurgias gerais, atendimento de intercorrências na clínica cirúrgica, internações eletivas, procedimentos no centro cirúrgico, realização de até 160 (cento e sessenta) consultas/mês ambulatoriais, consultas de retorno (paciente egresso), até 80 exames/mês de endoscopias, conforme agenda do Hospital demandada através da Regulação, e colonoscopias por demanda da unidade e Sobreaviso para auxílio de cirurgias de urgência ao Cirurgião Geral; 5. Serviços Médicos na Especialidade de Obstetrícia, para atendimento de intercorrências, internações eletivas, procedimentos no centro cirúrgico, realização de até 150 (cento e cinquenta) consultas/mês ambulatoriais e consultas de retorno pacientes egressos. 6. Serviços Médicos na Especialidade de Infectologia, para realização de avaliação nos usuários conforme solicitação da contratante, bem como avaliação do uso racional de antimicrobianos e demandas inerentes ao Serviço de Controle de Infecções Hospitalares. 7. Serviços Médicos na Especialidade de Urologia, para atendimento de intercorrências, internações eletivas, procedimentos no centro cirúrgico, realização de até 60 (sessenta) consultas/mês ambulatoriais e consultas de retorno pacientes egressos. |
| Dias e horários | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diretoria Técnica: de segunda-feira a sexta-feira das 14h00 às 18h00; 2. Ortopedia e Traumatologia: 01 (um) profissional de segunda-feira a sexta-feira e 01 (um) profissional de segunda-feira a domingo para a realização de plantões presenciais de 24 horas de duração; 3. Anestesiologia: 01 (um) profissional de segunda-feira a sexta-feira e 01 (um) profissional de segunda-feira a domingo para a realização de plantões presenciais de 24 horas de duração; 4. Cirurgia Geral: 01 (um) profissional de segunda-feira a sexta-feira e 01 (um) profissional de segunda-feira a domingo para a realização de plantões presenciais de 24 horas de duração e 01 (um) profissional de segunda-feira a sexta-feira das 07h00 às 13h00 para realização de atendimento a intercorrências na clínica cirúrgica, internações eletivas, procedimentos no centro cirúrgico, realização consultas ambulatoriais, consultas de retorno e exames de endoscopias, bem como como realização de plantões de sobreaviso de segunda-feira a sexta-feira das 19h00 às 07h00. 5. Obstetrícia: 01 (um) profissional de segunda-feira a domingo para a realização de plantões presenciais de 24 horas de duração; |

2. A prestação de serviços abrangerá o atendimento a todos os pacientes que vierem a ser atendidos pela unidade de saúde na referida especialidade, oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se dará em área física específica indicada pela CONTRATANTE.
3. Vincula-se a este contrato a proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, prevalecendo, porém, unicamente o combinado neste instrumento.

ESCALAS DE TRABALHO/PLANTÃO

4. Será de única, exclusiva e direta responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos médicos que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE. As escalas deverão ser entregues no último dia de cada mês à CONTRATANTE para conhecimento e acompanhamento.
5. As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços médicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha dos profissionais que irão prestar os serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o médico designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localiza a filial do INDSH e que atenda os pacientes a contento.
6. A CONTRATADA, utilizando-se de sua total e irrestrita responsabilidade e liberdade para elaborar as escalas de plantão, poderá substituir a qualquer momento, em razão de seu interesse ou dos médicos, aqueles previamente escalados para cumprir os plantões e/ou escalas. O(s) médico(s) substituído(s) deverá(ão) estar prévia (com cinco dias úteis de antecedência) e obrigatoriamente identificado(s) para a CONTRATANTE por meio da apresentação dos documentos pessoais relacionados abaixo.
7. Obriga-se a CONTRATADA a designar médicos para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham necessária e obrigatoriamente residência e título de especialista na respectiva especialidade, devendo o profissional estar registrado e em dia com o CRM, devendo apresentar periodicamente o comprovante de recertificação, se for o caso.
8. Para identificação e conhecimento dos profissionais que prestam serviços aos pacientes da unidade de saúde e confecção de crachá para que eles transitem nas suas dependências, a CONTRATADA se obriga a apresentar à CONTRATANTE relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, RG, CPF, CRM, registro no órgão regulador da especialidade, endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residência) dos médicos que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:
 - a) Diploma de graduação em medicina;
 - b) Certificado de conclusão da residência;
 - c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade;
 - d) Carteira do CRM;
 - e) Certidão de quitação de anuidade do CRM do estado onde se localiza a filial do INDSH.

