

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: NOVEMBRO/2024.

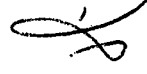
ENTIDADE BENEFICIÁRIA: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINÓPOLIS - FUNDO SAÚDE

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

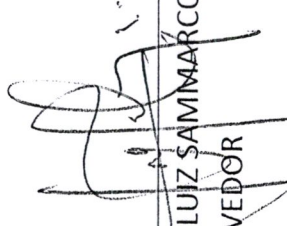
DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
02/12/2024	10/12/2024	24121875	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAÚDE LTDA.	LAUDOS MÉDICOS	1.228,49
				TOTAL	1.228,49

TOTAL GERAL DAS NOTAS


1.228,49

ALTINOPOLIS (SP), 26 DE NOVEMBRO DE 2024.

RESPONSÁVEIS PELA CONVENIADA:


NOME: JOSE 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 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: NOVEMBRO/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\$
10/12/2024	5.084,06	10/12/2024	1.304.166	5.084,06
(A) DÉBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				315.626,63
(B) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERENCIA RECURSO PRÓPRIO				5.084,06
(D) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				310.542,57
(G) TOTAL DEEDOR DO ACORDO (E+F)				310.542,57

(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 NOVEMBRO/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 (*)					
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					
TOTAL	1.228,49	0,00	1.228,49	1.228,49	0,00

(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, 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.

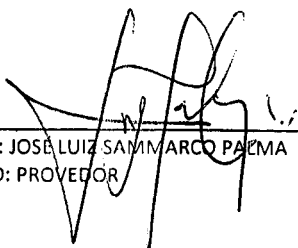
DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO

(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	310.542,57
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	1.228,49
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	309.314,08
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	309.314,08

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.

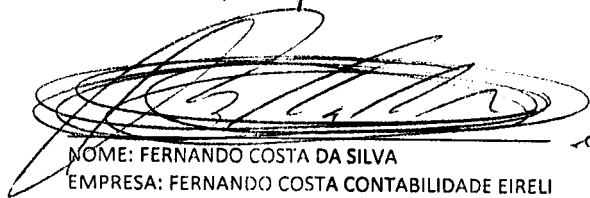
ALTINÓPOLIS (SP), 26 DE NOVEMBRO DE 2024.

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

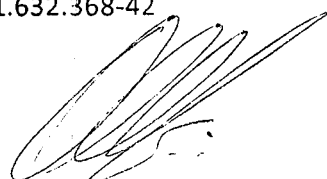
Nós, membros do Conselho Fiscal do Hospital de Misericórdia de Altinópolis, tendo examinado a prestação de contas referente o Termo de Acordo Administrativo autorizado em 20/12/2023 com desembolso do recurso próprio, seja por meio de pagamentos de laudo de exames de imagens, como também pela devolução 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 novembro/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), 26 DE NOVEMBRO 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**

Boleto de Cobrança

Data da operação: 10/12/2024

Nº de controle: 274.388.968.709.663.064 | Documento: 0000586

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 12187 530014 5 99260000122849**
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 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: **10/12/2024**
Data de vencimento: **10/12/2024**
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

yTx@xFvL GBiwuyaQ l@1k2itn o#?NiJ9Z GdDp69gO c6gEc6cy KrXcmkwo ID_iSJSJH
n2riSW#B AFdvpTB2 B#Z9rgh* B2sMeHbl 8qPakX2I 3WypKXZS 2#5AQsUs CGcaxwPo
#1#yB?j# DzQGhDuU ISktBBmR PR#A5wyB B#c6B1G KFQSNQK8 40660224 75088191

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.

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

Demais telefones consulte o site Fale Conosco.

DATA DE RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

FUTURIZE - Tecnologia em Sistemas da 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

24121875/2024

Nº Integral: 20240002412187

Código Verificação

8Z5VSJNU8A

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Código QR



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

Período de Competência: **12/2024**

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação:

Data da Nota Fiscal: **02/12/2024**

Nº da RPS: **24121875**

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:

Simplex 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 TERAPÊUTICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIO

Intermediário: ()

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

EMIÇÃO DE LAUDOS ONLINE. RAO-X: 167

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



Beneficiário MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA BR 040 KM800 SALA 34 RODOVIA BR040 MATIAS BARBOSA - MG	24958096000163 36120000	Vencimento 10/12/2024	Valor do Documento 1.228,49
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)		Data de Emissão 01/12/2024	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário 4149/514128	
		Nosso Número 41218753	



Dados do Pagador

Nome do pagador HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS		Número do Documento 4121875	
Endereço RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 -			
Bairro / Distrito CENTRO			
Município ALTINOPOLIS	UF SP	CEP 01435000	
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou eletrônica. O direito de pagamento emitido pelo Banco Recebimento através do cheque em nome do banco. A quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.41497 01051.412847 12187.530014 5 99260000122849

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 10/12/2024
Beneficiário MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 4149/514128
Data do documento 01/12/2024	N. documento 4121875	Espécie DM	Accite N	Data processamento 03/12/2024	Nosso número 41218753
Carteira 1		Espécie Real	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 1.228,49
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 - CENTRO ALTINOPOLIS - SP					(+) Outros acréscimos
Beneficiário Final MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE					(=) Valor cobrado



EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4149 SICOOB COOPEMATA



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



bradesco

net empresa

Comprovante de Transação Bancária

PIX

Data da operação: 10/12/2024 - 13h15

Nº de controle: 274388968709663064 | Documento: 1304166

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 ALTIN FUNDO MUNICIPAL SAÚDE**CPF/CNPJ: **45.298.569/0001-13**Instituição destino: **BCO DO BRASIL S.A.**

Chave:

Agência: **1422**Conta: **129237**Dados da
Transferência/PagamentoValor: **R\$ 5.084,06**Mídia: **BRADESCO NET EMPRESA**Descrição: **DEVOLUCAO PREFEITURA MAIS LAUD**Identificador: **E6074694820241210134111422hvbjby**

transacao.lb_txid -

Debitado da: **conta-corrente**Instituição origem: **Banco Bradesco S.A.****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.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

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

www.hospitalaltinopolis.com.br

DEVOLUÇÃO PARA PREFEITURA

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 anual

Pgto com laudos exames de imagens ou depósito:

BB

Ag 1422-2

C/c 129237-4

CNPJ 45.298.569/0001-13

COMPETÊNCIA: NOV/2024

R\$ 1.228,49 - Mais Laudos NF 24121875

R\$ 5.084,06 - Depósito p/ Prefeitura 10/12/24



R\$ 6.312,55 - Total



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 - NOVEMBRO/2024

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

RECEBI EM 03 / 01 / 2025

Rita Cassia Abreu