

11/06/2026



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202606111832b00f26c0ab9  
**Situação:** EFETIVADO      **Data e Hora:** 11/06/2026 às 15:33:23  
**Valor:** R\$ 229,00  
**Descrição:** 270500120001

### Origem

**Nome:** INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE  
**CPF/CNPJ:** 07836454001380  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA  
**CPF/CNPJ:** 22.138.871/0001-09  
**Instituição:** CC VALE DO ITAJAÍ  
**Chave Pix:** 22138871000109

**Código da operação:** 66330892594  
**Chave de segurança:** 0PRGUEYSALPZXHWM

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

# CARNÊ DE PAGAMENTO

INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80

SANTO ANTONIO. 1460

88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC

*Alessandro Garbelotto*  
Coordenador Administrativo  
UPA Norte Florianópolis-SC

| AILOS 085-0                      |                                                           | AILOS 085-0                        |                                                                | 08591.01008 20833.471400 00011.638012 1 14680000022900 |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4                                           | Local de Pagamento                 | PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS    |                                                        | Vencimento                       | 05/06/2026            |
| Nº do Documento                  | 27050012/0001                                             | Beneficiário                       | PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                     |                                                        | Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4       |
| Espécie Doc.                     | DM                                                        | CNPJ/CPF                           | 22.138.871/0001-09                                             |                                                        | Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011638     |
| Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011638                                         | Data do Documento                  | Nº do Documento                                                | Espécie Doc.                                           | Acerte                           | Data de Processamento |
|                                  |                                                           | 27/05/2026                         | 27050012/0001                                                  | DM                                                     | N                                | 27/05/2026            |
| (-) Valor do Documento           | R\$ 229,00                                                | Uso do Banco                       | Carteira                                                       | Espécie Moeda                                          | Quantidade Moeda                 | Valor Moeda           |
|                                  |                                                           |                                    | 01                                                             | R\$                                                    |                                  |                       |
| (-) Desconto / Abatimento        | R\$ 0,00                                                  | Instruções                         | APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%. |                                                        |                                  |                       |
| (+) Mora / Multa                 | R\$ 0,00                                                  | Pagador                            | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80      |                                                        |                                  |                       |
| (+) Outras Acréscimos            |                                                           | SANTO ANTONIO, 1460                |                                                                |                                                        |                                  |                       |
| (-) Outras Deduções              | R\$ 0,00                                                  | 88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                                                                |                                                        |                                  |                       |
| (-) Valor Cobrado                | R\$ 229,00                                                | Sacador / Avalista                 |                                                                |                                                        |                                  |                       |
| Pagador                          | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80 |                                    |                                                                |                                                        |                                  |                       |

| AILOS 085-0                      |                                                           | AILOS 085-0                        |                                                                | 08591.01008 20833.471400 00011.639010 1 14980000022900 |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4                                           | Local de Pagamento                 | PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS    |                                                        | Vencimento                       | 05/07/2026            |
| Nº do Documento                  | 27050012/0002                                             | Beneficiário                       | PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                     |                                                        | Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4       |
| Espécie Doc.                     | DM                                                        | CNPJ/CPF                           | 22.138.871/0001-09                                             |                                                        | Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011639     |
| Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011639                                         | Data do Documento                  | Nº do Documento                                                | Espécie Doc.                                           | Acerte                           | Data de Processamento |
|                                  |                                                           | 27/05/2026                         | 27050012/0002                                                  | DM                                                     | N                                | 27/05/2026            |
| (-) Valor do Documento           | R\$ 229,00                                                | Uso do Banco                       | Carteira                                                       | Espécie Moeda                                          | Quantidade Moeda                 | Valor Moeda           |
|                                  |                                                           |                                    | 01                                                             | R\$                                                    |                                  |                       |
| (-) Desconto / Abatimento        | R\$ 0,00                                                  | Instruções                         | APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%. |                                                        |                                  |                       |
| (+) Mora / Multa                 | R\$ 0,00                                                  | Pagador                            | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80      |                                                        |                                  |                       |
| (+) Outras Acréscimos            |                                                           | SANTO ANTONIO, 1460                |                                                                |                                                        |                                  |                       |
| (-) Outras Deduções              | R\$ 0,00                                                  | 88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                                                                |                                                        |                                  |                       |
| (-) Valor Cobrado                | R\$ 229,00                                                | Sacador / Avalista                 |                                                                |                                                        |                                  |                       |
| Pagador                          | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80 |                                    |                                                                |                                                        |                                  |                       |

*Alessandro Garbelotto*  
Coordenador Administrativo  
UPA Norte Florianópolis-SC

