



Prefeitura Municipal de Altinópolis

Rua Major Garcia nº 144
45298569/0001-13

Exercício: 2023

ORDEM DE PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO 06191

DATA: 14/09/2023 VENCTO:14/09/2023 PAGTO:14/09/2023
Credor.: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS CNPJ: 56.889.595/0001-32 Cod: 466
Endereço: RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421 BC: 104 AG: 4498 C/C: 003.00000715-8
Cidade.: ALTINOPOLIS CEP: 14350-000

Discriminação..:

DES. REF. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.

Valor 100.000,00

(cem mil reais) * * * * *
* * * * *
* * * * *

Despesa Bruta: R\$ 100.000,00

EMP/SUB N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
7819 / 1	OR	060100	10.302.6001.2071.0000	3.3.50.43.00 R\$ 100.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 100.000,00
TOTAL				R\$ 100.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	100.000,00

Despesa Líquida: R\$ 100.000,00

ORDEM DE PAGAMENTO

PAGUE-SE __/__/____

RESPONSÁVEL

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
104	0501		100.000,00
TOTAL			R\$ 100.000,00

Despesa paga em 14/09/2023 Com os recursos acima discriminados

FABRICIO ROBERTO ROSA
Secr. Adj. Adm e Finanças

RECIBO: Recebi (emos) o valor constante desse(s) Empenho(s)

__/__/____

Ass:

CONTAS EM CONTA DO FAVORECIDO

Nome:

CGC/CPF:



Prefeitura Municipal de Altinópolis

45298569/0001-13

Rua Major Garcia nº 144

NOTA DE EMPENHO

NR

7819

Processo:

Ficha	432	Data	11/09/2023	Requi	Venci
Licitação	OUTRO NÃO APLICÁVEL	Nº		Doc	
Fornecedor	HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS		56.889.595/0001-32	Cod	466
Endereço	RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421		421	ALTINOPOLIS	14350-000

Recurso/Aplicação

Material/Serviço

00 Recursos Ordinarios	DES. REF. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS	
0 Recursos nao Destinados a Contrapartida	
302 ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMBUL/HOSP	
117 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SER	

OR - Ordinario

06 01 00	SECRETARIA DE SAUDE
06	SECRETARIA DA SAUDE
3.3.50.43.00	SUBVENÇÕES SOCIAIS
10.302.6001.2071.0000	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Dotação Inicial	Empenhado até Data	Valor Empenhado	Saldo Atual
100.000,00	0,00	100.000,00	0,00
100.000,00 cem mil reais *****			

Autorizado

11/09/2023

Emitente

11/09/2023

Ordenador da Despesa

Emitente Responsável



Prefeitura de Altinópolis

Rua Major Garcia, 144 - CEP 14350-000
Telefone: (16) 3665.9500
e-mail: gabinetedoprefeito@altinopolis.sp.gov.br

LEI N.º 2.231, DE 06 DE SETEMBRO DE 2023.

"Autoriza o Poder Executivo a efetuar repasse financeiro ao Hospital de Misericórdia de Altinópolis".

JOSÉ ROBERTO FERRACIN MARQUES, Prefeito Municipal de Altinópolis, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e etc.

Faz saber que **CÂMARA MUNICIPAL DE ALTINÓPOLIS** aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a efetuar repasse financeiro no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) ao Hospital de Misericórdia de Altinópolis, conforme plano de trabalho em anexo.

Art. 2º O Hospital de Misericórdia deverá prestar contas de todas as informações que se fizerem necessárias, tanto relacionados aos procedimentos operacionais, bem como os de natureza jurídica e contábil.

Art. 3º. Fica o Poder Executivo autorizado a abrir na Contadoria Municipal, crédito adicional suplementar, no valor de R\$100.000,00 (cem mil reais) na dotação que especifica:

Órgão	Econômica	Funcional	Programa	Ação	F.	Cód Aplicação	Valor
06.01.00	3.3.50.43.00	10 302	6001	2071	05	302 117	100.000,00

Fine:
186



Prefeitura de Altinópolis

Rua Major Garcia, 144 - CEP 14350-000
Telefone: (16) 3665.9500
e-mail: gabinetedoprefeito@altinopolis.sp.gov.br

Art. 4º. Para cobertura das despesas com a execução da presente Lei, serão utilizados os recursos provenientes do excesso de arrecadação conforme Emenda Parlamentar Individual número 31350002.

