



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE
PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07

Inscrição Estadual: ISENTO

Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.

Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.

Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.

Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.

e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL
MENSAL DE MAIO DE 2026

FOMENTO 001/2026

Convênio com a Prefeitura
Municipal de Viradouro



**HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE
PAULO**

CNPJ: 72.938.079/0001-07 Inscrição Estadual: ISENTO
Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.
Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.
Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.
Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.
e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

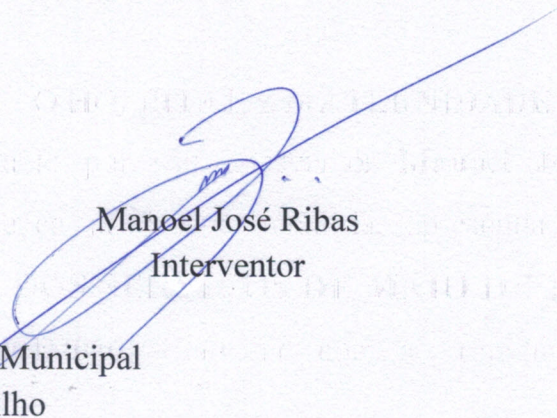
Viradouro-SP, 01 de junho de 2026

Ofício 17/2026

Ilustríssimo Sr. Prefeito
C/C Ilustríssima Sra.(o). Secretária da Saúde

**O HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE
DE PAULO**, representado por seu interventor **Manoel José Ribas**, vem
respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, apresentar a **RELAÇÃO
PARCIAL MENSAL DOS SERVIÇOS DE MAIO DE 2026 -Aditivo do
Termo de Fomento 001/2026 -Convênio com a Prefeitura Municipal de
Viradouro.**

Valho-me do ensejo para renovar meus preitos de distinção e apreço.


Manoel José Ribas
Interventor

Ilustríssimo Sr. Prefeito Municipal
Nilton Augusto Alves Filho
C/C Ilustríssima Sra.(o). Secretária da Saúde
Gleice Aparecida Ferreira da Silva
Viradouro-SP

*Finalizado
André Amorim
02/06/2026*



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

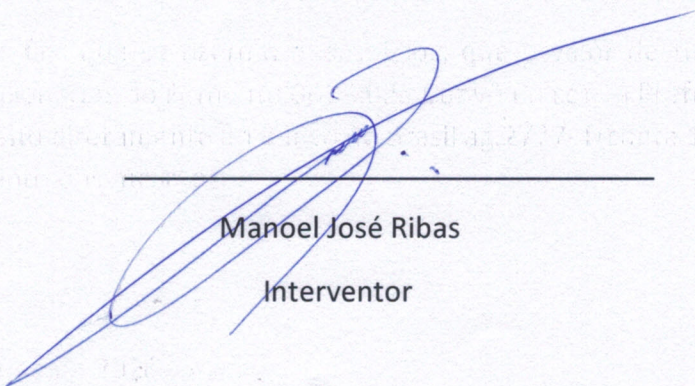
CNPJ: 72.938.079/0001-07 Inscrição Estadual: ISENT0
Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.
Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.
Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.
Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.
e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

Declaração

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o valor destinado a folha de pagamento dos funcionários do Fomento 001-2025 Convênio com a Prefeitura Municipal de Viradouro será feito diretamente do Banco do Brasil ag.2777-4/conta 19360-7 de onde será feito o pagamento dos mesmos.

Viradouro, 01 de junho de 2026



Manoel José Ribas

Interventor

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



CNPJ: 72.938.079/0001-07

Inscrição Estadual: ISENTO

Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.

Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.

Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.

Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.

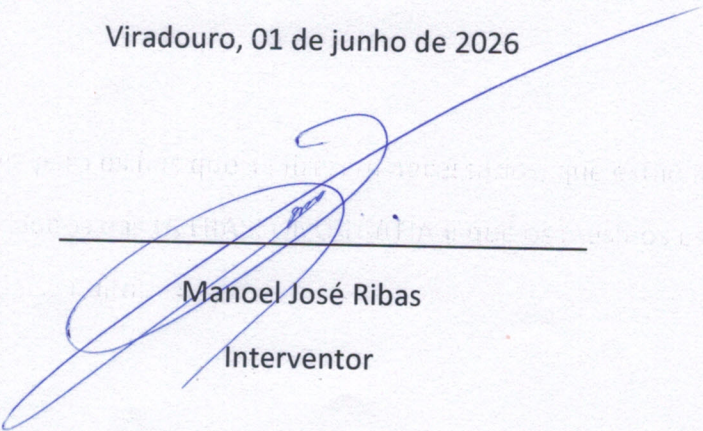
e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

Declaração

Declaramos, para os fins que se fizerem necessários, que estão arquivados no Hospital os laudos das **ULTRASSONOGRAFIA** e que os mesmos estão à disposição para eventuais auditorias.

Viradouro, 01 de junho de 2026



Manoel José Ribas

Interventor

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



CNPJ: 72.938.079/0001-07

Inscrição Estadual: ISENTO

Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.

Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.

Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.

Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.

e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

Declaração

Declaramos, para os fins que se fizerem necessários, que estão arquivados no Hospital os laudos das **RADIOGRAFIA** e que os mesmos estão à disposição para eventuais auditorias.

Viradouro, 01 de junho de 2026



Manoel José Ribas

Interventor



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07

Inscrição Estadual: ISENTO

Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.

Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.

Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911

CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.

e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

RELAÇÃO DE PAGAMENTO DE ABRIL /2026

ALESSANDRA APARECIDA DE SOUZA MARQUES	R\$1.827,00
CLEIDE MARIA DOMINGOS PAULINO	R\$1.932,00
DOUGLAS FRIZONI DALBEN	R\$1.621,00
EDNEIA APARECIDA DA SILVA CUSTODIO	R\$1.932,00
JOSIE HELENA MANSO	R\$1.621,00
JULIANA EDUARDO DE OLIVEIRA	R\$1.621,00
LILIANE CRISTINA ANTONIO FUMAGALLI	R\$1.932,00
MARIA APARECIDA BARBEIRO DOS SANTOS	R\$1.621,00
LUCELIA MINGATOS PAES	R\$1.827,00
LUCIANA DA SILVEIRA GUIDEROLI	R\$1.621,00
MIRIAN FERNANDES DE OLIVEIRA	R\$1.621,00
PAULO EUGÊNIO MELLIN JUNIOR	R\$1.932,00
PATRICIA ALVES BIANCHINI	R\$1.621,00
PATRICIA DE FARIA ASSIS	R\$1.932,00
ROSA MARIA DOMINGOS DA CRUZ	R\$1.621,00
VALDENE FERREIRA DOS SANTOS	R\$1.621,00

Valor total: R\$27.903,00



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07 Inscrição Estadual: ISENTA
Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.
Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.
Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.
Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.
e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CÓPIA

PLANILHA DE APLICAÇÃO – PARCIAL MENSAL DE MAIO DE 2026 – TERMO DE FOMENTO 01/2026

Os documentos comprobatórios parciais se encontram em anexo. Após o recebimento do fomento financeiro será apresentada prestação de contas final do respectivo mês.

Complementação de valores destinados a folha de pagamento do hospital.		
Complementação do pagamento	Valor total a ser pago	Valor total da folha de pagamento do hospital
01 Complementação (pagamento de funcionários ref. salário)	R\$ 27.750,00	R\$ 108.000,00 (aproximadamente)
Valor total da folha de pagamento		R\$ 108.000,00(aproximadamente)
Valor executado		R\$ 27.903,00
Valor a ser repassado pela Prefeitura		R\$ 27.750,00
Valor a ser pago com recurso próprio do Hospital (somente com referência aos profissionais pagos pelo termo de fomento)		R\$ 153,00

Complementação de valores para pagamento de 3 médicos para internação			
Profissional Médico para Internação		Valor pago pelo Fomento	Valor pago pela Prefeitura
Dr. Leandro Francischini Dibe CRM/SP 129-536		R\$5.000,00	R\$ 5.000,00
Dr. Matheus Guideroli Dela Marta CRM/SP 197.348		R\$5.000,00	R\$ 5.000,00
Dr. Ivens Correa Neves CRM/SP 107171		R\$5.000,00	R\$5.000,00
Valor a ser repassado pela Prefeitura		R\$ 15.000,00	
Valor a ser pago com recurso próprio do Hospital		R\$ 00,00	



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07 Inscrição Estadual: ISENTO
 Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.
 Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.
 Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.
 Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.
 e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

Complementação de valores referente a pagamento profissional médico especializado em Radiologia para realização de laudos de RX de até 1.000 mês.			
Quantidade de radiografias permitidas pelo termo de fomento	Quantidade de radiografias realizadas/laudadas	Valor total a ser pago ao médico (R\$ 5,00 por exame)	Valor total a ser pago pela prefeitura (R\$ 3,00 por exame)
1.000 exames	703	R\$ 3.515,00	R\$2.109,00
Quantidade de exames realizados/laudados		703	
Quantidade financeira executada		R\$ 3.515,00	
Valor a ser repassado pela Prefeitura		R\$ 2.109,00	
Valor a ser pago com recurso próprio do Hospital		R\$ 1.406,00 (a contrapartida não é devido ao esgotamento financeiro do fomento, mas sim, devido ao contrato firmado pelo Hospital e o médico, que cobra R\$ 5,00 por laudo e o fomento nos repassa R\$ 3,00 por laudo).	