01-5/833471-4  
27050012/0003  
DM  
08334714000011640  
R\$ 229,00  
(-) Desconto / Abatimento  
R\$ 0,00  
(+) Mora / Multa  
R\$ 0,00  
(+) Outros Acréscimos  
(-) Outras Deduções  
R\$ 0,00  
(=) Valor Cobrado  
R\$ 229,00  
Pagador  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSI  
07.836.454/0013-80

**AILOS** | 085-0 | 08591.01008 20833.471400 00011.640018 7 15290000022900

Local de Pagamento  
**PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS**

Beneficiário  
**PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA**

CNPJ/CPF  
22.138.871/0001-09

Agência / Código do Beneficiário  
0101-5/833471-4

Data do Documento  
27/05/2026

Nº do Documento  
27050012/0003

Espécie Doc  
DM

Acerto  
N

Data de Processamento  
27/05/2026

Nosso Número / Cód. do Documento  
08334714000011640

Uso do Banco  
Carteira  
01

Espécie Moeda  
R\$

Quantidade Moeda  
Valor Moeda

(=) Valor da Documento  
R\$ 229,00

Instruções  
APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.

(-) Desconto / Abatimento  
R\$ 0,00  
(-) Outras Deduções  
R\$ 0,00  
(+) Mora / Multa  
R\$ 0,00  
(+) Outros Acréscimos  
(-) Valor Cobrado  
R\$ 229,00  
Código de Baixa

Pagador  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80  
SANTO ANTONIO, 1460  
88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC

Sacador / Avalista

Barbelotto  
Coordenador Administrativo  
UPA Norte Florianópolis-SC

**AILOS** | 085-0  
Agência / Código do Beneficiário  
0101-5/833471-4  
Nº do Documento  
27050012/0004  
Espécie Doc.  
DM  
Nosso Número / Cód. do Documento  
08334714000011641  
(=) Valor da Documento  
R\$ 229,00  
(-) Desconto / Abatimento  
R\$ 0,00  
(+) Mora / Multa  
R\$ 0,00  
(+) Outros Acréscimos  
(-) Outras Deduções  
R\$ 0,00  
(=) Valor Cobrado  
R\$ 229,00  
Pagador  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSI  
07.836.454/0013-80

**AILOS** | 085-0 | 08591.01008 20833.471400 00011.641016 2 15600000022900

Local de Pagamento  
**PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS**

Beneficiário  
**PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA**

CNPJ/CPF  
22.138.871/0001-09

Agência / Código do Beneficiário  
0101-5/833471-4

Data do Documento  
27/05/2026

Nº do Documento  
27050012/0004

Espécie Doc.  
DM

Acerto  
N

Data de Processamento  
27/05/2026

Nosso Número / Cód. do Documento  
08334714000011641

Uso do Banco  
Carteira  
01

Espécie Moeda  
R\$

Quantidade Moeda  
Valor Moeda

(=) Valor da Documento  
R\$ 229,00

Instruções  
APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.

(-) Desconto / Abatimento  
R\$ 0,00  
(-) Outras Deduções  
R\$ 0,00  
(+) Mora / Multa  
R\$ 0,00  
(+) Outros Acréscimos  
(-) Valor Cobrado  
R\$ 229,00  
Código de Baixa

Pagador  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80  
SANTO ANTONIO, 1460  
88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC

Sacador / Avalista

**AILOS** | 085-0  
Agência / Código do Beneficiário  
0101-5/833471-4  
Nº do Documento  
27050012/0005  
Espécie Doc.  
DM  
Nosso Número / Cód. do Documento  
08334714000011642  
(=) Valor da Documento  
R\$ 229,00  
(-) Desconto / Abatimento  
R\$ 0,00  
(+) Mora / Multa  
R\$ 0,00  
(+) Outros Acréscimos  
(-) Outras Deduções  
R\$ 0,00  
(=) Valor Cobrado  
R\$ 229,00  
Pagador  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSI  
07.836.454/0013-80

**AILOS** | 085-0 | 08591.01008 20833.471400 00011.642014 2 15900000022900

Local de Pagamento  
**PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS**

Beneficiário  
**PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA**

CNPJ/CPF  
22.138.871/0001-09

Agência / Código do Beneficiário  
0101-5/833471-4

Data do Documento  
27/05/2026

Nº do Documento  
27050012/0005

Espécie Doc.  
DM

Acerto  
N

Data de Processamento  
27/05/2026

Nosso Número / Cód. do Documento  
08334714000011642

Uso do Banco  
Carteira  
01

Espécie Moeda  
R\$

Quantidade Moeda  
Valor Moeda

(=) Valor da Documento  
R\$ 229,00

Instruções  
APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.

