
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 MUNÍCIPIES QUE INTEGRAM A REGIÃO DA SAÚDE NA QUAL O CONVENIADO ESTÁ INSERIDO.

EXERCÍCIO/MÊS: JULHO/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
04/08/2026	05/08/2026	NFS-e 207	ACTYMED INSTITUTO	PROC. MÉDICOS	81.000,00
TOTAL					81.000,00

TOTAL DESPESAS					81.000,00
----------------	--	--	--	--	-----------

TOTAL GERAL DAS DESPESAS 81.000,00

ALTINÓPOLIS (SP), 25 DE AGOSTO 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 JULHO/2026
RECURSO ESTADUAL

DATA PAGAMENTO	NOME	VALOR PAGO
05/08/2026	ACTYMED INSTITUTO - NFS-e 207	81.000,00
	TOTAL	81.000,00



**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: JULHO/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	NÚMERO DO DOCTO. DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS R\$
05/07/2026		80.000,00	03/07/2026	1	80.000,00

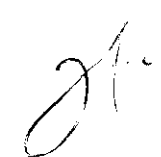
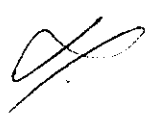
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR	890,17
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO	80.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	876,71
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)	0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)	81.766,88
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)	81.766,88

(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 JULHO/2026 bem como as despesas no exercício seguinte.



DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCRORRIDAS 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 (*)	81.000,00	0,00	81.000,00	81.000,00	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
TOTAL	81.000,00	0,00	81.000,00	81.000,00	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	81.766,88
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	81.000,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	766,88
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO P/APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-I)	766,88

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 AGOSTO DE 2026.

RESPONSÁVEIS PELA CONVENIADA:

NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARGO PALMA
CARGO: PROVIDOR

RESPONSÁVEL CONTÁBIL:

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

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA: JULHO/2026

SALDO DO EXTRATO BANCARIO CONTA CORRENTE	EM	31/07/2026	0,00	(+)
SALDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	EM	31/07/2026	81.766,88	(+)
TOTAL DE PAGTOS COMPENSADOS 08/2026 - ITEM (B)	EM	20/08/2026	81.000,00	(-)
SALDO CONCILIADO	EM	20/08/2026	766,88	

[illegible]

JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
PROVEDOR



Hospital de Misericórdia de Altinópolis

CNPJ: 56.889.595/0001-32

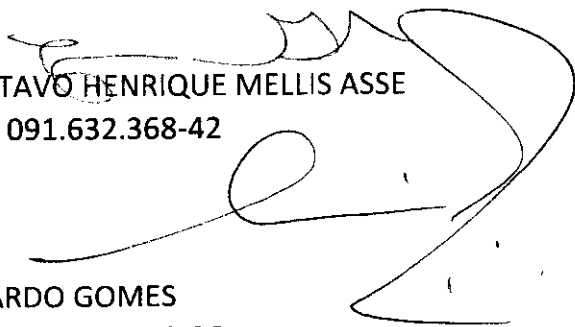
(16) 3665-7200

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

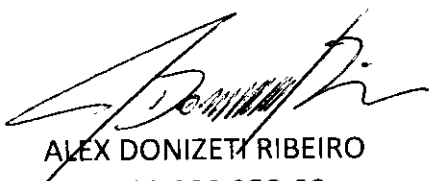
PARECER DO CONSELHO FISCAL

NÓS, MEMBROS DO CONSELHO FISCAL DO HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS, TENDO EXAMINADO A PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSO ESTADUAL REFERENTE AO MÊS DE JULHO/2026 NO VALOR DE R\$ 81.000,00 (OITENTA E UM 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 O 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 AGOSTO 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



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 DE RECURSOS

Informamos que o valor de R\$ 21.095,59 é referente a cumprimento de alvará processo nº 133900-94.2009.5.15.0075 data do despacho 27/05/2026.

Considerando que o mesmo foi creditado de forma automática e equivocada na Caixa Economica Federal, Agência 04498, Conta 000575949232-9 no dia 13/07/2026, conta esta para movimentação exclusiva de recursos Estaduais conforme convênio firmado com a Prefeitura do município, assim se fez necessário a transferência para conta apropriada do Hospital para as devidas tratativas deste recurso.

Esclarecemos que a devolução foi feito no dia 21/07/2026 conforme comprovante em anexo.

Altinópolis/SP, 21 de julho de 2026.

Paulo Sérgio Câmara
Diretor Administrativo

21/07/2026

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202607211752e913be1f323

Situação: EFETIVADA Data e Hora: 21/07/2026 às 15:57:12

Valor Original: R\$ 21.095,59 Valor Atualizado: R\$ 21.095,59 Tarifa: R\$ 0,00

Origem

Nome: HOSPITAL DE MISE DE ALTINOPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

Instituição: CCR INT SOL PIONEIRA

Chave Pix: 56889595000132

Código da operação: 68622587670

Chave de segurança: SQZGSMR51CVCM6CU

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Extrato por período

Cliente: HOSPITAL DE MISE DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9

Mês: Julho/2026

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
03/07/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	80.000,00 C
03/07/2026	031414	DEB PIX CH	81.000,00 D	1.000,00 D
03/07/2026	000000	RESG AUT	1.000,00 C	0,00 C
03/07/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
13/07/2026	000000	CRED FGTS	21.095,59 C	21.095,59 C
13/07/2026	000000	SALDO DIA	0,00 C	21.095,59 C
21/07/2026	211557	DEB PIX CH	21.095,59 D	0,00 C
21/07/2026	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 04/08/2026
------------------------------------	----------------	------------------	-----------------------

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: 30/06/2026	Cota em: 31/07/2026
1,0879	7,3007	13,1486	2,84888800	2,87986300

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	CPF/CNPJ 56.889.595/0001-32	Conta Corrente 1292.000575949232-9	Mês/Ano 07/2026	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	81.890,17C	28.743,599611
Aplicações	0,00	0,000000
Resgates	1.000,00D	352,155084
Rendimento Bruto no Mês	881,42C	
IRRF	4,71D	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	81.766,88C	28.391,444526
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

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

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
03 / 07	RESGATE	1.000,00D	352,155084
	IRRF	4,71D	
	IOF	0,00	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
11,84	4,71

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: 0800 - 726 0101	Endereço para Correspondência: Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: 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 MISE DE ALTINOPOLIS
Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9
Mês: Agosto/2026
Período: 1 - 25

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
05/08/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	80.000,00 C
05/08/2026	051531	DEB PIX CH	81.000,00 D	1.000,00 D
05/08/2026	000000	RESG AUT	1.000,00 C	0,00 C
05/08/2026	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 - JULHO/2026 - R\$ 81.000,00 .

CÓPIA DOS DOCUMENTOS DE DESPESAS - JULHO/2026 .

ANEXO 27 - RECEITAS E DESPESAS - JULHO/2026 - R\$ 80.000,00 .

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

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA JULHO/2026

RECEBI EM 25 / 03 / 26

Amo Lauro Alves dos Anjos