

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, AMBULATORIAIS, VISANDO À GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS MUNICÍPIES QUE INTEGRAM A REGIÃO NA QUAL O CONVENIADO ESTÁ INSERIDO.

EXERCÍCIO/MÊS: MARÇO/2026.

ENTIDADE BENEFICIÁRIA: 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: 134.379,47 (CENTO E TRINTA E QUATRO MIL, TREZENTOS E SETENTA E NOVE REAIS E QUARENTA E SETE CENTAVOS)

ORIGEM DOS RECURSOS: FEDERAL

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, appearing to be initials or names.

SERVIÇOS MEDICOS

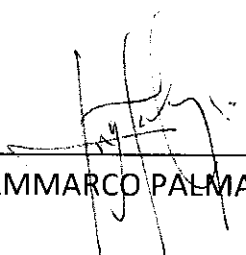
DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
02/04/2026	06/04/2026	NFS-e 118	ACTYMED INSTITUTO	Procedimentos médicos	134.000,00
TOTAL					134.000,00

TOTAL GERAL DAS DESPESAS

134.000,00

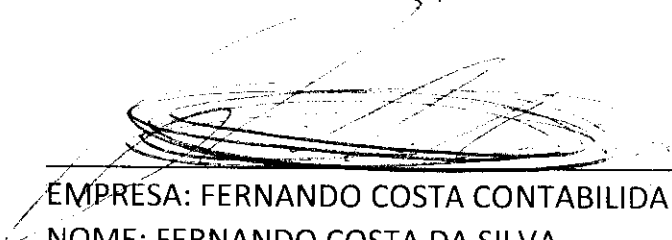
ALTINOPOLIS (SP), 25 DE ABRIL DE 2026.

RESPONSÁVEIS PELA CONVENIADA:



NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
CARGO: PROVEDOR

RESPONSÁVEL CONTÁBIL:



EMPRESA: FERNANDO COSTA CONTABILIDADE EIRELI
NOME: FERNANDO COSTA DA SILVA
CARGO: CONTABILISTA

TOTAL DE PAGTOS COMPENSADOS EM 04/2026 - ITEM (B)

134.000,00

DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPEC. DOCTO FISCAL	CREDOR	VALOR
02/04/2026	06/04/2026	NFS-e 118	ACTYMED INSTITUTO	134.000,00

Handwritten signatures in the bottom right corner of the page.

**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 E AMBULATORIAIS, VISANDO À GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS MUNICÍPIES QUE INTEGRAM A REGIÃO DA SAÚDE NA QUAL O CONVENIADO ESTÁ INSERIDO.

EXERCÍCIO/MÊS: MARÇO/2026.

ORIGEM DOS RECURSOS (1): FEDERAL

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\$
20/03/2026	134.379,47	20/03/2026	1	134.379,47
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				338,07
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				134.379,47
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				398,36
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				135.115,90
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIARIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)				135.115,90

(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 MARÇO/2026 , 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					
Serviços médicos (*)	134.000,00	0,00	134.000,00	134.000,00	0,00
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas(7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	134.000,00	0,00	134.000,00	134.000,00	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 DEPENDAS 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	135.115,90
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	134.000,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	1.115,90
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	1.115,90


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 ABRIL 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 DE RECURSO FEDERAL REFERENTE AO MÊS DE MARÇO/2026 NO VALOR DE R\$ 134.000,00 (CENTO E TRINTA E QUATRO MIL REAIS). ATESTAMOS QUE OS RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS PELA PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS FORAM MOVIMENTADOS EM CONTA CORRENTE ESPECÍFICA 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), 25 DE ABRIL 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



Comprovante de Transação Bancária

PIX

Data da operação: 24/04/2026 - 15h19

Nº de controle: 971778678274597864 | Documento: 1519287

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: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS

CPF/CNPJ: 56.889.595/0001-32

Instituição destino: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Chave:

Agência: 4498

Conta: 577496463

Dados da
Transferência/Pagamento

Valor: R\$ 189,00

Mídia: BRADESCO NET EMPRESA

Descrição: TARIFAS FEDERAL

Identificador: E6074694820260424150714498jB48qM

transacao.lbl_txid -

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.