(-) Desconto / Abatimento  
R\$ 0,00  
(-) Outras Deduções  
R\$ 0,00  
(+) Mora / Multa  
R\$ 0,00  
(+) Outros Acréscimos  
(-) Valor Cobrado  
R\$ 229,00  
Código de Baixa

Pagador  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80  
SANTO ANTONIO, 1460  
88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC

Sacador / Avalista

|                                  |                                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>085-0</b>                     |                                                          |
| Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4                                          |
| Nº do Documento                  | 27050012/0006                                            |
| Espécie Doc.                     | DM                                                       |
| Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011643                                        |
| (+) Valor do Documento           | R\$ 229,00                                               |
| (-) Desconto / Abatimento        | R\$ 0,00                                                 |
| (+) Mora / Multa                 | R\$ 0,00                                                 |
| (+) Outros Acréscimos            |                                                          |
| (-) Outras Deduções              | R\$ 0,00                                                 |
| (=) Valor Cobrado                | R\$ 229,00                                               |
| Pagador                          | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSI<br>07.836.454/0013-80 |

|                                                                                                                                |                 |               |                                                               |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>AILOS</b>                                                                                                                   |                 | <b>085-0</b>  | <b>08591.01008 20833.471400 00011.643012 6 16210000022900</b> |                                  |
| Local de Pagamento                                                                                                             |                 |               |                                                               | Vencimento                       |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS                                                                    |                 |               |                                                               | 05/11/2026                       |
| Beneficiário                                                                                                                   |                 |               | CNPJ/CPF                                                      | Agência / Código do Beneficiário |
| PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                                                                                     |                 |               | 22.138.871/0001-09                                            | 0101-5/833471-4                  |
| Data do Documento                                                                                                              | Nº do Documento | Espécie Doc.  | Acerto                                                        | Data de Processamento            |
| 27/05/2026                                                                                                                     | 27050012/0006   | DM            | N                                                             | 27/05/2026                       |
| Uso do Banco                                                                                                                   | Carteira        | Espécie Moeda | Quantidade Moeda                                              | Valor Moeda                      |
|                                                                                                                                | 01              | R\$           |                                                               |                                  |
| Instruções                                                                                                                     |                 |               |                                                               | (=) Valor do Documento           |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.                                                                 |                 |               |                                                               | R\$ 229,00                       |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (-) Desconto / Abatimento        |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (-) Outras Deduções              |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (+) Mora / Multa                 |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (+) Outros Acréscimos            |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               |                                  |
| Pagador INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80<br>SANTO ANTONIO, 1460<br>88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                 |               |                                                               | (=) Valor Cobrado                |
| Sacador / Avalista                                                                                                             |                 |               |                                                               | R\$ 229,00                       |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | Código de Baixa                  |



|                                  |                                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>AILOS</b>                     |                                                          |
| <b>085-0</b>                     |                                                          |
| Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4                                          |
| Nº do Documento                  | 27050012/0007                                            |
| Espécie Doc.                     | DM                                                       |
| Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011644                                        |
| (+) Valor do Documento           | R\$ 229,00                                               |
| (-) Desconto / Abatimento        | R\$ 0,00                                                 |
| (+) Mora / Multa                 | R\$ 0,00                                                 |
| (+) Outros Acréscimos            |                                                          |
| (-) Outras Deduções              | R\$ 0,00                                                 |
| (=) Valor Cobrado                | R\$ 229,00                                               |
| Pagador                          | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSI<br>07.836.454/0013-80 |

|                                                                                                                                |                 |               |                                                               |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>AILOS</b>                                                                                                                   |                 | <b>085-0</b>  | <b>08591.01008 20833.471400 00011.644010 6 16510000022900</b> |                                  |
| Local de Pagamento                                                                                                             |                 |               |                                                               | Vencimento                       |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS                                                                    |                 |               |                                                               | 05/12/2026                       |
| Beneficiário                                                                                                                   |                 |               | CNPJ/CPF                                                      | Agência / Código do Beneficiário |
| PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                                                                                     |                 |               | 22.138.871/0001-09                                            | 0101-5/833471-4                  |
| Data do Documento                                                                                                              | Nº do Documento | Espécie Doc.  | Acerto                                                        | Data de Processamento            |
| 27/05/2026                                                                                                                     | 27050012/0007   | DM            | N                                                             | 27/05/2026                       |
| Uso do Banco                                                                                                                   | Carteira        | Espécie Moeda | Quantidade Moeda                                              | Valor Moeda                      |
|                                                                                                                                | 01              | R\$           |                                                               |                                  |
| Instruções                                                                                                                     |                 |               |                                                               | (=) Valor do Documento           |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.                                                                 |                 |               |                                                               | R\$ 229,00                       |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (-) Desconto / Abatimento        |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (-) Outras Deduções              |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (+) Mora / Multa                 |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (+) Outros Acréscimos            |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               |                                  |
| Pagador INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80<br>SANTO ANTONIO, 1460<br>88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                 |               |                                                               | (=) Valor Cobrado                |
| Sacador / Avalista                                                                                                             |                 |               |                                                               | R\$ 229,00                       |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | Código de Baixa                  |



