

## REPASSES AO TERCEIRO SETOR - RELAÇÃO DE GASTOS

**ORGÃO CONCESSOR:** HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS  
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/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:** 382.366,45 (TREZENTOS E OITENTA E DOIS MIL, TREZENTOS E SESENTA E SEIS REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS)

**ORIGEM DO RECURSO:** PRÓPRIO



## EMISSÃO DE LAUDOS

DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREADOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
02/01/2026	09/01/2026	NFS-e 1772/2026	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA.	LAUDOS MÉDICOS	926,76
<b>TOTAL</b>					<b>926,76</b>

TOTAL GERAL DAS NOTAS

926,76


ALTINÓPOLIS (SP), 25 DE FEVEREIRO DE 2026.

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 ALTINÓPOLIS  
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/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 EÁRIO MUNICIPAL DOS RECURSOS PÚBLICOS NÃO APLICADOS	01/01/2024	31/12/2028	<b>378.753,13</b>
AJUSTE INPC ANUAL 2025	01/01/205	31/12/2028	<b>3.613,32</b>

**DEMONSTRATIVO DOS ABATIMENTOS DÉBITOS**

DATA PREVISTA PARA O PAGAMENTO	VALOR PREVISTOS R\$	DATA DO PAGAMENTO	NUMERO DO DOCTO.	VALORES PAGOS R\$
09/01/2026	5.686,90	09/01/2026		5.686,90
( A ) DEBITO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				249.436,65
( B ) PAGAMENTOS NO EXERCÍCIO TRANSFERENCIA RECURSO PRÓPRIO				5.686,90
( C ) AJUSTE INPC ANUAL 2025 - R\$ 3.613,32				3.613,32
( D ) TOTAL DE DÉBITO (A+B+C+D)				247.363,07
( G ) TOTAL DEVEDOR DO ACORDO (E+F)				247.363,07

(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/2025, 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	926,76	0,00	926,76	926,76	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>926,76</b>	<b>0,00</b>	<b>926,76</b>	<b>926,76</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, 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	247.363,07
( J ) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	926,76
( K ) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	246.436,31
( L ) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
( M ) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	246.436,31

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), 25 DE FEVEREIRO DE 2026.

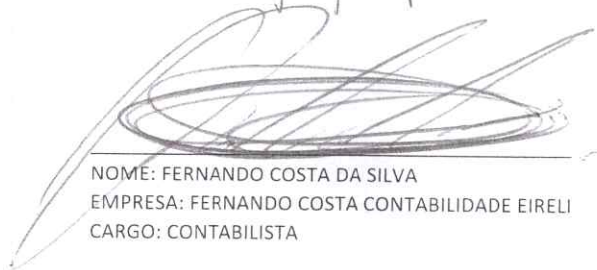
RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:




---

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: 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 dezembro/2025, no montante de R\$ 6.613,66 (Seis mil, seiscentos e treze reais e sessenta e seis 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), 25 DE FEVEREIRO DE 2026.

  
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 pagamento



Valor enviado

**R\$ 5.686,90**

Pagamento Pix

### Dados do recebedor

Nome

**Prefeitura Municipal Pm Fundo Mun Saude**

CPF/CNPJ

**\*\*298.569/0001-\*\***

Instituição

**BANCO DO BRASIL S.A.**

Agência

**1422**

Conta

**129237-4**

### Dados da transação

Descrição

**Parc 24/60 Acordo**

Data e hora

**09/01/2026 16:35:32**

ID da transação

**E0097130020260109193536185359176**

### Dados do pagador

Nome

**Hospital De Misericórdia De Altinópolis**

CPF/CNPJ

**\*\*889.595/0001-\*\***

Instituição

**COOP CRESOL PIONEIRA**

### Precisa de ajuda?

SAC/Ouvidoria: 0800-643-1981

Atendimento em dias úteis das 08h00 às 17h00 (horário de Brasília).



