

---

## REPASSES AO TERCEIRO SETOR - RELAÇÃO DE GASTOS

**ORGÃO CONCESSOR:** PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINOPOLIS

**TIPO DE CONCESSÃO:** CONVÊNIO 2026

**DECRETO Nº 01 de 02/01/2026**

**OBJETO:** INTEGRAR O CONVENIADO AO SUS E DEFINIR A SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONSISTENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS, VISANDO À GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REGIÃO DA SAÚDE NA QUAL O CONVENIADO ESTÁ INSERIDO.

**EXERCÍCIO/MÊS:** FEVEREIRO/2026.

**ENTIDADE CONVENIADA:** HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS

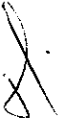
**CNPJ:** 56.889.595/0001-32

**ENDEREÇO E CEP:** RUA CEL. JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO - CEP: 14350-000 ALTINOPOLIS/SP.

**RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:** JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

**VALOR TOTAL RECEBIDO:** R\$ 80.000,00(OITENTA MIL REAIS)

**ORIGEM DOS RECURSOS:** ESTADUAL





HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS  
RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO  
ALTINOPOLIS - ESTADO DE SÃO PAULO  
C.N.P.J. 56.889.595/0001-32

ITEM B

COMPOSIÇÃO SALDO BANCÁRIO  
PRESTAÇÃO DE CONTAS FEVEREIRO/2026  
RECURSO ESTADUAL

DATA PAGAMENTO	NOME	VALOR PAGO
05/03/2026	ACTYMED INSTITUTO - NFS-e 103	80.000,00
	TOTAL	80.000,00

**ANEXO RP 12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR DEMONSTRATIVO  
INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO**

**ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:** PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINÓPOLIS

**CONVENIADA:** HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS.

**CNPJ:** 56.889.595/0001-32

**ENDEREÇO E CEP:** RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO N.º 421 – CENTRO

**CEP:** 14350-000 - ALTINÓPOLIS/SP

**RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:** JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

**CPF:** 743.321.638-34

**OBJETO:** INTEGRAR O CONVENIADO AO SUS E DEFINIR A SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONSISTENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES, AMBULATORIAIS, VISANDO À GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REGIÃO DA SAÚDE NA QUAL O CONVENIADO ESTÁ INSERIDO.

**EXERCÍCIO/MÊS:** FEVEREIRO/2026.

**ORIGEM DOS RECURSOS (1):** ESTADUAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
DECRETO Nº 01 de 02/01/2026	02/01/2026	31/12/2026	10.788.000,00

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE(2)	VALORES PREVISTOS R\$	DATA DO REPASSE	NUMERO DO DOCTO. DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS R\$
05/02/2026	80.000,00	05/02/2026	1	80.000,00

(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR	1.305,97
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO	80.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	404,81
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)	0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)	81.710,78
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)	81.710,78

(1) Verba: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(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 MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no mês/exercício de FEVEREIRO/2026 bem como as despesas no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4): ESTADUAL					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E	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
Recursos Humanos(5)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Humanos (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medicamentos (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Material médico e hospitalar (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gêneros alimentícios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros materiais de consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Serviços médicos (*)	80.000,00	0,00	80.000,00	80.000,00	0,00
Outros serviços de terceiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Locação de imóveis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Locações diversas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Utilidades públicas(7)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Combustível	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bens e materiais permanentes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Obras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas financeiras e bancárias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras despesas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>80.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>80.000,00</b>	<b>80.000,00</b>	<b>0,00</b>

(4) Verba: Federal, Estadual, Municipal e Recursos Próprios, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso

(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

(9) Quando a diferença da Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E

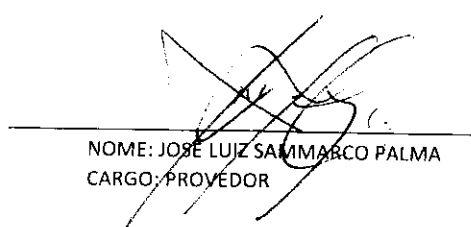
(\*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
{ G } TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	81.710,78
{ J } DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	80.000,00
{ K } RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	1.710,78
{ L } VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
{ M } VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-I)	1.710,78

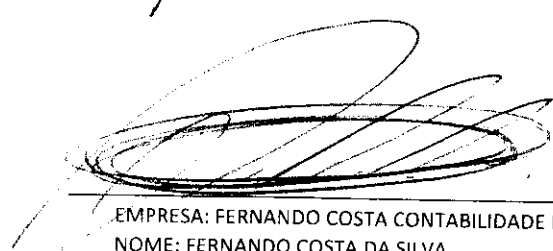
Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

Altinópolis (SP), 20 DE MARÇO 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





*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 DE RECURSO ESTADUAL REFERENTE AO MÊS DE FEVEREIRO/2026 NO VALOR DE R\$ 80.000,00 (OITENTA MIL REAIS). ATESTAMOS QUE OS RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS PELA PREFEITURA DE ALTINOPOLIS FORAM MOVIMENTADOS EM CONTA CORRENTE ESPECIFICA ABERTA JUNTO A CAIXA ECONOMICA FEDERAL (INSTITUIÇÃO FINANCEIRA OFICIAL), DE ACORDO COM A DECRETO Nº 01 de 02/01/2026 CONCLUÍMOS QUE ESTÃO EM ORDEM OS DOCUMENTOS APRESENTADOS E SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL PELA SUA APROVAÇÃO.