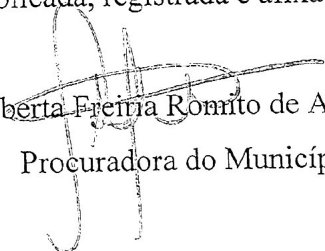
Art.5º. Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Altinópolis, 06 de setembro de 2023.



JOSE ROBERTO FERRACIN MARQUES
Prefeito Municipal

Publicada, registrada e afixada na Secretaria do Gabinete do Prefeito na data supra.



Roberta Freira Romito de Andrade
Procuradora do Município

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 4498 / 006 / 00624008-8**Conta destino:** 4498 / 003 / 00000737-9**Nome destinatário:** HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 100.000,00**Data de débito:** 14/09/2023**Data/hora da operação:** 14/09/2023 11:48:14**Código da operação:** 141148**Chave de segurança:** YLNFE1MK1U57M7QP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Altinópolis

Rua Major Garcia nº 144
45298569/0001-13

Exercício: 2023

ORDEM DE PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO 05925

DATA: 05/09/2023 VENCTO:05/09/2023 PAGTO:05/09/2023
Credor.: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTICNPJ: 56.889.595/0001-32 Cod: 466
Endereço: RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421 BC: 104 AG: 4498 C/C: 003.00000715-8
Cidade.: ALTINOPOLIS CEP: 14350-000

Discriminação..:
DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO: INTEGRAR O CONVENIADO AO SU
S. DECRETO Nº 16 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

Valor **125.000,00**

(cento e vinte e cinco mil reais) * * * * *
* * * * *
* * * * *

Despesa Bruta: R\$ **125.000,00**

EMP/SUB N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
7236 / 1	GL	060100	10.302.6001.2071.0000	3.3.90.39.00	R\$ 125.000,00	R\$ 0,00	R\$ 125.000,00
TOTAL					R\$ 125.000,00	R\$ 0,00	R\$ 125.000,00

Despesa Líquida: R\$ **125.000,00**

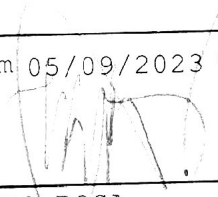
ORDEM DE PAGAMENTO

PAGUE-SE ___/___/___ RESPONSÁVEL _____

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
104	0501		125.000,00
TOTAL . . .			R\$ 125.000,00

Despesa paga em 05/09/2023 Com os recursos acima discriminados


FABRICIO ROBERTO ROSA
Secr. Adj. Adm e Finanças

RECIBO: Recebi (emos) o valor constante desse(s) Empenho(s)

___/___/___ Ass: CRÉDITO EM CONTA DO FAVORECIDO Nome: _____
CGC/CPF: _____

Prefeitura Municipal de Altinópolis

45298569/0001-13

Rua Major Garcia nº 144

R\$ 125.000,00

Todo dia 03

Federal

NOTA DE EMPENHO				NR	7236	Processo:	
Ficha	436	Data	18/08/2023	Requi		Venci	
Licitação		OUTRO NÃO APLICÁVEL		Nº		Doc	
Fornecedor		HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS			56.889.595/0001-32	Cod	466
Endereço		RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421			421 ALTINOPOLIS		14350-000

Recurso/Aplicação

- 00 Recursos Ordinarios
- 05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
- 0 Recursos nao Destinados a Contrapartida
- 302 ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMBUL/HOSP
- 117 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SER

Material/Serviço

DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO: INTEGRAR O CONVENIADO AO SUS. DECRETO Nº 16 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