# 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

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: DEZ/2025**

**PARCELA: 24/60**

R\$ 926,76 - Mais Laudos NF 1772

R\$ 5.686,90 - Depósito p/ Prefeitura 09/01/26 ←

**R\$ 6.613,66 - Total**

# Comprovantes

## Comprovante de Transação

### Pagamento de boleto

<b>Emissão</b>	09/01/2026 10:30:27	<b>NSU</b>	10033609012632073
<b>Instituição Financeira</b>	133	<b>Agência</b>	1853-8
		<b>Conta</b>	69888-1
<b>Pagador</b>	HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS		
<b>Banco destinatário</b>	756-Banco Cooperativo do Brasil S/A - Bancoob		
<b>Beneficiário</b>	MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA		
<b>Linha digitável</b>	75691414970105141286201205600016713220000092676		
<b>Valor Total</b>	R\$ 926,76		
<b>Data/Hora</b>	09/01/2026 10:30:27		
<b>Código de autenticação</b>	10033609012632073		
<b>Protocolo</b>	348537515		

\*\* CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO EM PROCESSAMENTO \*\* A transação acima foi realizada mediante a senha via Internet Banking.

#### Precisa de ajuda?

SAC/Ouvidoria: 0800-643-1981

Atendimento em dias úteis das 08h00 às 17h00 (horário de Brasília).

hash: 10033609012632073

**ESTA COPIA CONFERE  
COM O ORIGINAL**

DATA DE RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

Nº Integral: 202600000001772

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

1772/2026

Nº Integral: 202600000001772

Código Verificaçã

NFYTKQ84P

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

Código QR

Município de Prestação: **MATIAS BARBOSA - MG**Período de Competência: **1/2026**Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação:

Data da Nota Fiscal: **02/01/2026**Nº da RPS: **26012056****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**

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

Código de Trib. Nacional: 04.02.05 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RE...

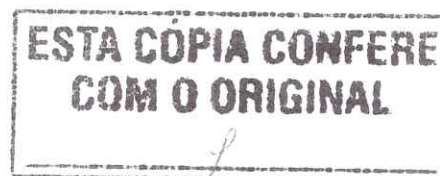
NBS: 123019400 - SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Código da Obra:

ART:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

EMIÇÃO DE LAUDOS ONLINE. RAI0-X: 119

**VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 987,50**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	SEST SENAT (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
6,42	29,63	0,00	14,81	9,88	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	987,50	2,00	19,75	0,00	19,75	926,76



Beneficiário <b>MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA</b> BR 040 KM800 SALA 34 RODOVIA BR040 MATIAS BARBOSA - MG	24958096000163	Vencimento <b>10/01/2026</b>	Valor do Documento <b>926,76</b>
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Após vencimento cobrar multa de R\$18,54 Após vencimento, juros de 1% ao mês Vencimento original: 10-01-2026	36120000	(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
		Data de Emissão <b>01/01/2026</b>	(=) Valor cobrado
		Agência/Cód. Beneficiário/Cód. Contrato <b>4149/514128/743603</b>	
		Nosso Número <b>6012056-0</b>	



## Dados do Pagador

Nome do pagador <b>HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS</b>		Número do Documento <b>26012056</b>	
Endereço <b>RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421</b>			
Bairro / Distrito <b>CENTRO</b>			
Município <b>ALTINÓPOLIS</b>		UF <b>SP</b>	CEP <b>14350000</b>
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento 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 01051.412862 01205.600016 7 13220000092676

Local de pagamento <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>					Vencimento <b>10/01/2026</b>
Beneficiário <b>MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE LTDA</b>					Agência/Cód. Beneficiário/Cód. Contrato <b>4149/514128/743603</b>
Data do documento <b>01/01/2026</b>	N. documento <b>26012056</b>	Espécie <b>DM</b>	Acceite <b>S</b>	Data processamento <b>01/01/2026</b>	Nosso número <b>6012056-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>1</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade <b>0,00</b>	Valor	Valor documento <b>926,76</b>
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Após vencimento cobrar multa de R\$18,54 Após vencimento, juros de 1% ao mês Vencimento original: 10-01-2026					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
Pagador <b>HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS</b>					(=) Valor cobrado
<b>RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO, 421</b>					
<b>CENTRO</b>					
<b>ALTINÓPOLIS - SP</b>					
Beneficiário Final <b>MAIS TELEMEDICINA E SISTEMAS PARA SAUDE</b>					

**ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL**



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



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 - DEZEMBRO/2025.

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

RECEBI EM 02 / 03 / 26