

ANEXO RP 12
REPASSES AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS
TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO PÚBLICO
CONVENIENTE: **Secretaria Municipal de Saúde**

CONVENIADA: **Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba**

CNPJ: **43.751.502.0001/67**

ENDEREÇO e CEP: **Rua: Floriano Peixoto, 896 - CEP 16015-000**

RESPONSÁVEL(IS) PELA
ENTIDADE: **Petrônio Pereira Lima**

CPF: **705.970.738-72**

OBJETO: **Investimento - Aquisição de Equipamento**

EXERCÍCIO: **2.024**

FONTE: **Fundo Estadual de Saúde**

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio Nº 645/2024	09/05/2024	31/12/2024	100.000,00
Aditamento nº			
Aditamento nº			

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
17/05/2024	R\$ 100.000,00	20/05/2024	202.405.170.058.528	R\$ 100.000,00
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				0,00
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				100.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				633,09
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				100.633,09
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				293,91
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)				100.927,00

(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.

Missão: Organização hospitalar filantrópica que presta assistência de qualidade à saúde nos níveis de média e alta complexidade à população loco-regional, com equipe multi-profissional proporcionando atendimento humanizado em ambiente adequado com compromisso sócio-ambiental



O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) da SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAÇATUBA, vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício 2024 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	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 (5)			0,00	0,00	
Recursos Humanos (6)			0,00	0,00	
Medicamentos			0,00	0,00	
Material médico e hospitalar (*)			0,00	0,00	
Gêneros alimentícios			0,00	0,00	
Outros materiais de consumo			0,00	0,00	
Serviços médicos (*)			0,00	0,00	
Outros serviços de terceiros			0,00	0,00	
Locação de imóveis			0,00	0,00	
Locações diversas			0,00	0,00	
Utilidades públicas (7)			0,00	0,00	
Combustível			0,00	0,00	
Bens e materiais permanentes	100.927,00		100.927,00	100.927,00	
Obras			0,00	0,00	
Despesas financeiras e bancárias			0,00	0,00	
Outras despesas			0,00	0,00	
TOTAL	100.927,00	0,00	100.927,00	100.927,00	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, gás, telefone e internet.

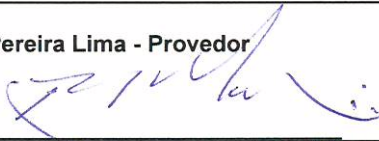
(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado deve aparecer na Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo, deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO NO EXERCÍCIO		
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO		100.927,00
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)		100.927,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]		0,00
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO		
(M) VALOR PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)		0,00

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) 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.

LOCAL:	ARAÇATUBA	Nome: Petrônio Pereira Lima - Provedor
DATA:	10/02/2025	
		Assinatura: 

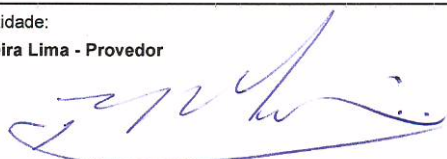
REPASSE AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS

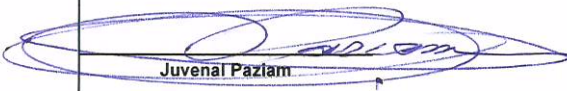
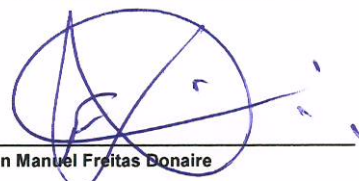
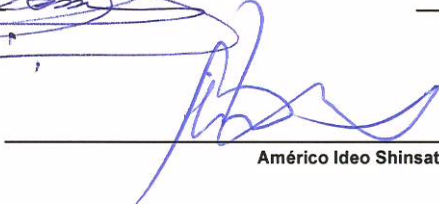
ÓRGÃO CONCESSOR: **Secretaria de Estado da Saúde**
OBJETO: **Investimento - Aquisição de Equipamento**
CONVÊNIO Nº: **645/2024**
EXERCÍCIO: **2.024**
BENEFICIÁRIO: **Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba**
CNPJ: **43.751.502.0001/67**
ENDEREÇO e CEP: **Rua: Floriano Peixoto, 896 - CEP 16015-000**
RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: **Petrônio Pereira Lima**
CPF: **705.970.738-72**

VALOR TOTAL RECEBIDO: **R\$ 100.000,00 (cem mil reais)**
ORIGEM DOS RECURSOS
(2): **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**

RELAÇÃO DAS DESPESAS							
Item	Data do Documento	Especificação do Documento Fiscal	CREDOR	Natureza da despesa Resumidamente	Valor (R\$)	Especificação de Documento	Data da compensação
1	20/06/2024	nf.nr.000352.....	Sandra M C Vicente Equip. Médicos - ME.....	Equipamento.....	100.002,00	TED (073.876)	24/06/2024
2	24/10/2024	nf.nr.000380.....	Sandra M C Vicente Equip. Médicos - ME.....	Equipamento.....	925,00	TED (073.876)	25/10/2024
TOTAL EXERCÍCIO 2024.....					100.927,00		

Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada, examinada pelo Conselho Fiscal, comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Concessor.

LOCAL: ARAÇATUBA DATA: 10/02/2025	Responsável pela Entidade: Nome: Petrônio Pereira Lima - Provedor  Assinatura: _____
--	--

Membros do Conselho Fiscal	
 Juvenal Paziam	 Nilton Manuel Freitas Donaire
 Américo Ideo Shinsato	