EQUIPAMENTOS

9. Para que a CONTRATADA preste os serviços aqui combinados a CONTRATANTE a autorizará a utilizar os equipamentos necessários que eventualmente estiverem disponíveis na unidade de saúde, sendo que aquela se obriga a cuidar e zelar pela sua integridade como se seus fossem, e responderá perante esta pelos eventuais danos a eles causados por culpa ou dolo dos seus prepostos, ficando desde já autorizado o desconto na fatura do valor equivalente ao dano causado, se aplicável.
10. Os equipamentos, mobiliários, instrumentos e demais necessários à prestação dos serviços deverão ser relacionados e identificados em inventário específico. Sempre que houver aquisição, mudança ou transferência de qualquer equipamento, mobiliário ou instrumental, o inventário deverá ser alterado para registrar sua nova composição.

Controle Médico de Saúde Ocupacional), PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho).

25. Pagar diretamente a quem de direito, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE, a remuneração, encargos sociais, fiscais, tributários e administrativos relativos a seus prepostos, médicos, funcionários e quaisquer outras pessoas por ela exclusivamente designadas para a prestação de serviços, além de todos os impostos, taxas e contribuições atuais ou futuras devidas em decorrência direta ou indireta do exercício de suas atividades, cujos percentuais já compõem o preço total acima mencionado.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

26. Pagar o preço acima indicado, desde que haja previamente o respectivo repasse da verba pública a ela pelo ente político acima indicado.
27. Acompanhar e fiscalizar a prestação de serviços pela CONTRATADA, visando o regular atendimento dos pacientes.
28. Informar por escrito à CONTRATADA eventual ocorrência com os prepostos desta para que ela adote as providências que cada caso requerer, inclusive a substituição de profissionais destinados ao cumprimento dos serviços contratados, se assim desejar.

PREÇO

29. A CONTRATANTE pagará o valor acima indicado mediante o encaminhamento prévio da nota fiscal, conforme pactuado neste contrato, emitida em observância ao art. 1º da lei 8.846/94.
30. A CONTRATADA declara ser sabedora que o dinheiro que será utilizado para efetuar o seu pagamento é unicamente proveniente de repasse pelo ente político que mantém parceria com a CONTRATANTE. Havendo atraso em tal repasse pelo ente político para a CONTRATANTE conseqüentemente haverá o mesmo atraso no pagamento da CONTRATADA, o que não poderá ser entendido como inadimplência ou descumprimento deste contrato para todo e qualquer fim.
31. A CONTRATADA fica proibida de emitir e negociar de qualquer duplicata que tenha base ou relacionamento com os valores devidos pela CONTRATANTE em razão deste contrato.

PRAZO, RESCISÃO e ACESSORIEDADE

32. O prazo de vigência deste contrato é INDETERMINADO e pode ser rescindido por qualquer parte a qualquer tempo, desde que comunique sua intenção à outra, por e-mail, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, decorridos os quais o contrato estará rescindido de fato e de direito sem direito a qualquer multa ou indenização a nenhum título.
33. Este contrato é ACESSÓRIO do principal que foi assinado entre a CONTRATANTE e o ente político acima mencionado. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirã ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e/ou hipótese e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

34. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da CONTRATADA e de seus sócios, que

gozarão de ampla liberdade profissional, ressalvando-se apenas a abordagem de aspectos éticos que se envolvem com a prestação de serviços com os Diretores Clínico e/ou Técnico da unidade de saúde filial da CONTRATANTE.

35. Correrão por conta e responsabilidade exclusivas da CONTRATADA todos os encargos fiscais, tributários, trabalhistas, impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais e obrigações previdenciárias emanadas dos três níveis de administração pública que forem devidas e que incidirem sobre o exercício da atividade a ser desenvolvida decorrente da prestação de serviços aqui pactuada, bem como outros que eventualmente incidirem e, ainda, as obrigações e encargos decorrentes do vínculo entre ela e seus empregados ou prepostos que forem exclusivamente por ela designados para a execução dos serviços aqui contratados.
36. A CONTRATADA é a única e exclusiva responsável por providenciar, se for o caso, o registro, inscrição e cumprimento de todas as obrigações constantes do SESMET, PCMSO, PPRA ou qualquer outra obrigação legal em relação a seus empregados ou prepostos, sendo que ela declara que se responsabiliza pelo pagamento de toda e qualquer autuação que a CONTRATANTE vier a sofrer em razão de sua eventual inércia.