|                                  |                                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>AILOS</b>                     |                                                          |
| <b>085-0</b>                     |                                                          |
| Agência / Código do Beneficiário | 0101-5/833471-4                                          |
| Nº do Documento                  | 27050012/0008                                            |
| Espécie Doc.                     | DM                                                       |
| Nosso Número / Cód. do Documento | 08334714000011645                                        |
| (+) Valor do Documento           | R\$ 229,00                                               |
| (-) Desconto / Abatimento        | R\$ 0,00                                                 |
| (+) Mora / Multa                 | R\$ 0,00                                                 |
| (+) Outros Acréscimos            |                                                          |
| (-) Outras Deduções              | R\$ 0,00                                                 |
| (=) Valor Cobrado                | R\$ 229,00                                               |
| Pagador                          | INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSI<br>07.836.454/0013-80 |

|                                                                                                                                |                 |               |                                                               |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>AILOS</b>                                                                                                                   |                 | <b>085-0</b>  | <b>08591.01008 20833.471400 00011.645017 1 16820000022900</b> |                                  |
| Local de Pagamento                                                                                                             |                 |               |                                                               | Vencimento                       |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS                                                                    |                 |               |                                                               | 05/01/2027                       |
| Beneficiário                                                                                                                   |                 |               | CNPJ/CPF                                                      | Agência / Código do Beneficiário |
| PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                                                                                     |                 |               | 22.138.871/0001-09                                            | 0101-5/833471-4                  |
| Data do Documento                                                                                                              | Nº do Documento | Espécie Doc.  | Acerto                                                        | Data de Processamento            |
| 27/05/2026                                                                                                                     | 27050012/0008   | DM            | N                                                             | 27/05/2026                       |
| Uso do Banco                                                                                                                   | Carteira        | Espécie Moeda | Quantidade Moeda                                              | Valor Moeda                      |
|                                                                                                                                | 01              | R\$           |                                                               |                                  |
| Instruções                                                                                                                     |                 |               |                                                               | (=) Valor do Documento           |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.                                                                 |                 |               |                                                               | R\$ 229,00                       |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (-) Desconto / Abatimento        |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (-) Outras Deduções              |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (+) Mora / Multa                 |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | R\$ 0,00                         |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | (+) Outros Acréscimos            |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               |                                  |
| Pagador INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80<br>SANTO ANTONIO, 1460<br>88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                 |               |                                                               | (=) Valor Cobrado                |
| Sacador / Avalista                                                                                                             |                 |               |                                                               | R\$ 229,00                       |
|                                                                                                                                |                 |               |                                                               | Código de Baixa                  |



|                                                                      |                   |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 085-0                                                                |                   |
| Agência / Código do Beneficiário                                     | 0101-5/833471-4   |
| Nº do Documento                                                      | 27050012/0009     |
| Espécie Doc.                                                         | DM                |
| Nosso Número / Cód. do Documento                                     | 08334714000011646 |
| (-) Valor do Documento                                               | R\$ 229,00        |
| (-) Desconto / Abatimento                                            | R\$ 0,00          |
| (+) Mora / Multa                                                     | R\$ 0,00          |
| (+) Outros Acréscimos                                                |                   |
| (-) Outras Deduções                                                  | R\$ 0,00          |
| (=) Valor Cobrado                                                    | R\$ 229,00        |
| Pagador<br>INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSII<br>07.836.454/0013-80 |                   |

|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| AILOS                                                                                                                          |                                  | 085-0                                                 | 08591.01008 20833.471400 00011.646015 5 17130000022900 |                                                     |
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS                                              |                                  |                                                       |                                                        | Vencimento<br>05/02/2027                            |
| Beneficiário<br>PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                                                                     |                                  |                                                       | CNPJ/CPF<br>22.138.871/0001-09                         | Agência / Código do Beneficiário<br>0101-5/833471-4 |
| Data do Documento<br>27/05/2026                                                                                                | Nº do Documento<br>27050012/0009 | Espécie Doc.<br>DM                                    | Aceite<br>N                                            | Data de Processamento<br>27/05/2026                 |
| Nosso Número / Cód. do Documento<br>08334714000011646                                                                          |                                  | Nosso Número / Cód. do Documento<br>08334714000011646 |                                                        |                                                     |
| Uso do Banco                                                                                                                   | Carteira<br>01                   | Espécie Moeda<br>R\$                                  | Quantidade Moeda                                       | Valor Moeda<br>R\$ 229,00                           |
| Instruções<br>APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.                                                   |                                  |                                                       |                                                        | (-) Desconto / Abatimento<br>R\$ 0,00               |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (-) Outras Deduções<br>R\$ 0,00                     |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (+) Mora / Multa<br>R\$ 0,00                        |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (+) Outros Acréscimos                               |
| Pagador INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80<br>SANTO ANTONIO, 1460<br>88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                                  |                                                       |                                                        | (=) Valor Cobrado<br>R\$ 229,00                     |
| Sacador/<br>Avalista                                                                                                           |                                  |                                                       |                                                        | Código de Baixa                                     |