Extrato por período

Cliente: HOSPITAL DE M DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000577496463-5

Mês: Março/2026

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	198,41 C
05/03/2026	051219	DEB PIX CH	123.766,00 D	123.567,59 D
05/03/2026	000000	RESG AUT	123.567,59 C	0,00 C
05/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
06/03/2026	061421	DEB PIX CH	2.815,50 D	2.815,50 D
06/03/2026	061422	DEB PIX CH	8.235,33 D	11.050,83 D
06/03/2026	000000	RESG AUT	11.050,83 C	0,00 C
06/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
10/03/2026	202602	DB T CESTA	186,91 D	186,91 D
10/03/2026	000000	RESG AUT	186,91 C	0,00 C
10/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
11/03/2026	202602	DB T CESTA	0,10 D	0,10 D
11/03/2026	000000	RESG AUT	0,10 C	0,00 C
11/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
19/03/2026	191418	CRED PIX	85,38 C	85,38 C
19/03/2026	202602	DB T CESTA	1,99 D	83,39 C
19/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	83,39 C
20/03/2026	000001	CRED TED	134.379,47 C	134.462,86 C
20/03/2026	000000	APLIC FUND	134.462,85 D	0,01 C
20/03/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,01 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


**Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação**

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
ALTINOPOLIS, SP	4498	5948	06/04/2026
Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo	
CAIXA FIC GIRO MPE RF REF DI LP	10.551.370/0001-70	09/09/2013	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em:	Cota em:
1,1074	3,0879	13,2276	27/02/2026	31/03/2026
			2,73660600	2,76691100

Administradora

Nome	Endereço	CNPJ da
Caixa Econômica Federal	Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300	Administradora 00.360.305/0001-04

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
HOSPITAL DE M DE ALTINOPOLIS	56.889.595/0001-32	1292.000577496463-5	03/2026	01/01
Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação			

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	134.871,11C	49.284,080236
Aplicações	134.462,85C	48.764,449779
Resgates	134.805,43D	49.284,080236
Rendimento Bruto no Mês	739,65C	
IRRF	0,00	
IOF	341,29D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	134.926,89C	48.764,449779
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

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

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
05 / 03	RESGATE	123.567,59D	45.177,073932
	IRRF	0,00	
	IOF	311,51D	
06 / 03	RESGATE	11.050,83D	4.038,751021
	IRRF	0,00	
	IOF	29,35D	
10 / 03	RESGATE	186,91D	68,218783
	IRRF	0,00	
	IOF	0,43D	
11 / 03	RESGATE	0,10D	0,036498
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
20 / 03	APLICACAO	134.462,85C	48.764,449779

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
0,00	0,00

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

Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br

IMPRIMIR

RETORNAR

FECHAR

Extrato por período

Cliente: HOSPITAL DE M DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000577496463-5

Mês: Abril/2026

Período: 1 - 24

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,01 C
06/04/2026	061422	DEB PIX CH	134.000,00 D	133.999,99 D
06/04/2026	000000	RESG AUT	133.999,99 C	0,00 C
06/04/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
10/04/2026	202603	DB T CESTA	189,00 D	189,00 D
10/04/2026	000000	RESG AUT	189,00 C	0,00 C
10/04/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
17/04/2026	000001	CRED TED	134.379,53 C	134.379,53 C
17/04/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	134.379,53 C
22/04/2026	000000	APLIC FUND	134.379,53 D	0,00 C
22/04/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C

Lançamentos do Dia

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
24/04/2026	241519	CRED PIX	189,00 C	189,00 C
24/04/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	189,00 C

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 FEDERAL: DECRETO Nº 01 de 02/01/2026

ANEXO 24 - RELAÇÃO DE GASTOS - MARÇO/2026 - R\$ 134.000,00 .

CÓPIA DOS DOCUMENTOS DE DESPESAS - MARÇO/2026 .

ANEXO 27 - RECEITAS E DESPESAS - MARÇO/2026 - R\$ 134.379,47 .

EXTRATOS: C/C CEF MARÇO/2026 E APLICAÇÃO FINANCEIRA: 577496463-5

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA MARÇO/2026

RECEBI EM 28 / 04 / 26

Ana Julia Souza Lima