RESPONSABILIDADE TRABALHISTA DA CONTRATADA

37. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre a CONTRATANTE e qualquer pessoa, inclusive médicos, designada pela CONTRATADA para prestar os serviços pactuados neste contrato, sendo que seus representantes, prepostos, associados e/ou empregados executarão seus serviços profissionais de forma independente, sendo que, para todos os fins e efeitos jurídicos, a CONTRATADA deverá ser considerada como sua única e exclusiva empregadora, devendo ser afastada da CONTRATANTE qualquer responsabilidade direta e indireta em eventuais ações judiciais e procedimentos administrativos.
38. A CONTRATADA obriga-se a reembolsar a CONTRATANTE de todas as despesas advindas de eventual reconhecimento judicial de solidariedade ou subsidiariedade no cumprimento das obrigações trabalhistas e/ou previdenciárias da CONTRATADA, inclusive despesas judiciais e honorários advocatícios, no prazo de 5 (cinco) dias corridos a partir do desembolso, servindo os comprovantes, guias, recibos como documentos hábeis a instruir a cobrança, se for necessário.
39. A CONTRATADA autoriza desde já a retenção dos seus pagamentos dos valores equivalentes a eventual condenação da CONTRATANTE por alguma responsabilidade em razão da atuação dos prepostos daquela nas dependências desta, mesmo que a título de solidariedade ou subsidiariedade.
40. A CONTRATADA deverá responder pelo ônus financeiro decorrente de eventuais condenações em reclamações trabalhistas promovidas contra a CONTRATANTE por seus próprios empregados ou de suas subcontratadas ou de terceiros vinculados à prestação dos serviços, ainda que não faça parte do polo passivo, sob pena de caracterização de inadimplemento do contrato.
41. A CONTRATADA declara que tem pleno conhecimento da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho e das leis 13.429/17 e 13.467/17, e que se compromete a responder e se responsabilizar perante a CONTRATANTE por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes de eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho por meio de qualquer procedimento que vier a ser promovido por empregado, ex-empregado ou preposto dela (CONTRATADA), inclusive médicos, contra a CONTRATANTE.
42. A CONTRATADA reconhecerá como seu o valor total eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho, em processo ajuizado por qualquer empregado, ex-empregado ou preposto, inclusive médicos, ou eventual valor que for ajustado amigavelmente entre as partes tanto nos autos do processo quanto extrajudicialmente, sempre com a participação da CONTRATADA, que desde já se compromete a acatar composições amigáveis feitas entre a CONTRATANTE e o respectivo autor de eventuais ações judiciais.

43. Caso seja a CONTRATANTE acionada judicial ou administrativamente, inclusive reclamações trabalhistas, por qualquer ato inserido no rol de responsabilidade da CONTRATADA - que é total e amplo - esta assumirá para si a responsabilidade por toda e qualquer eventual condenação, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, aplicando-se no caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denunciação da lide (art. 125 e seguintes), com o que concorda e aceita incondicionalmente a CONTRATADA.

RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

44. A intenção das partes é que a CONTRATADA assuma e se responsabilize direta e integralmente pelo pleno e total funcionamento da(s) especialidade(s) acima identificada, aí incluídos os serviços médicos que forem necessários para que o serviço atinja o seu pleno e adequado funcionamento.
45. A CONTRATADA responderá única, exclusiva e diretamente por todo e qualquer ato praticado por seus empregados, ex-empregados ou prepostos, inclusive médicos, que dele decorra a obrigação e/ou necessidade de ressarcimento de danos materiais ou morais (art. 932, III, do Código Civil e demais artigos e legislação aplicáveis), na sua respectiva extensão (art. 944 do Código Civil), não podendo a CONTRATANTE ser responsabilizada por eles a nenhum título, vez que a responsabilidade total e completa pela prestação de serviços na especialidade acima identificada está sendo assumida expressa e integralmente pela CONTRATADA.
46. Sem prejuízo da aplicação de qualquer cláusula deste contrato, caso a CONTRATANTE seja responsabilizada por qualquer forma, direta, indireta, solidária ou subsidiariamente, a ela é assegurado o direito de regresso (art. 934 do Código Civil) contra a CONTRATADA e seus sócios, na hipótese de ela sofrer algum prejuízo produzido por esta ou seus prepostos, com o que esta concorda expressamente.
47. A CONTRATADA será a única e exclusiva responsável por quaisquer reclamações, ações judiciais e eventuais erros médicos (termo aqui utilizado genericamente) dos integrantes de sua equipe e prepostos por ela designados, eximindo a CONTRATANTE de toda e qualquer responsabilidade.

