

**REPASSES AO TERCEIRO SETOR - RELAÇÃO DE GASTOS**

**ORGÃO CONCESSOR:** HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLI  
RUA CEL. JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO - CEP: 14350-000 ALTINOPOLIS/SP.

**TIPO DE CONCESSÃO:** DEVOLUÇÃO AO ERÁRIO MUNICIPAL E RECURSOS PÚBLICOS NÃO APLICADOS NA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO 2022, CONFORME RELATÓRIO PRELIMINAR DO CONTROLE INTERNO Nº 11/2023.

**PERÍODO DE EXECUÇÃO :** INÍCIO: JANEIRO DE 2024, TÉRMINO: DEZEMBRO DE 2028.

**OBJETO:** ESTES SERVIÇOS SERÃO CUSTEADOS COM RECURSOS PRÓPRIOS, PARA PAGAMENTO DE LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM QUE É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA AUXILIAR OS MÉDICOS NOS FECHAMENTOS DE DIAGNÓSTICOS DOS PACIENTES E DA MENSALIDADE DE APLICATIVOS PACS PARA ARMAZENAMENTO E ACESSO A VISUALIZAÇÃO DE FORMA REMOTA, E NOS MESES QUE O FLUXO DE EXAMES NÃO FOR SUFICIENTE A DIFERENÇA DEVERÁ SER APLICADA NO PAGAMENTO DE PLANTÕES MÉDICOS.

**EXERCÍCIO/MÊS:** FEVEREIRO/2024.

**ENTIDADE BENEFICIÁRIA:** PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINÓPOLIS - FUNDO SAÚDE

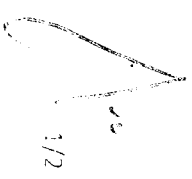
**CNPJ:** 45.298.569/0001-13

**RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:** JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

**CPF:** 743.321.638-34

**VALOR TOTAL DEVEDOR:** 378.753,13 (TREZENTOS E SETENTA E OITO MIL, SETECENTOS E CINQUENTA E TRÊS REAIS E TREZE CENTAVOS)

**ORIGEM DO RECURSO:** PRÓPRIO



1/2



**ANEXO RP 12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR DEMONSTRATIVO  
INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO**

ORGÃO CONCESSOR: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINÓPOLI  
RUA CEL. JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO - CEP: 14350-000 ALTINÓPOLIS/SP.

TIPO DE CONCESSÃO: DEVOLUÇÃO AO ERÁRIO MUNICIPAL E RECURSOS PÚBLICOS NÃO APLICADOS NA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO 2022, CONFORME RELATÓRIO PRELIMINAR DO CONTROLE INTERNO Nº 11/2023.

PERÍODO DE EXECUÇÃO : INÍCIO: JANEIRO DE 2024, TÉRMINO: DEZEMBRO DE 2028.

OBJETO: ESTES SERVIÇOS SERÃO CUSTEADOS COM RECURSOS PRÓPRIOS, PARA PAGAMENTO DE LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM QUE É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA AUXILIAR OS MÉDICOS NOS FECHAMENTOS DE DIAGNÓSTICOS DOS PACIENTES E DA MENSALIDADE DE APLICATIVOS PACS PARA ARMAZENAMENTO E ACESSO A VISUALIZAÇÃO DE FORMA REMOTA, E NOS MESES QUE O FLUXO DE EXAMES NÃO FOR SUFICIENTE A DIFERENÇA DEVERÁ SER APLICADA NO PAGAMENTO DE PLANTÕES MÉDICOS.

EXERCÍCIO/MÊS: FEVEREIRO/2024.

ENTIDADE BENEFICIÁRIA: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINÓPOLIS - FUNDO SAÚDE

CNPJ: 45.298.569/0001-13

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA  
CPF: 743.321.638-34

ORIGEM DOS RECURSOS (1): PRÓPRIO

DOCUMENTO	DATA INICIAL	DATA TÉRMINO	VALOR - R\$
ACORDO DE DEVOLUÇÃO AO ERÁRIO MUNICIPAL DOS RECURSOS PÚBLICOS NÃO APLICADOS	01/01/2024	31/12/2028	378.753,13

**DEMONSTRATIVO DOS ABATIMENTOS DÉBITOS**

DATA PREVISTA PARA O PAGAMENTO	VALOR PREVISTOS R\$	DATA DO PAGAMENTO	NUMERO DO DOCTO.	VALORES PAGOS R\$
27/03/2024	6.312,55	27/03/2024	1.403.475	6.312,55
( A ) DÉBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				372.440,58
( B ) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERENCIA RECURSO PRÓPRIO				6.312,55
( D ) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				366.128,03
( G ) TOTAL DEÉDOR DO ACORDO (I +I)				366.128,03

(1) Verba: Federal, Estadual ou Municipal.

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassados neste exercício

(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outras.

Os signatários, na qualidade de representantes do HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINÓPOLIS vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas pagas no mês/exercício FEVEREIRO/2024, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

## DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO

## ORIGEM DOS RECURSOS (4): FEDERAL

CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE(S) (R\$)
Recursos Humanos(5)					
Recursos Humanos (6)					
Medicamentos (*)					
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas(7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
<b>TOTAL</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

(4) Verba: Federal, Estadual, Municipal e Recursos Próprios.

