

REPASSES AO TERCEIRO SETOR — RELAÇÃO DE GASTOS (ANEXO 24)

ÓRGÃO CONCESSOR: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINÓPOLIS

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: AGOSTO/2026.

ENTIDADE CONVENIADA: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

ENDEREÇO E CEP: RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO — CEP: 14350-000 — ALTINÓPOLIS - ESTADO DE SÃO PAULO

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

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

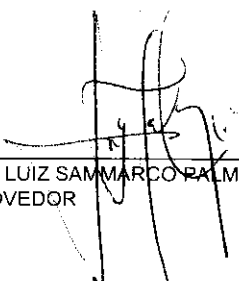
ORIGEM DOS RECURSOS: ESTADUAL

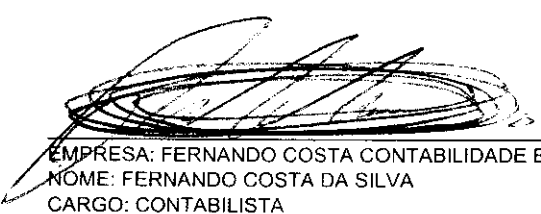
SERVIÇOS MÉDICOS E ENCARGOS

DATA DO DOCUMENTO	DATA DO PAGAMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR
02/09/2026	04/09/2026	NFS-e 229	ACTYMED INSTITUTO	Procedimentos médicos	R\$ 81.000,00
TOTAL					R\$ 81.000,00

TOTAL GERAL DAS DESPESAS	R\$ 81.000,00
---------------------------------	----------------------

ALTINÓPOLIS (SP), 25 DE SETEMBRO DE 2026.

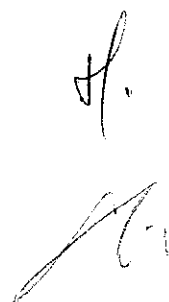

NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
CARGO: PROVEDOR


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 DO SALDO BANCÁRIO
PRESTAÇÃO DE CONTAS AGOSTO/2026
RECURSO ESTADUAL

DATA PAGAMENTO	NOME	VALOR PAGO
04/09/2026	ACTYMED INSTITUTO — NFS-e 229	R\$ 81.000,00
	TOTAL	R\$ 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 ALTINOPOLIS

CONVENIADA: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

ENDEREÇO E CEP: RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO — CEP: 14350-000 — ALTINOPOLIS - ESTADO DE SÃO PAULO

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

EXERCÍCIO/MÊS: AGOSTO/2026.

ORIGEM DOS RECURSOS (1): ESTADUAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR — R\$
DECRETO Nº 01 de 02/01/2026	02/01/2026	02/01/2026 a 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	Nº DO DOCTO. DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
05/08/2026	80.000,00	05/08/2026	1	80.000,00
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				766,88
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				80.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				786,95
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				81.553,83
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)				81.553,83

(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, aluguéis, entre outras.

Os signatários, na qualidade de representantes do HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS, vêm indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício/mês AGOSTO/2026, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4): ESTADUAL					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	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 (R\$) (J = H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
Recursos Humanos (salários, encargos e benefícios)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Humanos (autônomos e pessoa jurídica)	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

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4): ESTADUAL					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	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 (R\$) (J = H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
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	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

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO	81.553,83
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	81.000,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	553,83
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)	553,83

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 SETEMBRO DE 2026.

NOME: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
CARGO: PROVIDOR

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

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA: AGOSTO/2026

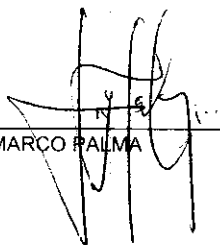
EXECUTOR: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS

PERÍODO: 01/08/2026 a 31/08/2026

DESCRIÇÃO	EM	VALOR	
SALDO DO EXTRATO BANCÁRIO CONTA CORRENTE	31/08/2026	R\$ 0,00	(+)
SALDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	31/08/2026	R\$ 81.553,83	(+)
TOTAL DE PAGAMENTOS COMPENSADOS AGOSTO/2026 — ITEM (B)	31/08/2026	R\$ 81.000,00	(-)
SALDO CONCILIADO	31/08/2026	R\$ 553,83	

BANCO: CEF — AGÊNCIA: 4498 — CONTA: 575949232-9

JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA
PROVEDOR



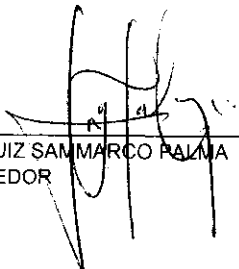
HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS
RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO
ALTINOPOLIS - ESTADO DE SÃO PAULO
C.N.P.J. 56.889.595/0001-32

NOTAS EXPLICATIVAS — PRESTAÇÃO DE CONTAS FONTE ESTADUAL — AGOSTO/2026

COMPOSIÇÃO DO RENDIMENTO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA — o rendimento líquido (bruto menos IR/IOF) compõe a letra (C) do Anexo RP-12.

DESCRIÇÃO	PERÍODO	RENDIMENTO BRUTO	IR/IOF	RENDIMENTO LÍQUIDO
CAIXA FIC GIRO MPE RF REF DI LP	—	R\$ 794,06	R\$ 7,11	R\$ 786,95
TOTAL		R\$ 794,06	R\$ 7,11	R\$ 786,95

ALTINÓPOLIS (SP), 25 DE SETEMBRO DE 2026.


