

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: DEZEMBRO/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



EMISSÃO DE LAUDOS

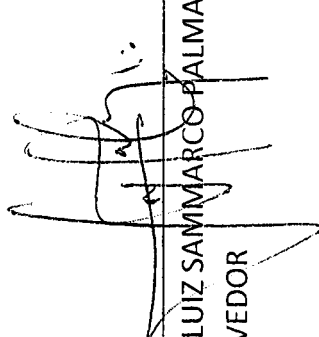
DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
02/01/2025	10/01/2025	1609	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAÚDE LTDA.	LAUDOS MÉDICOS	1.025,78
				TOTAL	1.025,78

TOTAL GERAL DAS NOTAS

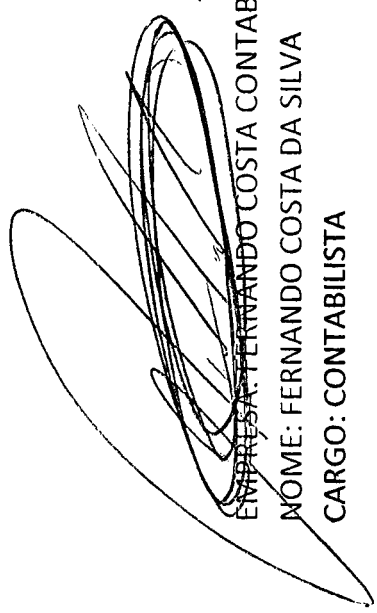
1.025,78

ALTINOPOLIS (SP), 21 DE JANEIRO DE 2025.

RESPONSÁVEIS PELA CONVENIADA:


NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
CARGO: PROVIDOR

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: DEZEMBRO/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\$
10/01/2025	1.025,78	10/01/2025	597	5.286,77
(A) DÉBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				315.626,63
(B) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERENCIA RECURSO PRÓPRIO				5.286,77
(D) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				310.339,86
(G) TOTAL DEEDOR DO ACORDO (E+F)				310.339,86

(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\$) (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	1.025,78	0,00	1.025,78	1.025,78	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	1.025,78	0,00	1.025,78	1.025,78	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 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.

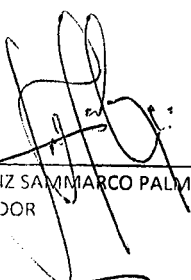
(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCICIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	310.339,86
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	1.025,78
(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-I)	309.314,08

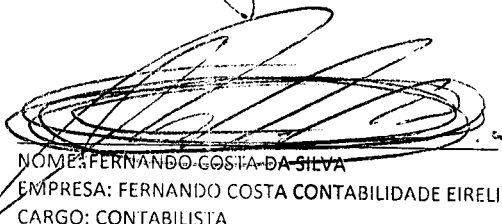
Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Convenente.

ALTINÓPOLIS (SP), 21 DE JANEIRO DE 2025.

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:


 NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
 CARGO: PROVIDOR

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: Col. 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 dezembro/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), 21 DE JANEIRO DE 2025.


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: 10/01/2025 - 17h48

Nº de controle: 189378799872249784 | Documento: 1732499

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/Pagamento

Valor: R\$ 5.286,77

Mídia: BRADESCO NET EMPRESA

Descrição: DEVOLUCAO PREFEITURA MAIS LAUD

Identificador: E60746948202501101649I1422K4WorU

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.



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: DEZ/2024

R\$ 1.025,78 - Mais Laudos NF 1609

R\$ 5.286,77 - Depósito p/ Prefeitura 10/01/25 ←

R\$ 6.312,55 - Total



Comprovante de Transação Bancária

Boleto de Cobrança

Data da operação: 10/01/2025

Nº de controle: 189.378.799.872.249.784 | Documento: 0000597

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 412854 01183 280013 2 99570000102578**

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: **10/01/2025**

Data de vencimento: **10/01/2025**

Valor: **R\$ 1.025,78**

Desconto: **R\$ 0,00**

Abatimento: **R\$ 0,00**

Bonificação: **R\$ 0,00**

Multa: **R\$ 0,00**

Juros: **R\$ 0,00**

Valor total: **R\$ 1.025,78**

Descrição: **MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PAR**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

Autenticação

nntzXZH6 tVKxHh*3 yPS36Mk9 HNq?vq86 cX8w9GPY a589nva? r8iOTrQX l0M006rP
33I9Sz@y r#P*Hg40 ZWLDtmzZ bZzxzW7t Dz4eCOr6 tKrUSQ8L pJcQBBI qeTnB7Lc
#OA6hj2G uazoUvWK 98LzywN2 TBOFb3KF JyePkDf8 aQoSKPto 70760225 75095081

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.