GL - Global

06 01 00

SECRETARIA DE SAUDE

06

SECRETARIA DA SAUDE

3.3.90.39.50

SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS

10.302.6001.2071.0000

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Dotação Inicial	Empenhado até Data	Valor Empenhado	Saldo Atual
500.000,00	0,00	500.000,00	0,00
500.000,00 quinhentos mil reais *****			

Autorizado

18/08/2023

Ordenador da Despesa

Emitente

18/08/2023

Emitente Responsável



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

Ofício HMA 50/2023

Altinópolis, 01 de setembro de 2023

Ilustríssima Senhora,

O **Hospital de Misericórdia de Altinópolis**, inscrita no CNPJ nº 56.889.595/0001-32 situado à Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, centro, Altinópolis/SP, entidade filantrópica, que através de seu Provedor Ricardo Gomes abaixo assinado vem através deste solicitar junto a Secretaria Municipal de Saúde de Altinópolis o pagamento com **Recurso Incremento MAC da parcela 01/04 referente ao Convênio 01/2023** firmado entre Prefeitura Municipal de Altinópolis e esta entidade, conforme segue:

Data de pagamento: **05/09/2023**

Valor: **R\$ 125.000,00**

Dados bancários:

Banco: 104 - Caixa Econômica Federal

Agência: 4498

Operação: 003

Conta: 732-8

Sem mais para o momento, reitero protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Ricardo Gomes

Provedor

Hospital de Misericórdia de Altinópolis

Ilustríssima Senhora

Giani Mara de Souza Cavalcante

Secretária de Saúde de Altinópolis

de Educação Médica
Cláudia...
Giani Mara de Souza Cavalcante
Secretaria da Saúde de Altinópolis
CPF 108.996.928-77

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 4498 / 006 / 00624008-8**Conta destino:** 4498 / 003 / 00000732-8**Nome destinatário:** HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 125.000,00**Data de débito:** 05/09/2023**Data/hora da operação:** 05/09/2023 10:07:23**Código da operação:** 051007**Chave de segurança:** T3MNN3EVCKEA9A8Y**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Altinópolis

Rua Major Garcia nº 144

45298569/0001-13

Exercício: 2023

ORDEM DE PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO 06691

DATA: 05/10/2023 VENCTO:05/10/2023 PAGTO:05/10/2023
Credor...: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALT: CNPJ: 56.889.595/0001-32 Cod: 46
Endereço: RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421 BC: 104 AG: 4498 C/C: 003.00000715-8
Cidade...: ALTINOPOLIS CEP: 14350-000

Discriminação...:

DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO: INTEGRAR O CONVENIADO AO SU
S. DECRETO Nº 16 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

Valor **125.000,00**

(cento e vinte e cinco mil reais) * * * * *
* * * * *
* * * * *

Despesa Bruta: R\$ **125.000,00**

EMP/SUB N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
7236 / 2	GL	060100	10.302.6001.2071.0000	3.3.90.39.00	R\$ 125.000,00	R\$ 0,00	R\$ 125.000,00
TOTAL					R\$ 125.000,00	R\$ 0,00	R\$ 125.000,00

Despesa Líquida: R\$ **125.000,00**

ORDEM DE PAGAMENTO

PAGUE-SE _____
RESPONSÁVEL

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
104	0501		125.000,00
TOTAL			R\$ 125.000,00

Despesa paga em 05/10/2023 Com os recursos acima discriminados

FABRICIO ROBERTO ROSA
Secr. Adm. e Finanças

RECIBO: Recebi (emos) o valor constante desse(s) Empenho(s)

Ass: _____ Nome: _____
CGC/CPF: _____

Prefeitura Municipal de Altinópolis

45298569/0001-13

Rua Major Garcia nº 144

NOTA DE EMPENHO

NR

7236

Processo:

Ficha	436	Data	18/08/2023	Requi	Venci
Licitação		OUTRO NÃO APLICÁVEL	Nº	Doc	
Fornecedor	HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS			56.889.595/0001-32	Cod 466
Endereço	RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421			421 ALTINOPOLIS	14350-000

Recurso/Aplicação

00 Recursos Ordinarios
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
0 Recursos nao Destinados a Contrapartida
302 ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMBUL/HOSP
117 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SER

