

**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:** ABRIL/2024.

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


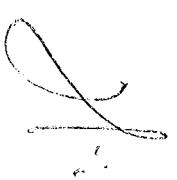
**CNPJ:** 45.298.569/0001-13

**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



EMISSION DE LAUDOS

DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
01/05/2024	10/05/2024	24051791	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA.	LAUDOS MEDICOS	1.274,48
TOTAL					1.274,48

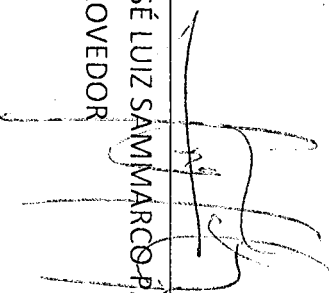
TOTAL GERAL DAS NOTAS

1.274,48

ALTINOPOLIS (SP), 24 DE MAIO DE 2024.

RESPONSÁVEIS PELA CONVENIADA:

\_\_\_\_\_  
NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA  
CARGO: PROVEDOR



RESPONSÁVEL CONTÁBIL:

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



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



**ORÇÃO CONCESSOR:** HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS  
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 EXECUSÃO :** 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:** JANEIRO 2024 A ABRIL/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\$
21/05/2024	5.038,07	21/05/2024	1.521.453	5.038,07
( A ) DÉBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				359.815,48
( B ) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERÊNCIA RECURSO PRÓPRIO				5.038,07
( D ) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				354.777,41
( G ) TOTAL DEVEDOR DO ACORDO (E+F)				354.777,41

(1) Verba: Federal, Estadual ou Municipal.

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

(3) Receitas com estacionamento, alugueis, 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 ABRIL/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\$) (11)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (1)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
Recursos Humanos (5)					
Recursos Humanos (6)					
Medicamentos (*)					
Material médico e hospitalar (*)					
Generos alimenticios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)	1.274,48	0,00	1.274,48	1.274,48	0,00
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Unidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Corras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
<b>TOTAL</b>	<b>1.274,48</b>	<b>0,00</b>	<b>1.274,48</b>	<b>1.274,48</b>	<b>0,00</b>

(4) Verbal: 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, 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.

(1) Apenas para entidades da área da Saúde.

**DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO**

(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	354.777,41
(H) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H-I)	1.274,48
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-I)]	353.502,93
(L) VALOR DEVOVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	353.502,93

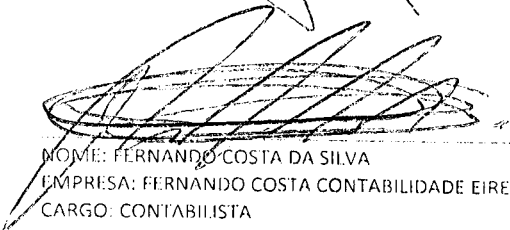
Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

ALTINÓPOLIS (SP), 24 DE MAIO DE 2024.

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:

  
 NOME: 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

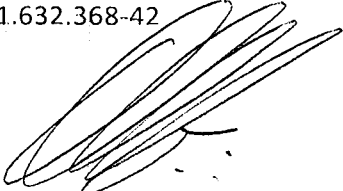
Nós, membros do Conselho Fiscal do Hospital de Misericórdia de Altinópolis, tendo examinado a prestação de contas referente o Termo de Acordo Administrativo autorizado em 20/12/2023 com desembolso do recurso próprio, seja por meio de pagamentos de laudo de exames de imagens, como também pela devolução 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 abril/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), 24 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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MATIAS BARBOSA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SETOR TRIBUTÁRIO

AV. CARDOSO SARAIVA, 305 - CENTRO

MATIAS BARBOSA - MG - 36.120-000 - Tel.: (32)3273-5506

Nº da Nota  
**24051791/2024**  
Nº Integral: 202400024051791Código Verificação  
**4DYH6S537R****NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**Município de Prestação: **MATIAS BARBOSA - MG**Período de Competência: **5/2024**Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação:

Data da Nota Fiscal: **01/05/2024**Nº da RPS: **24051791**

Código QR

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**Razão Social: **MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA**CNPJ: **24.958.096/0001-63**Nome Fantasia: **MAIS TELEMEDICINA**Inscrição Municipal: **86402080002**

Regime Especial:

Inscrição Estadual:

Simples Nac/MEI/Outros: **Outros**Fone/Fax: **(32)3015-7777**Endereço: **BR 040 KM 800, SALA 34 - EMPRESARIAL PARKSUL - 36.120-000 - MATIAS BARBOSA - MG****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome: **HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS**CPF/CNPJ: **56.889.595/0001-32**

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

E-mail: **provedoria@hospitalaltinopolis.com.br**

Fone/Fax:

Inscrição Estadual:

Endereço: **RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 - CENTRO - 14.350-000 - ALTINÓPOLIS - SP****DADOS COMPLEMENTARES**

Código de Serviço: 4.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RE...