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica

(7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.

(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença da Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS EM EXERCÍCIO SEGUINTE(S), uma vez que tais descontos e multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(\*) Apenas para entidades da área da Saúde.


**DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO**

(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	366.128,03
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	0,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [(J)-(I-F)]	366.128,03
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-I)	366.128,03

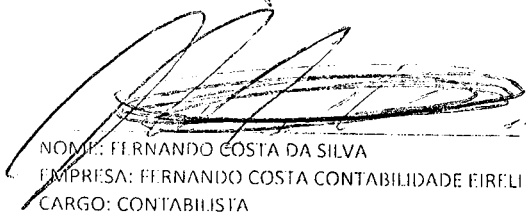
Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

AT TINÓPOLIS (SP), 23 DE MAIO DE 2024.

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:

  
 NOMINADO: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA  
 CARGO: PROVEDOR

RESPONSÁVEL CONTÁBIL:

  
 NOME: FERNANDO COSTA DA SILVA  
 EMPRESA: FERNANDO COSTA CONTABILIDADE EIRELI  
 CARGO: CONTABILISTA





*Hospital de Misericórdia de Altinópolis*

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End: Cel. Joaquim Alberto, 421 - Centro - Altinópolis SP


### PARECER DO CONSELHO FISCAL

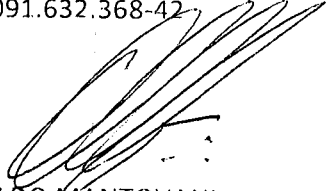
Nós, membros do Conselho Fiscal do Hospital de Misericórdia de Altinópolis, tendo examinado a prestação de contas referente o Termo de Acordo Administrativo autorizado em 20/12/2023 com desembolso do recurso próprio, seja por meio de pagamentos de laudo de exames de imagens, como também pela devolução em espécie à Prefeitura Municipal de Altinópolis, caso não ocorra o desembolso deste serviço.


Estamos de acordo com as documentações apresentadas com pagamento por meio do Recurso Próprio do Hospital, referente ao mês de fevereiro/2024, no montante de R\$ 6.312,55 (seis mil, trezentos e doze reais e cinquenta e cinco centavos).

Atestamos que os valores devolvidos para a Prefeitura de Altinópolis foram movimentados em conta corrente de recurso próprio através de pix e serviços prestados de emissão de laudos de exames, conforme o acordo de parcelamento firmado em 20/12/2023, com os documentos apresentados com parecer favorável pela sua aprovação.

ALTINÓPOLIS (SP), 23 DE MAIO DE 2024.

  
GUSTAVO HENRIQUE MELLIS ASSE  
CPF: 091.632.368-42

  
OSVALDO MANTOVANI  
CPF: 016.270.388-09

  
ALEX DONIZETI RIBEIRO  
CPF: 332.239.258-99



## Comprovante de Transação Bancária

PIX

Data da operação: 27/03/2024 - 14h12

Nº de controle: 628363705156244851 | Documento: 1403475

Conta de débito: **Agência: 1618 | Conta: 0005950-1 | Tipo: Conta-Corrente**

Empresa: **HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS | CNPJ: 056.889.595/0001-32**

Dados de quem  
recebeu

Nome: **PREFEITURA MUNICIPAL ALTINOPOLIS FUNDO SAUDE**

CPF/CNPJ: **45.298.569/0001-13**

Instituição destino: **BCO DO BRASIL S.A.**

Chave:

Agência: **1422**

Conta: **129237**

Dados da  
Transferência/Pagamento

Valor: **R\$ 6.312,55**

Mídia: **BRDESCO NET EMPRESA**

Descrição: **ACORDO PARA DEVOLUCAO GLOSAS**

Identificador: **E60746948202403271250I1422bm5d00**

transacao.lbl\_txid -

Debitado da: **conta-corrente**

Instituição origem: **Banco Bradesco S.A.**

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente** 0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala  
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e  
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias  
por semana.

Demais telefones  
consulte o site  
Fale Conosco

**Ouvidoria** 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



*Hospital de Misericórdia de Altinópolis*

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End: Cel. Joaquim Alberto, 421 - Centro - Altinópolis SP

## PROTOCOLO

**DESTINATÁRIO:** SECRETARIA DA SAUDE DE ALTINOPOLIS

RUA MAJOR GARCIA, 100

ALTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO.

**PRESTAÇÃO DE CONTAS FONTE PRÓPRIA: DEVOLUÇÃO AO ERÁRIO MUNICIPAL E RECURSOS PÚBLICOS NÃO APLICADOS NA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO 2022**

ANEXO 24 - RELAÇÃO DE GASTOS - FEVEREIRO/2024 - R\$

CÓPIA DOS DOCUMENTOS E COMPROVANTES DE PAGAMENTOS - FEVEREIRO/2024 .

RECEBI EM 28 / 05 / 2024

Anna Laura Alves dos Anjos