Material/Serviço

DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO:
INTEGRAR O CONVENIADO AO SUS. DECRETO Nº 16 DE 23 DE
FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

GL - Global

06 01 00

SECRETARIA DE SAUDE

06

SECRETARIA DA SAUDE

3.3.90.39.50

SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS

10.302.6001.2071.0000

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Dotação Inicial

500.000,00

Empenhado até Data

0,00

Valor Empenhado

500.000,00

Saldo Atual

0,00

500.000,00 quinhentos mil reais

Autorizado

18/08/2023

Ordenador da Despesa

Emitente

18/08/2023

Emitente Responsável

CP 6500



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

Ofício HMA 56/2023

Altinópolis, 02 de outubro de 2023

Ilustríssima Senhora,

O **Hospital de Misericórdia de Altinópolis**, inscrita no CNPJ nº 56.889.595/0001-32 situado à Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, centro, Altinópolis/SP, entidade filantrópica, que através de seu Provedor Ricardo Gomes abaixo assinado vem através deste solicitar junto a Secretaria Municipal de Saúde de Altinópolis o pagamento com **Recurso Incremento MAC da parcela 02/04 referente ao Convênio 01/2023** firmado entre Prefeitura Municipal de Altinópolis e esta entidade, conforme segue:

Data de pagamento: **05/10/2023**

Valor: **R\$ 125.000,00**

Dados bancários:

Banco: 104 - Caixa Econômica Federal

Agência: 4498

Operação: 003

Conta: 732-8

Sem mais para o momento, reitero protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Ricardo Gomes

Provedor

Hospital de Misericórdia de Altinópolis

Ilustríssima Senhora

Giani Mara de Souza Cavalcante

Secretária de Saúde de Altinópolis

Recebido em 02/10/2023
Encaminhado para pagamento
de acordo com o disposto no
convênio
Ricardo Gomes
Giani Mara de Souza Cavalcante
Secretária de Saúde de Altinópolis
CPF 108.996.928-77

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 4498 / 006 / 00624008-8**Conta destino:** 4498 / 003 / 00000732-8**Nome destinatário:** HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 125.000,00**Data de débito:** 05/10/2023**Data/hora da operação:** 05/10/2023 10:32:02**Código da operação:** 051032**Chave de segurança:** CUX0QL5JS05L1894

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104





Prefeitura Municipal de Altinópolis

Rua Major Garcia nº 144
45298569/0001-13

Exercício: 2023

ORDEM DE PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO 07429

DATA: 06/11/2023 VENCTO:06/11/2023 PAGTO:06/11/2023
Credor...: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTICNPJ: 56.889.595/0001-32 Cod: 466
Endereço: RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421 BC: 104 AG: 4498 C/O: 003.00000715-8
Cidade...: ALTINOPOLIS CEP: 14350-000

Discriminação...:

DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO: INTEGRAR O CONVENIADO AO SU
S. DECRETO Nº 16 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

Valor 125.000,00

(cento e vinte e cinco mil reais) * * * * *
* * * * *
* * * * *

Despesa Bruta: R\$ 125.000,00

EMP/SUB N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
7236 / 3	GL 060100	10.302.6001.2071.0000	3.3.90.39.00	R\$ 125.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 125.000,00
TOTAL				R\$ 125.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	125.000,00

Despesa Líquida: R\$ 125.000,00

ORDEM DE PAGAMENTO


PAGUE-SE __/__/____

RESPONSÁVEL

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
104	0501		125.000,00
TOTAL			R\$ 125.000,00

Despesa paga em 06/11/2023 Com os recursos acima discriminados


FABRICIO ROBERTO ROSA
Secr. Adj. Adm e Finanças

RECIBO: Recebi (emos) o valor constante desse(s) Empenho(s)

