
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: ABRIL/2026.

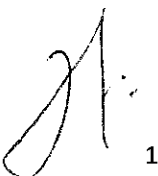
ENTIDADE CONVENIADA: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS
CNPJ: 56.889.595/0001-32

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



SERVIÇOS MÉDICOS E ENCARGOS

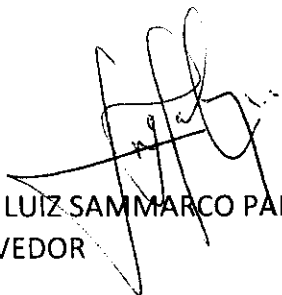
DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
05/05/2026	05/05/2026	NFS-e 138	ACTYMED INSTITUTO	Procedimentos médicos	82.560,84
TOTAL					82.560,84

				TOTAL DESPESAS	82.560,84
--	--	--	--	----------------	-----------

TOTAL GERAL DAS DESPESAS 82.560,84

ALTINÓPOLIS (SP), 25 DE MAIO DE 2026.

RESPONSÁVEL 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 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 ABRIL/2026
RECURSO ESTADUAL

DATA PAGAMENTO	NOME	VALOR PAGO
05/05/2026	ACTYMED INSTITUTO - NFS-e 138	82.560,84
	TOTAL	82.560,84



**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: ABRIL/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\$
05/04/2026		80.000,00	06/04/2026	1	80.000,00

(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR	2.404,54
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO	80.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	802,31
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)	0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)	83.206,85
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)	83.206,85

(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 ABRIL/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\$) (II)	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 (*)	82.560,84	0,00	82.560,84	82.560,84	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
TOTAL	82.560,84	0,00	82.560,84	82.560,84	0,00

(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, gas, 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	83.206,85
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	82.560,84
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	646,01
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (k-l)	646,01

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), 25 DE MAIO 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

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA: ABRIL/2026

SALDO DO EXTRATO BANCARIO CONTA CORRENTE	EM	30/04/2026	0,00	(+)
SALDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	EM	30/04/2026	83.206,85	(+)
TOTAL DE PAGTOS COMPENSADOS 05/2026 - ITEM (B)	EM	20/05/2026	82.560,84	(-)
SALDO CONCILIADO	EM	20/05/2026	646,01	

[illegible]

ASSINATURA: 

JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
PROVEDOR



Hospital de Misericórdia de Altinópolis

CNPJ: 56.889.595/0001-32

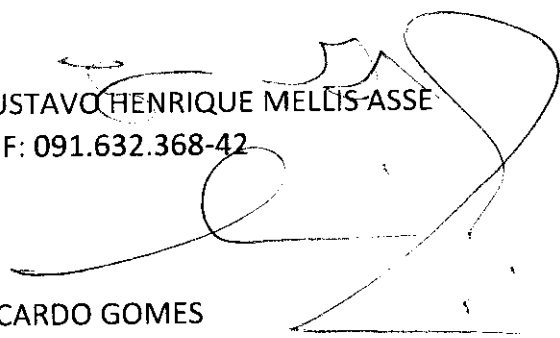
(16) 3665-7200

End: Cel. Joaquim Alberto, 421 - Centro - Altinópolis SP

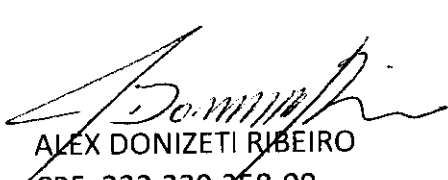
PARECER DO CONSELHO FISCAL

NÓS, MEMBROS DO CONSELHO FISCAL DO HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS, TENDO EXAMINADO A PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSO ESTADUAL REFERENTE AO MÊS DE ABRIL/2026 NO VALOR DE R\$ 82.560,84 (OITENTA E DOIS MIL, QUINHENTOS E SESENTA REAIS E OITENTA E QUATRO CENTAVOS). 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), 25 DE MAIO 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: Abril/2026

Período: 1 - 30

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
06/04/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	80.000,00 C
06/04/2026	061421	DEB PIX CH	80.000,00 D	0,00 C
06/04/2026	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


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência
ALTINOPOLIS, SP

Código 4498 Operação 5948 Emissão 05/05/2026

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:	Cota em:
0,9736	4,0916	13,2698	31/03/2026 2,76691100	30/04/2026 2,79385000

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 04/2026 01/01
Data da Avaliação

Resumo da Movimentação

	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Histórico		
Saldo Anterior	82.404,54C	29.782,143680
Aplicações	0,00	0,000000
Resgates	0,00	0,000000
Rendimento Bruto no Mês	802,31C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	83.206,85C	29.782,143680
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	
(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor		

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
-------------	------------------	------------------	----------------------

Dados de Tributação

Rendimento Base
0,00

IRRF
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](#)[RETOORNAR](#)[FECHAR](#)

Extrato por período

Cliente: HOSPITAL DE MISE DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9

Mês: Maio/2026

Período: 1 - 22

Extrato				
Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
05/05/2026	051419	DEB PIX CH	82.560,84 D	82.560,84 D
05/05/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	2.560,84 D
05/05/2026	000000	RESG AUT	2.560,84 C	0,00 C
05/05/2026	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 - ABRIL/2026 - R\$ 082.560,84 .

CÓPIA DOS DOCUMENTOS DE DESPESAS - ABRIL/2026 .

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

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

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA ABRIL/2026

RECEBI EM 25 / 05 / 26

Ana Laura A. Angelo