|                                                                      |                   |       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|
| AILOS                                                                |                   | 085-0 |
| Agência / Código do Beneficiário                                     | 0101-5/833471-4   |       |
| Nº do Documento                                                      | 27050012/0010     |       |
| Espécie Doc.                                                         | DM                |       |
| Nosso Número / Cód. do Documento                                     | 08334714000011647 |       |
| (-) Valor do Documento                                               | R\$ 229,00        |       |
| (-) Desconto / Abatimento                                            | R\$ 0,00          |       |
| (+) Mora / Multa                                                     | R\$ 0,00          |       |
| (+) Outros Acréscimos                                                |                   |       |
| (-) Outras Deduções                                                  | R\$ 0,00          |       |
| (=) Valor Cobrado                                                    | R\$ 229,00        |       |
| Pagador<br>INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSII<br>07.836.454/0013-80 |                   |       |

|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| AILOS                                                                                                                          |                                  | 085-0                                                 | 08591.01008 20833.471400 00011.647013 4 17410000022900 |                                                     |
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS                                              |                                  |                                                       |                                                        | Vencimento<br>05/03/2027                            |
| Beneficiário<br>PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                                                                     |                                  |                                                       | CNPJ/CPF<br>22.138.871/0001-09                         | Agência / Código do Beneficiário<br>0101-5/833471-4 |
| Data do Documento<br>27/05/2026                                                                                                | Nº do Documento<br>27050012/0010 | Espécie Doc.<br>DM                                    | Aceite<br>N                                            | Data de Processamento<br>27/05/2026                 |
| Nosso Número / Cód. do Documento<br>08334714000011647                                                                          |                                  | Nosso Número / Cód. do Documento<br>08334714000011647 |                                                        |                                                     |
| Uso do Banco                                                                                                                   | Carteira<br>01                   | Espécie Moeda<br>R\$                                  | Quantidade Moeda                                       | Valor Moeda<br>R\$ 229,00                           |
| Instruções<br>APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.                                                   |                                  |                                                       |                                                        | (-) Desconto / Abatimento<br>R\$ 0,00               |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (-) Outras Deduções<br>R\$ 0,00                     |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (+) Mora / Multa<br>R\$ 0,00                        |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (+) Outros Acréscimos                               |
| Pagador INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80<br>SANTO ANTONIO, 1460<br>88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                                  |                                                       |                                                        | (=) Valor Cobrado<br>R\$ 229,00                     |
| Sacador/<br>Avalista                                                                                                           |                                  |                                                       |                                                        | Código de Baixa                                     |



|                                                                      |                   |       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|
| AILOS                                                                |                   | 085-0 |
| Agência / Código do Beneficiário                                     | 0101-5/833471-4   |       |
| Nº do Documento                                                      | 27050012/0011     |       |
| Espécie Doc.                                                         | DM                |       |
| Nosso Número / Cód. do Documento                                     | 08334714000011648 |       |
| (-) Valor do Documento                                               | R\$ 229,00        |       |
| (-) Desconto / Abatimento                                            | R\$ 0,00          |       |
| (+) Mora / Multa                                                     | R\$ 0,00          |       |
| (+) Outros Acréscimos                                                |                   |       |
| (-) Outras Deduções                                                  | R\$ 0,00          |       |
| (=) Valor Cobrado                                                    | R\$ 229,00        |       |
| Pagador<br>INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSII<br>07.836.454/0013-80 |                   |       |