__/__/____

Ass: _____

CHEQUE EM CONTA DO FAVORECIDO

Nome: _____

CGC/CPF: _____

Prefeitura Municipal de Altinópolis

45298569/0001-13

Rua Major Garcia nº 144

R\$ 125.000,00

Fedo dia 05

Federal

NOTA DE EMPENHO				NR	7236	Processo:
Ficha	436	Data	18/08/2023	Requi	Venci	
Licitação		OUTRO NÃO APLICÁVEL	Nº	Doc		
Fornecedor	HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS			56.889.595/0001-32	Cod	466
Endereço	RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421			421	ALTINOPOLIS	14350-000

Recurso/Aplicação
00 Recursos Ordinarios
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
0 Recursos nao Destinados a Contrapartida
302 ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMBUL/HOSP
117 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SER

Material/Serviço
DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO:
INTEGRAR O CONVENIADO AO SUS. DECRETO Nº 16 DE 23 DE
FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

GL - Global
06 01 00 SECRETARIA DE SAUDE
06 SECRETARIA DA SAUDE
3.3.90.39.50 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS
10.302.6001.2071.0000 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Dotação Inicial	Empenhado até Data	Valor Empenhado	Saldo Atual
500.000,00	0,00	500.000,00	0,00
500.000,00 quinhentos mil reais			

Autorizado
18/08/2023

Ordenador da Despesa

Emitente
18/08/2023

Emitente Responsável



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

Ofício HMA 61/2023

Altinópolis, 27 de outubro de 2023

Ilustríssima Senhora,

O **Hospital de Misericórdia de Altinópolis**, inscrita no CNPJ nº 56.889.595/0001-32 situado à Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, centro, Altinópolis/SP, entidade filantrópica, que através de seu Provedor Ricardo Gomes abaixo assinado vem através deste solicitar junto a Secretaria Municipal de Saúde de Altinópolis o pagamento com **Recurso Incremento MAC da parcela 03/04 referente ao Convênio 01/2023** firmado entre Prefeitura Municipal de Altinópolis e esta entidade, conforme segue:

Data de pagamento: **06/11/2023**

Valor: **R\$ 125.000,00**

Dados bancários:

Banco: 104 - Caixa Econômica Federal

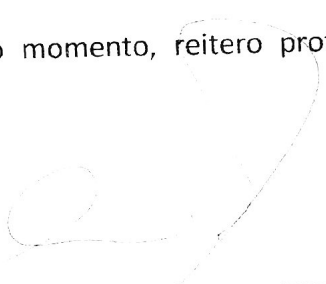
Agência: 4498

Operação: 003

Conta: 732-8

Sem mais para o momento, reitero protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,



Ricardo Gomes

Provedor

Hospital de Misericórdia de Altinópolis

Ilustríssima Senhora
Giani Mara de Souza Cavalcante
Secretária de Saúde de Altinópolis

Recebido em 27/10/2023
Giani Mara de Souza Cavalcante
Secretária de Saúde de Altinópolis
CPF: 108.996.923-77

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	4498 / 006 / 00624008-8
Conta destino:	4498 / 003 / 00000732-8

Nome destinatário:	HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 125.000,00

Data de débito:	06/11/2023
Data/hora da operação:	06/11/2023 15:34:22

Código da operação:	061534
Chave de segurança:	VAQZVZ1YHC7KZFYZ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Altinópolis

Rua Major Garcia nº 144

45298569/0001-13

Exercício: 2023

ORDEM DE PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO 07916

DATA: 07/12/2023 VENCTO:07/12/2023 PAGTO:07/12/2023
Credor.: HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS CNPJ: 56.889.595/0001-32 Cod: 466
Endereço: RUA CEL JOAQUIM ALBERTO N. 421 BC: 104 AG: 4498 C/C: 003.00000715-8
Cidade.: ALTINOPOLIS CEP: 14350-000

Discriminação...:

DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO: INTEGRAR O CONVENTIADO AO SU
S. DECRETO Nº 16 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.