CNAE: 8640-2/99 - ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIO

Intermediário: ( )

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

EMISSÃO DE LAUDOS ONLINE. RAI0-X: 177

**VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 1.358,00**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	SEST SENAT (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
8,83	40,74	0,00	20,37	13,58	0,00	0,00	
Deduções (R\$)	Desc. Incond + Cond (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	ISS Devido (R\$)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	1.358,00	2,00	27,16	0,00	27,16	1.274,48



Beneficiário <b>MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA</b> BR 040 KM800 SALA 34 RODOVIA BR040 MATIAS BARBOSA - MG	24958096000163  36120000	Vencimento <b>10/05/2024</b>	Valor do Documento <b>1.274,48</b>
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
		Data de Emissão <b>01/05/2024</b>	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário <b>4149/514128</b>	
		Nosso Número <b>40517918</b>	

**Dados do Pagador**

Nome do pagador <b>HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS</b>		Número do Documento <b>4051791</b>	
Endereço <b>RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 -</b>			
Bairro / Distrito <b>CENTRO</b>			
Município <b>ALTINOPOLIS</b>	UF <b>SP</b>	CEP <b>01435000</b>	
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recatamento através do cheque n. \_\_\_\_\_ do banco. Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.41497 01051.412847 05179.180012 6 97120000127448

Local de pagamento <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>					Vencimento <b>10/05/2024</b>
Beneficiário <b>MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA</b> 24958096000163					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário <b>4149/514128</b>
Data do documento <b>01/05/2024</b>	N. documento <b>4051791</b>	Espécie <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data processamento <b>02/05/2024</b>	Nosso número <b>40517918</b>
Uso do Banco	Carteira <b>1</b>	Espécie <b>Real</b>	Quantidade <b>0,00</b>	Valor	Valor documento <b>1.274,48</b>
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(-) Mora / Multa
Pagador <b>HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS</b> RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 - CENTRO ALTINOPOLIS - SP					(-) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Beneficiário Final <b>MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE</b>					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

**Comprovante de Transação Bancária**

Boleto de Cobrança

Data da operação: 10/05/2024

Nº de controle: 777.258.857.201.956.375 | Documento: 0000539

Conta de débito: **Agência: 1618 | Conta: 0005950-1 | Tipo: Conta-Corrente**Empresa: **HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS | CNPJ: 056.889.595/0001-32**Código de barras: **75691 41497 01051 412847 05179 180012 6 97120000127448**Banco destinatário: **756 - BANCO SICOOB S.A.**Razão Social: **MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE**

Beneficiário:

Nome Fantasia: **MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE**

Beneficiário:

CPF/CNPJ Beneficiário: **024.958.096/0001-63**Razão Social: **Não informado**

Beneficiário Final:

CPF/CNPJ Beneficiário: **Não informado**

Final:

Instituição Receptora: **237 - BANCO BRADESCO S.A.**Nome do Pagador: **HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS**CPF/CNPJ do Pagador: **056.889.595/0001-32**Data de débito: **10/05/2024**Data de vencimento: **10/05/2024**Valor: **R\$ 1,274.48**Desconto: **R\$ 0.00**Abatimento: **R\$ 0.00**Bonificação: **R\$ 0.00**Multa: **R\$ 0.00**Juros: **R\$ 0.00**Valor total: **R\$ 1,274.48**Descrição: **MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PAR**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

**Autenticação**

kJzm?\*Tt 6G#ZmNmE Byhw?NTJ fWAZgKHh @QMk3sRe YRUygo8h 6zo9ur#q uF8eIK?I  
lfPkd53z X5EKPoWD zN7VvkZto V5Ek?FVi Dm?TZGAH 9kwgeZQs Sz8nekW7 \*cjGYkVA  
KVLk\*1C4 fLOGWfqp dpDvzdze 8?2LUtu2 aS2cwTeA 4iksOgQ4 40960274 75034081

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente**Alô Bradesco  
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala  
0800 722 0099Cancelamentos, 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.



### Comprovante de Transação Bancária

PIX

Data da operação: 27/05/2024 - 15h27

Nº de controle: 628363705156244851 | Documento: 1521453

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 DE ALTINOPOLIS**

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\$ 5.038,07**

Mídia: **BRADESCO NET EMPRESA**

Descrição: **PAGAMENTO ACORDO COMP 04\_2024**

Identificador: **E60746948202405271816142253cShE**

transacao.lbl\_txid -

Debitado da: **conta-corrente**

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

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco  
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: 56.839.595/0001-32

(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 - ABRIL/2024 - R\$

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

RECEBI EM 28 / 05 / 2024

*Ana Laura Alves dos Anjos*