|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| AILOS                                                                                                                          |                                  | 085-0                                                 | 08591.01008 20833.471400 00011.648011 1 17720000022900 |                                                     |
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DO SISTEMA AILOS                                              |                                  |                                                       |                                                        | Vencimento<br>05/04/2027                            |
| Beneficiário<br>PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA                                                                     |                                  |                                                       | CNPJ/CPF<br>22.138.871/0001-09                         | Agência / Código do Beneficiário<br>0101-5/833471-4 |
| Data do Documento<br>27/05/2026                                                                                                | Nº do Documento<br>27050012/0011 | Espécie Doc.<br>DM                                    | Aceite<br>N                                            | Data de Processamento<br>27/05/2026                 |
| Nosso Número / Cód. do Documento<br>08334714000011648                                                                          |                                  | Nosso Número / Cód. do Documento<br>08334714000011648 |                                                        |                                                     |
| Uso do Banco                                                                                                                   | Carteira<br>01                   | Espécie Moeda<br>R\$                                  | Quantidade Moeda                                       | Valor Moeda<br>R\$ 229,00                           |
| Instruções<br>APOS O VENCIMENTO COBRAR: 5,00% JUROS AO MES E MULTA DE 5,00%.                                                   |                                  |                                                       |                                                        | (-) Desconto / Abatimento<br>R\$ 0,00               |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (-) Outras Deduções<br>R\$ 0,00                     |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (+) Mora / Multa<br>R\$ 0,00                        |
|                                                                                                                                |                                  |                                                       |                                                        | (+) Outros Acréscimos                               |
| Pagador INSTITUTO BRASILEIRO DE SAUDE ENSINO - 07.836.454/0013-80<br>SANTO ANTONIO, 1460<br>88117350 - BARREIROS - SAO JOSE/SC |                                  |                                                       |                                                        | (=) Valor Cobrado<br>R\$ 229,00                     |
| Sacador/<br>Avalista                                                                                                           |                                  |                                                       |                                                        | Código de Baixa                                     |



# CONCESSÃO DE USO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DE REGISTRO DE PONTO RHID

DOCUMENTO Nº 202605271

## CLÁUSULA 1. CEDENTE, CESSIONÁRIA E CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. Pelo presente instrumento legal e na melhor forma de direito, as partes abaixo qualificadas têm, entre si, justo e acordado, esta CONCESSÃO DE USO DE PROGRAMA DE TRATAMENTO DE REGISTRO DE PONTO que será regida de acordo com as seguintes 12 (doze) cláusulas e condições:

1.2. De um lado a pessoa jurídica de direito privado, doravante denominada simplesmente CEDENTE, identificada como:

Nome fantasia: PONTUALITI  
Razão Social: PONTUALITI CONTROLE DE PONTO E ACESSO LTDA  
CNPJ: 22.138.871/0001-09  
Inscrição estadual: 260109347  
Rua/Nº: POÇO FUNDO, 675  
Bairro: POÇO FUNDO  
CEP: 88357-000  
Cidade: Brusque  
Estado: SC  
Telefone de contato: (47) 3091-0362 / 98819-3343  
E-mail de contato: contato@pontualiti.com  
Pessoa de contato: MARCIANO DECKER

1.3. De outro lado a pessoa jurídica de direito privado, doravante denominada simplesmente CESSIONÁRIA, identificada como:

Nome fantasia: IBSAÚDE  
Razão Social: INST. BRASILEIRO DE SAUDE, ENSINO, P. E E. PARA O D. HUMANO  
CNPJ: 07.836.454/0013-80  
Rua/Nº: RUA SANTO ANTONIO, 1460 SALA 506  
Bairro: BARREIROS  
CEP: 88117350  
Cidade: SÃO JOSÉ  
Estado: SC  
Telefone de contato: (51) 9 9996-9469  
E-mail de contato: ezequiel@ibsaude.org.br  
Pessoa de contato: EZEQUIEL

1.4. Em conformidade com a legislação vigente, tem entre si justo e avençado o seguinte:

## CLÁUSULA 2. OBJETO E VALOR

2.1. Por este instrumento particular, a CEDENTE concede à CESSIONÁRIA, o direito de cessão de uso do software OBJETO desta CONCESSÃO, doravante designado RHID.

2.2. A CEDENTE concede a CESSIONÁRIA a cessão de uso de software por meio de login e senha para acesso ao portal "<https://www.rhid.com.br/>" unicamente, não constituindo venda do programa original, código-fonte ou de qualquer cópia do mesmo, mas apenas uma concessão de uso temporário não exclusivo, mediante contraprestação de pagamento recorrente.

2.3. O OBJETO desta CONCESSÃO possui as seguintes limitações de quantidades de cadastros:  
- Licença principal para 01 (um) CNPJ e até 200 (duzentos) funcionários.

2.4. Valor desta CONCESSÃO:  
- Pagamento Mensal: R\$ 229,00.

2.5. Caso a CESSIONÁRIA, no decorrer da vigência do presente instrumento, opte por algum adicional no OBJETO, apenas os valores serão alterados de acordo com o respectivo adicional escolhido, mantendo todas as demais cláusulas deste.

2.6. O OBJETO desta CONCESSÃO é desenvolvido pela pessoa jurídica de direito privado, doravante denominada simplesmente DESENVOLVEDORA, identificada como:  
- Razão Social: Controlid Ind. e Com. de Hardware e Serviços de Tecnologia Ltda.  
- CNPJ: 08.238.299/0001-29.