Valor 125.000,00

(cento e vinte e cinco mil reais) * * * * *
* * * * *
* * * * *

Despesa Bruta: R\$ 125.000,00

Table with 8 columns: EMP/SUB N., LOCAL, FUNCIONAL, NATUREZA, VALOR, ANULAÇÃO, DESCONTO, líquido. Row 1: 7236 / 4 GL 060100 10.302.6001.2071.0000 3.3.90.39.00 R\$ 125.000,00 R\$ 0,00 R\$ 0,00 R\$ 125.000,00. Row 2: TOTAL R\$ 125.000,00 R\$ 0,00 R\$ 0,00 125.000,00

Despesa Líquida: R\$ 125.000,00

ORDEM DE PAGAMENTO

PAGUE-SE ___/___/___ RESPONSÁVEL _____

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s):

Table with 4 columns: Banco, Conta, Cheque, Valor R\$. Row 1: 104 0501 125.000,00. Row 2: TOTAL R\$ 125.000,00

Despesa paga em 07/12/2023 Com os recursos acima discriminados

FABRICIO ROBERTO ROSA
Secr. Adm. Adm e Finanças

RECIBO: Recebi (emos) o valor constante desse(s) Empenho(s)

Ass: _____ Nome: _____
CGC/CPF: _____

Prefeitura Municipal de Altinópolis

45298569/0001-13

Rua Major Garcia nº 144

RD 125.000

Vol. 2

Folha 1

NOTA DE EMPENHO

NR

7236

Processo:

Ficha	436	Data	18/08/2023	Requi	Venci
Licitação		OUTRO NÃO APLICÁVEL	Nº	Doc	
Fornecedor	HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS			56.889.595/0001-32	Cod 466
Endereço	RUA GEL JOAQUIM ALBERTO N. 421			421	ALTINOPOLIS 14350-000

Recurso/Aplicação

Material/Serviço

00 Recursos Ordinarios	DESP. REF. TERMO DE CONVÊNIO 01/2023 - OBJETO:
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS	INTEGRAR O CONVENIADO AO SUS. DECRETO Nº 16 DE 2
0 Recursos nao Destinados a Contrapartida	FEVEREIRO DE 2023, PLANO OPERATIVO EM ANEXO.
302 ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMBUL/HOSP	
117 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SER	

GL - Global

06 01 00

SECRETARIA DE SAUDE

06

SECRETARIA DA SAUDE

3.3.90.39.50

SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS

10.302.6001.2071.0000

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Dotação Inicial	Empenhado até Data	Valor Empenhado	Saldo Atual
500.000,00	0,00	500.000,00	0
500.000,00 quinhentos mil reais *****			

Autorizado

18/08/2023

Ordenador da Despesa

Emitente

18/08/2023

Emitente Responsável



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

Ofício HMA 67/2023

Altinópolis, 01 de dezembro de 2023

Ilustríssima Senhora,

O **Hospital de Misericórdia de Altinópolis**, inscrita no CNPJ nº 56.889.595/0001-32 situado à Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, centro, Altinópolis/SP, entidade filantrópica, que através de seu Provedor Ricardo Gomes abaixo assinado vem através deste solicitar junto a Secretaria Municipal de Saúde de Altinópolis o pagamento com **Recurso Incremento MAC da parcela 04/04 referente ao Convênio 01/2023** firmado entre Prefeitura Municipal de Altinópolis e esta entidade, conforme segue:

Data de pagamento: **05/12/2023**

Valor: **R\$ 125.000,00**

Dados bancários:

Banco: 104 - Caixa Econômica Federal

Agência: 4498

Operação: 003

Conta: 732-8

Sem mais para o momento, reitero protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,



Ricardo Gomes

Provedor

Hospital de Misericórdia de Altinópolis

Ilustríssima Senhora

Giani Mara de Souza Cavalcante

Secretária de Saúde de Altinópolis

*Incremento - 04/04
2/12/2023
Ricardo Gomes
Secretaria Municipal de Saúde
Altinópolis - SP
01/12/23*



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 4498 / 006 / 00624008-8

Conta destino: 4498 / 003 / 00000732-8

Nome destinatário: HOSPITAL DE MIS DE ALTINOPOLIS

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 125.000,00

Data de débito: 07/12/2023

Data/hora da operação: 07/12/2023 15:22:30

Código da operação: 071522

Chave de segurança: VYSALUZMETQF65TH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104