

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

**ORGÃO CONCESSOR:** HOSPITAL DE MISERICÓRDIA 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:** AGOSTO/2024.

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

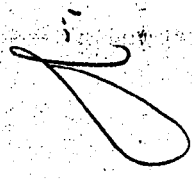
**CNPJ:** 45.298.569/0001-13

**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



**EMIÇÃO DE LAUDOS**

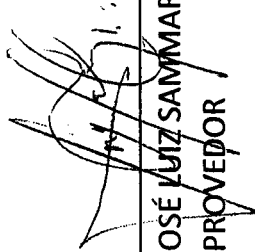
DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
02/09/2024	10/09/2024	24091837	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAÚDE LTDA.	LAUDOS MÉDICOS	1.228,49
				<b>TOTAL</b>	<b>1.228,49</b>

**TOTAL GERAL DAS NOTAS**

**1.228,49**

ALTINOPOLIS (SP), 23 DE SETEMBRO 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**

**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:** AGOSTO/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\$
16/09/2024	5.084,06	16/09/2024	1.355.195	5.084,06
( A ) DÉBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				334.565,28
( B ) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERENCIA RECURSO PRÓPRIO				5.084,06
( D ) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				329.481,22
( G ) TOTAL DEEDOR DO ACORDO (E+F)				329.481,22

(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 agosto/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 (R\$)
Recursos Humanos(5)					
Recursos Humanos (6)					
Medicamentos (*)					
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Exames laboratoriais	1.228,49	0,00	1.228,49	1.228,49	0,00
Serviços médicos (*)					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas(7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
<b>TOTAL</b>	<b>1.228,49</b>	<b>0,00</b>	<b>1.228,49</b>	<b>1.228,49</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, gas, 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 DEPESAS 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.

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

**DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO**

( G ) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	329.481,22
( J ) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	1.228,49
( K ) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	328.252,73
( L ) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
( M ) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	328.252,73

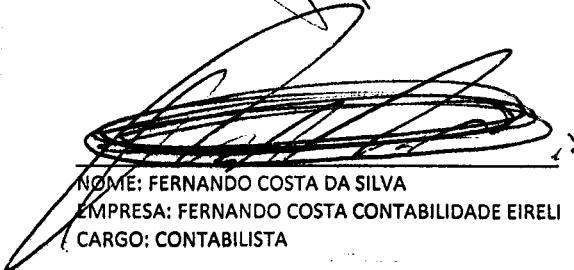
Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

ALTINÓPOLIS (SP), 23 DE SETEMBRO 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 agosto/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), 20 DE SETEMBRO 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: 16/09/2024 - 14h04

Nº de controle: 658519764833870192 | Documento: 1355195

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 PM FUNDO MUNICIPAL SAÚDE

CPF/CNPJ: 45.298.589/0001-13

Instituição destino: BCO DO BRASIL S.A.

Chave:

Agência: 1422

Conta: 129237

Dados da  
Transferência/Pagamento

Valor: R\$ 5.084,06

Mídia: BRADESCO NET EMPRESA

Descrição: DEVOLUCAO ACORDO PARC 08\_60

Identificador: E607469482024091612191142271kk0U

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.



## Comprovante de Transação Bancária

Boleto de Cobrança

Data da operação: 10/09/2024

Nº de controle: 434.975.739.170.451.092 | Documento: 0000565

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 09183 700013 9 98350000122849

Banco destinatário: 756 - BANCO SICOOB S.A.

Razão Social Beneficiário: MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE

Nome Fantasia Beneficiário: MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE

CPF/CNPJ Beneficiário: 024.958.096/0001-63

Razão Social Beneficiário Final: Não Informado

CPF/CNPJ Beneficiário Final: Não Informado

Instituição Recebedora: 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: 10/09/2024

Data de vencimento: 10/09/2024

Valor R\$ 1.228,49

Desconto: R\$ 0,00

Abatimento: R\$ 0,00

Bonificação: R\$ 0,00

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00

Valor total: R\$ 1.228,49

Descrição: MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PAR

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

### Autenticação

YtCme515 YIntjdlM r8N3iPqR H6X39RvE uDx7q28k t4Ee7e0# stpxGVCA MFd@Dn62  
xHwSXC8r UQqND8c4 HE3M@FLe KSJH6CLZ vw#rLJ@o hr881W3p jiTU7jcJ Ov?EEtyY  
@DZTFbn\* xD7jC30m GOGozdM? Bztjn2K8 LmZrYIWE nQkSQgLf 40560221 75068091

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.

RECEBEMOS DO MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 02/09/2024 - VALOR LÍQUIDO: R\$1.228,49 - DESTINATÁRIO: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINÓPOLIS - RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 - CENTRO - 14.350-000 - ALTINÓPOLIS - SP

Nº da Nota  
24091837/2024

Nº Integral: 202400024091837

DATA DE RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

FUTURIZE - Tecnologia em Sistemas de Informação



**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  
24091837/2024

Nº Integral: 202400024091837

Código Verificação  
TJ43ZTEAMN

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Código QR



Município de Prestação: **MATIAS BARBOSA - MG**

Período de Competência: **9/2024**

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação:

Data da Nota Fiscal: **02/09/2024**

Nº da RPS: **24091837**

**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 ALTINÓPOLIS**

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 TERAPÉUTICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIO**

Intermediário: **()**

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

EMISSÃO DE LAUDOS ONLINE. RAI0-X: 171

**VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 1.309,00**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	SEST SENAT (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
8,51	39,27	0,00	19,64	13,09	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	1.309,00	2,00	26,18	0,00	26,18	1.228,49

Verificação de Autenticidade: <http://matiasbarbosamg.nfse-futurize.com.br/consultanfe.php>

Página: 1/1

Acordo em 20/12/2023 para devolução ref glosas  
Convênios 01/2019, 01/2021, 01/2022

Total \$378.753,13 - 60x de \$6.312,55 + INPC

Pgto com laudos exames de imagens ou depósito:

Parcela	Laudos	Depósitos	Total	Data
01/60	0,00	6.312,55	6.312,55	29/02/24
02/60	492,47	6.312,55	6.312,55	27/03/24
03/60	755,95	5.556,60	6.312,55	30/04/24
04/60	1.274,48	5.038,07	6.312,55	29/05/24
05/60	1.228,49	5.084,06	6.312,55	26/06/24
06/60	1.445,29	4.867,26	6.312,55	26/07/24
07/60	1.248,20	5.064,35	6.312,55	26/08/24
08/60	1.228,49	5.084,06	6.312,55	16/09/24



*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 DOCUMENTOS - AGOSTO /2024

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

RECEBI EM 25 / 09 / 2024

Amo Lauro Alves dos Anjos