ALTINÓPOLIS (SP), 20 DE MARÇO DE 2026.

  
GUSTAVO HENRIQUE MELLIS ASSE

CPF: 091.632.368-42

  
RICARDO GOMES

CPF: 132.254.978-86

  
ALEX DONIZETI RIBEIRO

CPF: 332.239.258-99

**Extrato por período**

Cliente: HOSPITAL DE MISE DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9

Mês: Fevereiro/2026

Período: 1 - 28

**Extrato**

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
05/02/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	80.000,00 C
06/02/2026	000000	APLIC FUND	80.000,00 D	0,00 C
06/02/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
09/02/2026	091237	DEB PIX CH	16.236,03 D	16.236,03 D
09/02/2026	091238	DEB PIX IM	26.033,99 D	42.270,02 D
09/02/2026	091238	DEB PIX CH	19.133,34 D	61.403,36 D
09/02/2026	091238	DEB PIX CH	17.800,00 D	79.203,36 D
09/02/2026	000000	RESG AUT	79.203,36 C	0,00 C
09/02/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
26/02/2026	261348	CRED PIX	59,50 C	59,50 C
26/02/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	59,50 C

\* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Aiô CAIXA: 0800 104 0104



**Extrato Fundo de Investimento  
Para simples verificação**

Nome da Agência  
ALTINOPOLIS, SP

Código Operação Emissão  
4498 5948 03/03/2026

Fundo  
CAIXA FIC GIRO MPE RF REF DI LP

CNPJ do Fundo  
10.551.370/0001-70

Início das Atividades do Fundo  
09/09/2013

**Rentabilidade do Fundo**

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 30/01/2026	Cota em: 27/02/2026
0,8965	1,9588	12,9403	2,71229000	2,73660600

**Administradora**

Nome  
Caixa Econômica Federal

Endereço  
Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista,  
São Paulo/SP - CEP 01310-300

CNPJ da Administradora  
00.360.305/0001-04

**Cliente**

Nome  
HOSPITAL DE MISE DE  
ALTINOPOLIS  
Análise do Perfil do Investidor

CPF/CNPJ  
56.889.595/0001-32

Conta Corrente  
1292.000575949232-9

Mês/Ano Folha  
02/2026 01/01

Data da Avaliação

**Resumo da Movimentação**

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	80.449,83C	29.661,219232
Aplicações	80.000,00C	29.422,527726
Resgates	79.203,36D	29.247,052902
Rendimento Bruto no Mês	763,84C	
IRRF	350,40D	
IOF	8,63D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	81.651,28C	29.836,694055
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(\*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

**Movimentação Detalhada**

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
06 / 02	APLICACAO	80.000,00C	29.422,527726
09 / 02	RESGATE	79.203,36D	29.247,052902
	IRRF	350,40D	
	IOF	8,63D	

**Dados de Tributação**

Rendimento Base  
1.557,40

IRRF  
350,40

**Informações ao Cotista**

Prestadores de serviços essenciais do Fundo, nos termos da RESOLUÇÃO CVM Nº 175  
Administrador: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - 00.360.305/0001-04

Gestor: CAIXA DISTRIBUIDORA DE TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS S/A -  
42.040.639/0001-40

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

**Serviço de Atendimento ao Cotista**

SAC: **Endereço para Correspondência:**

**0800 - 726 0101** Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300

Ouvidoria: **Endereço Eletrônico:**

**0800 725 7474** [https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones\\_da\\_caixa.asp](https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp)

**Acesse o site da CAIXA: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

IMPRIMIR

REIMPRIMIR

FECHAR

**Extrato por período**

Cliente: HOSPITAL DE MISE DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9

Mês: Março/2026

Período: 1 - 19

**Extrato**

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	59,50 C
05/03/2026	051217	DEB PIX CH	80.000,00 D	79.940,50 D
05/03/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	59,50 C
05/03/2026	000000	APLIC FUND	81.500,00 D	81.440,50 D
05/03/2026	000000	RESG AUT	81.440,50 C	0,00 C
05/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C

\* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

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: 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 ESTADUAL: DECRETO Nº 01 de 02/01/2026**

ANEXO 24 - RELAÇÃO DE GASTOS - FEVEREIRO/2026 - R\$ 080.000,00 .

CÓPIA DOS DOCUMENTOS DE DESPESAS - FEVEREIRO/2026 .

ANEXO 27 - RECEITAS E DESPESAS - FEVEREIRO/2026 - R\$ 080.000,00 .

**EXTRATOS: C/C CEF FEVEREIRO/2026 E APLICAÇÃO FINANCEIRA: 575949232-9**

**CONCILIAÇÃO BANCÁRIA FEVEREIRO/2026**

RECEBI EM 23 / 03 / 2026

Rita Azevedo