Complementação de valores destinados para pagamento do Profissional Médico Radiologista para realização de exames por Ultrassonografia, provenientes do SUS, eletivos, de Urgência e Emergência de até 350 exames mês.			
Quantidade de ultrassonografias permitidas pelo termo de fomento	Quantidade de ultrassonografias realizadas	Valor total a ser pago ao médico (R\$ 35,00 por exame)	Valor total a ser pago pela prefeitura (R\$ 25,00 por exame)
350 exames	247	R\$8.645,00	R\$6.175,00
Quantidade de exames realizados		247	
Quantidade financeira executada		R\$8.645,00	
Valor a ser repassado pela Prefeitura		R\$6.175,00	
Valor a ser pago com recurso próprio do Hospital		R\$2.470,00(a contrapartida não é devido ao esgotamento financeiro do fomento, mas sim, devido ao contrato firmado pelo Hospital e o médico, que cobra R\$ 35,00 por exame e o fomento nos repassa R\$ 25,00 por exame)	



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07 Inscrição Estadual: ISENT0
Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.
Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.
Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.
Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.
e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

Complementação financeira para aquisição de materiais de consumo e medicamentos			
Valor permitido para materiais de consumo e medicamentos		Valor total gasto no Fomento	Valor pago pela Prefeitura
R\$8.000,00		R\$8.003,57	R\$8.000,00
Valor máximo permitido			
		R\$ 8.000,00	
Valor executado			
		R\$ 8.003,57	
Valor a ser repassado pela Prefeitura			
		R\$ 8.000,00	
Valor a ser pago com recurso próprio do Hospital			
		R\$3,57	

Após o recebimento do valor financeiro, os pagamentos serão realizados, com o devido recolhimento dos encargos legais e será apresentada prestação de contas final mensal, com os documentos aqui acostados e os demais, comprovando a fiel e legal execução

CONSOLIDADO – PLANILHA GERAL				
SERVIÇO	VALOR PERMITIDO PELO TERMO FOMENTO	VALOR EXECUTADO	VALOR A SER REPASSADO PELA PREFEITURA	VALOR DE CONTRAPARTIDA HOSPITAL
Folha de pagamento	R\$ 27.750,00	R\$ 27.903,00	R\$ 27.750,00	R\$ 153,00
Médico de internação	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 00,00
Laudo Radiografias	R\$ 3.000,00	R\$ 3.515,00	R\$ 2.109,00	R\$ 0,00
Ultrassonografias	R\$ 8.750,00	R\$ 8.645,00	R\$ 6.175,00	R\$ 0,00
Insumos e Medicamento	R\$ 8.000,00	R\$ 8.003,57	R\$ 8.000,00	R\$3,57
TOTAL	R\$62.500,00	R\$ 63.066,57	R\$ 59.034,00	R\$156,57

A contrapartida aqui é demonstrada é somente referente ao fomento. Pois a contrapartida real foi de R\$ 156,57 que nos serviços de laudos de radiologia e execução de ultrassonografia, o termo de fomento prevê um valor de R\$ 3,00 por laudo de radiografia e R\$ 25,00 por exame de ultrassonografia, contudo, o hospital possui contrato com o médico executante, no valor de R\$ 5,00 por laudo de radiografia e R\$ 35,00 por cada ultrassonografia, caso contrário, não seria possível executar o plano de trabalho.

O cronograma anual de desembolso do plano de trabalho prevê um valor total de R\$ 750.000,00 de janeiro a dezembro de 2026. No plano, o valor total foi dividido por 12, dando um valor médio de R\$ 62.500,00 mensal.

Sendo assim, com os esclarecimentos feitos, o cronograma correto de desembolso mensal fica assim:



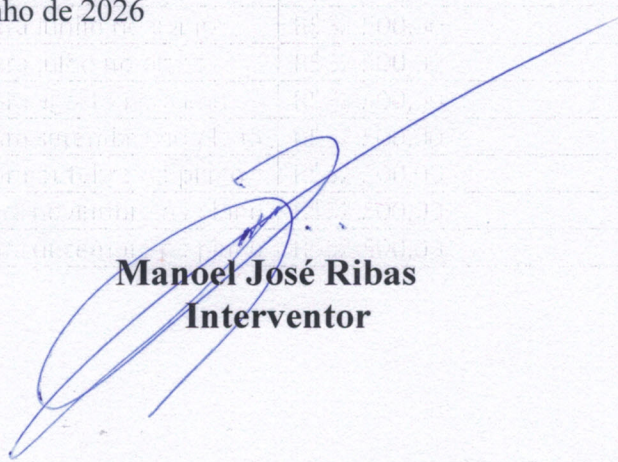
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07 Inscrição Estadual: ISENT0
Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.
Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.
Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.
Caixa Postal 7 – CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.
e-mail: hmsvp.diretoria@gmail.com

CRONOGRAMA APRESENTADO NO PLANO

Valor total do fomento	R\$ 750.000,00
Desembolso proposto para janeiro no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para fevereiro no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para março no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para abril no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para maio no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para junho no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para julho no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para agosto no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para setembro no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para outubro no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para novembro no plano	R\$62.500,00
Desembolso proposto para dezembro no plano	R\$62.500,00

Viradouro/SP, 01 de junho de 2026


Manoel José Ribas
Interventor