ATA DE RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

Nº da Nota

1609/2025

Nº Integral: 2025000000016

FUTURIZE - Tecnologia em Sistemas da Infor


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

1609/2025

Nº Integral: 2025000000016

Código Verificação

AEKVJGAG3

Código QR


NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
Município de Prestação: **MATIAS BARBOSA - MG**

Período de Competência: 1/2025

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação:

Data da Nota Fiscal: **02/01/2025**

Nº da RPS: 25011832

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: 142

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 1.093,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	SEST SENAT (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
7,10	32,79	0,00	16,40	10,93	0,00	0,00	
Deduções (R\$)	Desc. Incond + Cond(R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	ISS Devido (R\$)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	1.093,00	2,00	21,86	0,00	21,86	1.025,78

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	4498 / 1292 / 000577496467-8
Conta destino:	4498 / 1292 / 000577496473-2
Nome destinatário:	HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 224,51
Data de débito:	17/01/2025
Data/hora da operação:	17/01/2025 14:26:00
	Código da operação: 761724167
	Chave de segurança: 5PNHP5JSZLJTVHHY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
AÍD CAIXA: 0800 104 0104



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

20/08

Débito:

Conta 000.577.496.467-8 - Piso da Enfermagem

Crédito:

Conta 000.577.496.473-2 - Recurso Municipal

Valor R\$ 224,51

Referente:

Reembolso de IRRF pago em guia única com recurso municipal.

Competência: 13/2024

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	4498 / 1292 / 000577496467-8
Conta destino:	4498 / 1292 / 000577496473-2
Nome destinatário:	HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 2.677,67
Data de débito:	17/01/2025
Data/hora da operação:	17/01/2025 14:25:11
Código da operação: 761422371	
Chave de segurança: UEU8NSW5HFMG57G6	

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



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

Débito:

Conta 000.577.496.467-8 - Piso da Enfermagem

Crédito:

Conta 000.577.496.473-2 - Recurso Municipal

Valor R\$ 2.677,67

Referente:

Reembolso de INSS pago em guia única com recurso municipal.

Competência: 12/2024



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

Débito:

Conta 000.577.496.467-8 - Piso da Enfermagem

Crédito:

Conta 000.577.496.473-2 - Recurso Municipal

Valor R\$ 0,00 (não houve retenção)

Referente:

Reembolso de IRRF pago em guia única com recurso municipal.

Competência: 12/2024

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	4498 / 1292 / 000577496467-8
Conta destino:	4498 / 1292 / 000577496473-2

Nome destinatário:	HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 2.082,77

Data de débito:	17/01/2025
Data/hora da operação:	17/01/2025 14:25:41

Código da operação:	761595277
Chave de segurança:	5YFUES6872SK88XP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
AÍD CAIXA: 0800 104 0104



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

20/01

DEVOLUÇÃO

Débito:

Conta 000.577.496.467-8 - Piso da Enfermagem

Crédito:

Conta 000.577.496.473-2 - Recurso Municipal

Valor R\$ 2.082,77

Referente:

Reembolso de INSS pago em guia única com recurso municipal.

Competência: 13/2024

2ª Via - Comprovante de pagamento de DARF NUMERADO

Agente arrecadador:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Código de barras:	858400005550 707503852505 200716250155 203964148975
Data do pagamento:	17/01/2025
Número do documento:	07162501520396414
Valor total:	55.570,75

Nome:	HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS
Conta de débito:	4498 / 1292 / 000577496473-2

Convênio:	Recelta Federal do Brasil
Identificação da operação:	DARF INSS

Data de débito:	17/01/2025
Data/hora da operação:	17/01/2025

Código da operação:	116961290
Chave de segurança:	NW44FMXPRP8JFRE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
AÍD CAIXA: 0800 104 0104

CNPJ 56.889.595/0001-32	Razão Social HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS	
Período de Apuração Dezembro/2024	Data de Vencimento 20/01/2025	Número do Documento 07.16.25015.2039641-4
Observações Nº Recibo Declaração: 50000303021125		Pagar este documento até 20/01/2025
		Valor Total do Documento 55.570,75

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	30.764,85			30.764,85
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	3.893,32			3.893,32
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	15.173,77			15.173,77
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
0588	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	674,80			674,80
	06 IRRF - REND DO TABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	1.186,33			1.186,33
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	3.784,73			3.784,73
	07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	92,95			92,95
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:12/2024 Vencimento:20/01/2025				
	CNPJ Prestador:06.131.441/0001-09				
Totais		55.570,75			55.570,75

SENDER (Versão:5.2.0) Página: 1/1 15/01/2025 09:16:38

85840000555 0 70750385250 5 20071625015 5 20396414897 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840000555 0 70750385250 5 20071625015 5 20396414897 5

CNPJ: 56.889.595/0001-32
Número: 07.16.25015.2039641-4
Pagar até: 20/01/2025
Valor: 55.570,75

Paque com o PIX





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

RECEBI EM 05 / 02 / 25

Milla F. S. Lima