## CLÁUSULA 3. RESPONSABILIDADE

3.1. A CESSIONÁRIA, assume todas as responsabilidades pelos atos dos usuários que possuem acesso à cessão de uso exclusivo da CESSIONÁRIA, ao OBJETO.

3.2. A CEDENTE não se responsabiliza por danos decorrentes do mau uso do OBJETO.

3.3. A CESSIONÁRIA é responsável pelos dados inseridos e tratados em sua cessão do OBJETO, ficando a CEDENTE isenta de qualquer responsabilidade sobre tais dados.

3.4. Durante o período de CONCESSÃO, fica a CESSIONÁRIA única e exclusivamente responsável por gerar os relatórios e arquivos que possam ou devam ser gerados em sua cessão.

3.5. Fica a CESSIONÁRIA responsável por avisar a CEDENTE (utilizando os canais de comunicação disponibilizados pela CEDENTE) sobre qualquer mensagem de erro ou outros eventuais problemas ocorridos no programa OBJETO desta CONCESSÃO, para que sejam tomadas as devidas providências de manutenção no mesmo.

3.6. De acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (Lei nº 13.709, de 2018) que regulamenta o uso, a proteção e a transferência de dados pessoais no Brasil, a CESSIONÁRIA deve certificar-se de que todos os seus usuários diretos e indiretos consentem com o uso dos dados contidos no OBJETO.

3.7. É de responsabilidade exclusiva da CESSIONÁRIA certificar-se que possui as convenções ou acordos coletivos de trabalho junto as entidades responsáveis permitindo o uso de determinadas funcionalidades específicas disponíveis no OBJETO, como por exemplo a utilização de banco de

horas.

3.8. Em caso de rescisão deste instrumento, a CESSIONÁRIA não terá mais o acesso a sua cessão, bem como todos os arquivos do OBJETO que estiverem salvos nos servidores da empresa DESENVOLVEORA serão excluídos definitivamente.

#### CLAUSULÁ 4. GARANTIA

4.1. A CEDENTE não garante que o OBJETO estará disponível todo o tempo e que é livre de erros, bugs, vírus ou ainda que vai atender os requerimentos e necessidades da CESSIONÁRIA.

4.2. A CEDENTE não será responsável por qualquer indisponibilidade do OBJETO, decorrente de: falhas da rede ou do computador causadas por casos fortuitos ou de força maior (contemplados pelo Artigo 393 do código Civil Brasileiro), falhas ou problemas de compatibilidade entre as aplicações, encerramento das atividades (ou qualquer outra eventualidade) da empresa desenvolvedora do OBJETO; vícios em produtos ou serviços de terceiros, inclusive de operadoras conectadas à sua rede, problemas relativos à tecnologia empregada que não eram previsíveis, contaminação por vírus ou, ainda, pela má utilização, negligência, culpa ou omissão por parte da CESSIONÁRIA.

4.3. A CEDENTE não será responsável por danos pessoais ou qualquer prejuízo por perda de lucro, perda de dados, falha de transmissão ou recepção de dados, ou qualquer outro prejuízo ou perda comercial decorrentes ou relacionados ao uso ou a inabilidade da CESSIONÁRIA em usar o OBJETO desta CONCESSÃO.

4.4. As partes expressamente reconhecem a existência de um consenso mundial acerca de não haver programa de computador totalmente isento de erros e imune a ataques e/ou invasões hackers e outros agentes maliciosos, razão pela qual a CEDENTE também não será responsável por indenizações a CESSIONÁRIA, decorrente de obtenção indevida de informação de dados da CESSIONÁRIA através de ataques a CEDENTE e a DESENVOLVEDORA do OBJETO.

4.5. A empresa desenvolvedora poderá alterar as especificações e/ou características do OBJETO para a melhoria e/ou correções de erros.

#### CLÁUSULA 5. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E REAJUSTE

5.1. O presente instrumento particular tem prazo de vigência de 365 dias, a contar da data descrita na CLÁUSULA 12 (item 12.2) deste, e sua renovação será automática a cada 365 dias, nas mesmas condições, observada a correção monetária vigente na tabela de preços da CEDENTE no ato da renovação. A renovação automática não ocorrerá somente se uma das partes expressar por escrito vontade contrária, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de renovação.

#### CLÁUSULA 6. RESCISÃO

6.1. É facultado a qualquer das PARTES rescindir o presente instrumento particular, a qualquer tempo, sem motivo justo, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de renovação.

6.2. Em caso de rescisão sem justa causa por parte da CESSIONÁRIA, esta pagará uma multa à CEDENTE no valor de uma mensalidade, que deverá ser pago em até 10 (dez) dias da data da efetiva rescisão.

6.3. Havendo inadimplemento de quaisquer cláusulas deste instrumento, gerará à parte contrária a faculdade de rescindir o presente, ficando a parte culpada pela rescisão obrigada a ressarcir os prejuízos eventualmente causados à parte inocente.