DISPOSIÇÕES GERAIS

48. Este contrato é intransferível, não podendo a CONTRATADA sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros sem anuência prévia e por escrito da CONTRATANTE.
49. Faz parte integrante deste contrato cópia do instrumento constitutivo da CONTRATADA, comprometendo-se esta a entregar à CONTRATANTE cópia das alterações, caso ocorram.
50. Os sócios da CONTRATADA respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações assumidas em nome da pessoa jurídica.
51. Na hipótese de não cumprimento ou cumprimento parcial deste contrato pelo CONTRATADO lhe será aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor dos serviços prestados no mês em que o inadimplemento for constatado, devendo a quantia ser retido pelo CONTRATANTE.
52. A infração a qualquer cláusula deste contrato autoriza a sua imediata rescisão e a cobrança de multa pela CONTRATANTE mediante correspondência a exclusivo critério desta, sem a necessidade de notificação extrajudicial ou judicial neste sentido.
53. A CONTRATADA se obriga a manter em segredo, sigilo e confidenciais todas as informações cadastrais, comerciais e as contidas nos prontuários dos pacientes, obtidas com a CONTRATANTE, inclusive as constantes deste contrato, respondendo única, exclusiva e diretamente pela indenização correspondente à violação desta regra.


54. Não é permitida a utilização de quaisquer medicamentos e/ou materiais no atendimento dos pacientes que não sejam os adquiridos única, exclusiva e diretamente pela CONTRATANTE.
55. Os comunicados à imprensa ou a comunicação com qualquer órgão da mídia deverão ser feitos obrigatoriamente por meio da assessoria de imprensa da CONTRATANTE.
56. Os formulários e/ou impressos da CONTRATANTE deverão ser utilizados unicamente para atendimento dos pacientes da unidade de saúde acima identificada, sendo absolutamente proibida a sua utilização fora das suas dependências físicas. Em havendo, este contrato será rescindido imediatamente por justa causa.
57. É vedada a utilização e veiculação das marcas, logos e logomarcas da CONTRATANTE para quaisquer finalidades sem autorização prévia e escrita desta.
58. As cláusulas de responsabilidade da CONTRATADA perdurarão mesmo após a eventual rescisão deste contrato, independentemente do motivo.
59. Este contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, mandato, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária.
60. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir total ou parcialmente este contrato nem subcontratar, no todo ou em parte, o seu objeto a terceira pessoa jurídica, sob pena de sua rescisão imediata.
61. Qualquer tolerância da CONTRATANTE em relação às cláusulas e condições deste contrato não importará em precedente, novação, alteração ou renúncia de possível direito, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo.
62. O foro e o local deste contrato constam do quadro-resumo acima.

Breves/PA,01 de maio de 2021

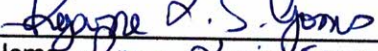
JOSE CARLOS
RIZOLI:17189322868

Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
DN: CN=BR, O=ICP-Brasil, OU=VideConférence,
OU=2917857000167, OU=Secretaria da Receita Federal do
Brasil - RFB, OU=RS e CPF A3, OU=(em branco), CN=JOSE
CARLOS RIZOLI:17189322868
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2021-05-05 09:44:30
Foxit Reader Versão: 10.0.0

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
José Carlos Rizoli
Presidente


CLINICA MEDICA ESPECIALIZADA DE BREVES LTDA
André Ramos Noronha
Sócio Administrador

Testemunhas:

1. 
Nome Daphne D. S. Gomes
CPF 892.628.831-87

2. 
Nome Maurício de Castro S. Leite
CPF 20049865836