NOME: JOSÉ LUIZ SANMARCO PALMA
CARGO: PROVEDOR

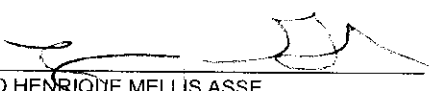

EMPRESA: FERNANDO COSTA CONTABILIDADE EIRELI
NOME: FERNANDO COSTA DA SILVA
CARGO: CONTABILISTA

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

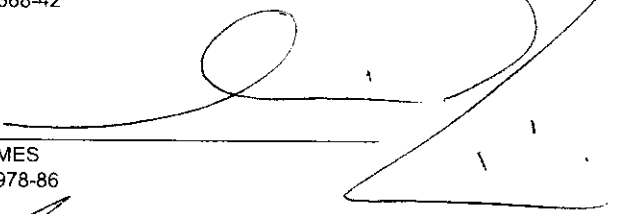
PARECER DO CONSELHO FISCAL

NÓS, MEMBROS DO CONSELHO FISCAL DO HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS, TENDO EXAMINADO A PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSO ESTADUAL REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2026 NO VALOR DE R\$ 81.000,00 (OITENTA E UM MIL REAIS), ATESTAMOS QUE OS RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTINOPOLIS FORAM MOVIMENTADOS EM CONTA CORRENTE ESPECÍFICA ABERTA JUNTO À 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.

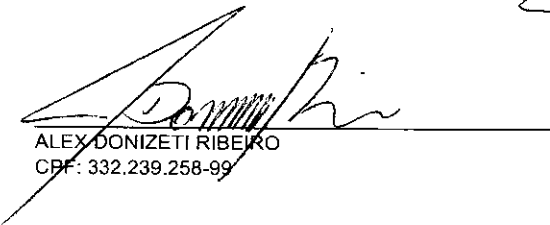
ALTINÓPOLIS (SP), 25 DE SETEMBRO DE 2026.



GUSTAVO HENRIQUE MELLIS ASSE
CPF: 091.632.368-42



RICARDO GOMES
CPF: 132.254.978-86



ALEX DONIZETI RIBEIRO
CPF: 332.239.258-99

NOTA EXPLICATIVA - PRESTAÇÃO DE CONTAS 08/2026
FONTE: RECURSO ESTADUAL

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis, vem por meio desta explicar sobre:

a) Nota Actymed Instituto referente os recursos: federal, estadual e municipal:

TOTAL :: 226.041,50

a) Nota Actymed Instituto referente os recursos: federal, estadual e municipal:

Acima relacionado a nota fiscal Actymed Instituto de número 229 referente procedimentos médicos no valor de R\$ 226.041,50 que foi paga por três convênios: Federal R\$ 135.000,00, Estadual R\$ 81.000,00 e Municipal R\$ 10.041,50 em conta corrente do Hospital Misericórdia,

Deste modo, os documentos com o inteiro teor das escalas foi anexado à prestação de contas Federal.

Nesta Prestação só constará a Nota Fiscal e os respectivos pagamentos.

Altinópolis (SP), 25 DE SETEMBRO DE 2026.


FERNANDO COSTA DA SILVA
CONTADOR

Extrato por período

Cliente: HOSPITAL DE MISE DE ALTINOPOLIS

Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9

Mês: Agosto/2026

Período: 1 - 31

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


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência
ALTINOPOLIS, SP

Código 4498 Operação 5948 Emissão 02/09/2026

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: 31/07/2026	Cota em: 31/08/2026
0,9815	8,3538	13,0758	2,87998300	2,90824900

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 08/2026	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação			

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	81.766,88C	28.391,444526
Aplicações	0,00	0,000000
Resgates	1.000,00D	349,200855
Rendimento Bruto no Mês	794,06C	
IRRF	7,11D	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	81.553,83C	28.042,243670
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

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

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
05 / 08	RESGATE	1.000,00D	349,200855
	IRRF	7,11D	
	IOF	0,00	

Dados de Tributação

Rendimento Base
22,57

IRRF
7,11

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

RETOURNAR

FECHAR



Extrato por período

Cliente: HOSPITAL DE MISE DE ALTINÓPOLIS
Conta: 4498 | 1292 | 000575949232-9
Data: 24/09/2026 - 10:29
Mês: Setembro/2026
Período: 1 - 24

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
04/09/2026	041053	DEB PIX CH	81.000,00 D	81.000,00 D
04/09/2026	000001	CRED TED	80.000,00 C	1.000,00 D
04/09/2026	000000	RESG AUT	1.000,00 C	0,00 C
04/09/2026	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 MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS
RUA CORONEL JOAQUIM ALBERTO 421 - CENTRO
ALTINOPOLIS - ESTADO DE SÃO PAULO
C.N.P.J. 56.889.595/0001-32

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 — AGOSTO/2026 — R\$ 81.000,00.
- CÓPIA DOS DOCUMENTOS DE DESPESAS — AGOSTO/2026.
- ANEXO RP-12 — RECEITAS E DESPESAS — AGOSTO/2026 — R\$ 80.000,00.
- EXTRATOS: C/C CEF 575949232-9 AGOSTO/2026 E APLICAÇÃO FINANCEIRA.
- CONCILIAÇÃO BANCÁRIA AGOSTO/2026.
- PARECER DO CONSELHO FISCAL — AGOSTO/2026.

RECEBI EM 25 / 09 / 26

Ana Laura A. Amorim

ASSINATURA / CARIMBO DO RECEBEDOR