## CLÁUSULA 7. INADIMPLEMENTO

7.1. Será gerado o boleto da primeira mensalidade com vencimento para 1 (um) dia após a data descrita na CLÁUSULA 12 (item 12.2) deste instrumento, e mais 11 boletos com vencimentos para o dia 05 (cinco) de cada um dos 11 meses subsequentes. Em caso de atraso no pagamento superior a 10 (dez) dias, a cessão de uso contratada será suspensa até que o débito seja totalmente pago.

7.2. Uma vez completados 15 (quinze) dias de atraso, a presente CONCESSÃO poderá ser rescindida a critério da CEDENTE, que fica desde já autorizada a enviar cobrança dos valores devidos referentes às parcelas em aberto e eventual multa por rescisão antecipada, podendo ainda tomar todas as medidas extrajudiciais e judiciais cabíveis, inclusive incluir a CESSIONÁRIA em cadastros de proteção ao crédito.

## CLÁUSULA 8. PENALIDADES

8.1. Em caso de atraso nos pagamentos das remunerações, fica a CESSIONÁRIA obrigada a liquidar este valor acrescido de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do principal, e juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o novo montante, também na forma do “pro rata temporis”, ou seja, desde a data do vencimento até a data de efetiva liquidação desta mesma obrigação.

8.2. Em caso de solicitação, por parte da CESSIONÁRIA, de alteração da data de vencimento de determinado título/boleto, quando o mesmo estiver postado a CESSIONÁRIA e vencido, incidirá na alteração requerida, taxa para cobrir despesas administrativas e operacionais para cada alteração solicitada, que será adicionada ao novo título/boleto gerado.

## CLÁUSULA 9. ASSISTÊNCIA TÉCNICA

9.1. A CEDENTE disponibiliza equipe de assistência técnica habilitada e não de caráter exclusivo, a esclarecer eventuais dúvidas sobre a utilização do OBJETO, de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30 horas, exceto feriados nacionais e locais, e períodos de férias coletivas entre 15 de dezembro e 15 de janeiro (nos períodos de férias coletivas a CEDENTE disponibiliza um canal de atendimento, mas em caráter de plantão).

9.2. A assistência técnica se restringe a solucionar dúvidas via ferramenta de comunicação que venha a ser utilizada pela CEDENTE, quanto à utilização do OBJETO, portanto não está contemplado, em nenhuma hipótese, nenhum tipo de serviço presencial ou acesso remoto para solucionar problemas ou para realização de qualquer tipo de ação direta no OBJETO por parte dos técnicos da CEDENTE.

9.3. Assistências técnicas presenciais ou acessos remotos poderão naturalmente serem contratados individualmente da CEDENTE pela CESSIONÁRIA quando a mesma desejar.

## CLÁUSULA 10. CONFIDENCIALIDADE

10.1. A CEDENTE bem como a DESENVOLVEDORA terão a liberdade de observar, utilizar e compartilhar dados confidenciais do OBJETO durante qualquer tipo de assistência técnica solicitada pela CESSIONÁRIA, para fins de manutenção, correção, atualização ou consultas.

10.2. A CEDENTE assegura que nenhum dos seus funcionários irá utilizar informações confidenciais do OBJETO para fins que não sejam exclusivamente os mencionados na cláusula 10.1 desta CONCESSÃO.

#### CLÁUSULA 11. FORO

11.1. Fica eleito o Foro da Comarca da cidade de Brusque (SC) para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste presente instrumento, renunciando expressamente a qualquer outro tribunal por mais privilegiado que seja ou possa vir a ser.

#### CLÁUSULA 12. LOCAL, DATA, CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONFIRMAÇÕES

12.1. Por estarem assim justos e de acordo, CEDENTE E CESSIONÁRIA firmam o presente instrumento confirmando abaixo.

12.2. Brusque, 27 de maio de 2026.

12.3. Após a confirmação abaixo, por parte da CESSIONÁRIA, este documento será exportado em formato PDF e enviado por e-mail para as partes arquivarem.

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA CEDENTE:

MARCIANO DECKER

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA CEDENTE:

00669114944

Eu, representante legal da empresa CEDENTE, li e aceito todas as cláusulas apresentadas nesta CONCESSÃO, bem como confirmo que os meus dados foram acima inseridos por mim e são verdadeiros.

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA CESSIONÁRIA: \*

José Eri Osório de Medeiros

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA CESSIONÁRIA: \*

14821761068

\*



Eu, representante legal da empresa CESSIONÁRIA, li e aceito todas as cláusulas apresentadas nesta CONCESSÃO, bem como confirmo que os meus dados foram acima inseridos por mim e são verdadeiros.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários