
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 EXECUSÃO : INÍCIO: JANEIRO DE 2024, TÉRMINO: DEZEMBRO DE 2028.

OBJETO: ESTES SERVIÇOS SERÃO CUSTEADOS COM RECURSOS PRÓPRIOS, PARA PAGAMENTO DELAUDOS 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/2025.

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
01/09/2025	10/09/2025	19961	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAÚDE LTDA.	LAUDOS MÉDICOS	1.051,12
				TOTAL	1.051,12

TOTAL GERAL DAS NOTAS

1.051,12


ALTINOPOLIS (SP), 23 DE SETEMBRO DE 2025.

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 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/2025

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

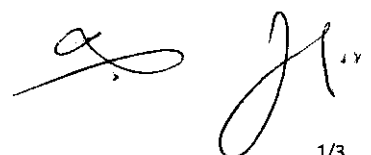
DATA PREVISTA PARA O PAGAMENTO	VALOR PREVISTOS R\$	DATA DO PAGAMENTO	NUMERO DO DOCTO.	VALORES PAGOS R\$
10/09/2025	5.562,54	10/09/2025	1.216.013	5.562,54
(A) DÉBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				275.944,67
(B) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERENCIA RECURSO PRÓPRIO				5.562,54
(D) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				270.382,13
(G) TOTAL DEEDOR DO ACORDO (E+F)				270.382,13

(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/2025, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.


1/3

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	1.051,12	0,00	1.051,12	1.051,12	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	1.051,12	0,00	1.051,12	1.051,12	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, 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.

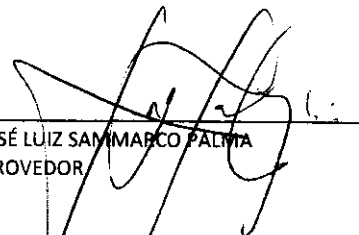


DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCICIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	270.382,13
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	1.051,12
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	269.331,01
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	269.331,01

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.

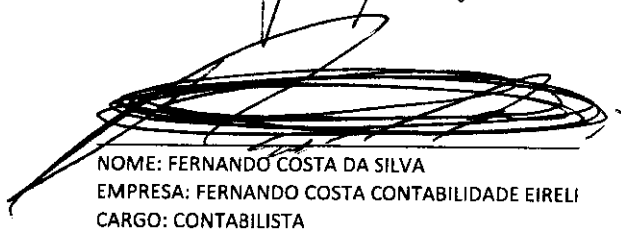
ALTINÓPOLIS (SP), 23 DE SETEMBRO DE 2025.

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/2025, 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 SETEMBRO 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: 10/09/2025 - 12h21

Nº de controle: 250858760330756050 | Documento: 1216013

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 MUN. SAUDE**CPF/CNPJ: **45.298.569/0001-13**Instituição destino: **BCO DO BRASIL S.A.**

Chave:

Agência: **1422**Conta: **129237**Dados da
Transferência/PagamentoValor: **R\$ 5.562,54**Mídia: **BRADESCO NET EMPRESA**Descrição: **DEVOLUCAO PREFEITURA MAIS LAUD**Identificador: **E60746948202509101307I1422EEHTAI**

transacao.lbl_bxid -

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 MISERICORDIA 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

Jan/2025 + 4,77% \$6.613,66

Pgto com laudos exames de imagens ou depósito:

BB

Ag 1422-2

C/c 129237-4

CNPJ 45.298.569/0001-13

COMPETÊNCIA: AGO/2025

PARCELA: 20/60

R\$ 1.051,12 - Mais Laudos NF 19961

R\$ 5.562,54 - Depósito p/ Prefeitura 10/09/25 ←

R\$ 6.613,66 - Total

**Comprovante de Transação Bancária**

Boleto de Cobrança

Data da operação: 10/09/2025

Nº de controle: 250.858.760.330.756.050 | Documento: 0000669

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 09203 770012 7 12000000105112**
 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: **10/09/2025**
 Data de vencimento: **10/09/2025**
 Valor: **R\$ 1.051,12**
 Desconto: **R\$ 0,00**
 Abatimento: **R\$ 0,00**
 Bonificação: **R\$ 0,00**
 Multa: **R\$ 0,00**
 Juros: **R\$ 0,00**
 Valor total: **R\$ 1.051,12**
 Descrição: **MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PAR**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

Autenticação

Ifmwd6Dp *SXyOAG qYVwg7MT oXBnc9j7 X5UFI?XC oWnsc5K6 XDn2*EqH tgMGtURN
 PmD2#gw9 nNunGEZY fhIa55mS casrKD9# tMyjpvzF mrGVamd8 *vwsM5aK 8SMdYC@b
 Zvv3PaRM nbXEpCt# zUG7hPtR UwI3aamp Umzu8WL? egMSNANH 10960255 76061021

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.

DATA DE RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

FUTURIZE - Tecnologia em Sistemas da Informa



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

19961/2025

Nº Integral: 202500000019961

Código Verificação

PS69755PA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Código QR



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

Período de Competência: **9/2025**

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação:

Data da Nota Fiscal: **01/09/2025**

Nº da RPS: **25092037**

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 TERAPÉUTICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE**

Intermediário: **()**

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:


DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

EMISSÃO DE LAUDOS ONLINE. RAI0-X: 144

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 1.120,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	SEST SENAT (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
7,28	33,60	0,00	16,80	11,20	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	1.120,00	2,00	22,40	0,00	22,40	1.051,12



Beneficiário MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA BR 040 KM800 SALA 34 RODOVIA BR040 MATIAS BARBOSA - MG	24958096000163 36120000	Vencimento 10/09/2025	Valor do Documento 1.051,12
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Após vencimento cobrar multa de R\$21,02 Após vencimento, juros de 1% ao mês Vencimento original: 10-09-2025		Data de Emissão 01/09/2025	(=) Valor cobrado
		Agência/Cód. Beneficiário/Cód. Contrato 4149/514128/743603	
		Nosso Número 5092037-7	

Dados do Pagador

Nome do pagador HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS		Número do Documento 25092037	
Endereço RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421			
Bairro / Distrito CENTRO			
Município ALTINÓPOLIS	UF SP	CEP 14350000	
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou eletrônica, mediante o pagamento emitido pelo Banco. Recebimento apenas em cheques do Banco. Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo Banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.41497 01051.412854 09203.770012 7 12000000105112

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 10/09/2025
Beneficiário MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA 24958096000163					Agência/Cód. Beneficiário/Cód. Contrato 4149/514128/743603
Data do documento 01/09/2025	N. documento 25092037	Espécie DM	Accite S	Data processamento 01/09/2025	Nosso número 5092037-7
Use do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 1.051,12
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Após vencimento cobrar multa de R\$21,02 Após vencimento, juros de 1% ao mês Vencimento original: 10-09-2025					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4149 SICOOB COOPEMATA					(+) Outros acréscimos
Pagador HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421 CENTRO ALTINÓPOLIS - SP					(=) Valor cobrado
Beneficiário Final MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE 24958096000163					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



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/2025.

CÓPIA DOS DOCUMENTOS E COMPROVANTES DE PAGAMENTOS - AGOSTO/2025.

RECEBI EM 30 / 09 / 2025

maria F. S. Lima