

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

ÓRGÃO PÚBLICO
CONVENIENTE: **Secretaria de Estado da 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: **Custeio - Material de Consumo**

EXERCÍCIO: **2024 - ANUAL**

ORIGEM DOS RECURSOS
(1): **Fundo Estadual de Saúde**

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº 349/2020	04/02/2020	31/12/2023	9.999.984,00
Aditamento nº Resolução nº 184	15/12/2023	31/12/2024	
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\$)
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				2.037,20
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				0,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				6,40
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				2.043,60
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				3.422,40
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)				5.466,00

(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.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

Hospital Sagrado Coração de Jesus
Rua Floriano Peixoto, 896 - Araçatuba - São Paulo - CEP 16015-000 - Fone (18) 3607-3021
administração@santacasadeaçaracatuba.com.br
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67



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 (*)	5.466,00		5.466,00	5.466,00	
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			0,00	0,00	
Obras			0,00	0,00	
Despesas financeiras e bancárias (**)			0,00	0,00	
Outras despesas			0,00	0,00	
TOTAL	5.466,00	0,00	5.466,00	5.466,00	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.

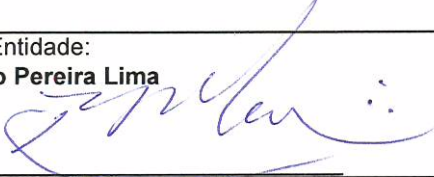
(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado deve aparecer na Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A 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.

(**) Não permitido conforme cláusula do Convênio / Termo aditivo.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO NO EXERCÍCIO		
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO		5.466,00
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)		5.466,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]		0,00
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO		
(M) VALOR AUTORIZADO 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	Responsável pela Entidade:
DATA:	06/02/2025	Provedor: Petrônio Pereira Lima
		Assinatura: 



REPASSE AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS

ÓRGÃO CONCESSOR: **Secretaria de Estado da Saúde**
OBJETO: **Custeio - Material de Consumo**
CONVÊNIO Nº: **349/2020**
EXERCÍCIO: **2024 - ANUAL**
BENEFICIÁRIO: **Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba**
CNPJ: **43.751.502.0001/67**
ENDEREÇO e CEP: **Rua: Floriano Peixoto, 896 - CEP 16015-000**
RESPONSÁVEL(S) PELA ENTIDADE: **Petrônio Pereira Lima**
CPF: **705.970.738-72**
ORIGEM DOS RECURSOS (2): **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**

RELAÇÃO DAS DESPESAS (4)

Item	Data do documento	Especificação do Documento Fiscal (3)	CREDOR	Natureza da despesa Resumidamente	Valor (R\$)	Nº documento	Data da compensação
1	22/01/2024	nf.nr.153643(P).....	Soquímica Laboratorios Ltda.....	Material de Consumo....	1.156,80	TED (011.901)	19/01/2024
2	07/02/2024	nf.nr.001228.....	Montreal Hospitalar Ltda.....	Material de Consumo....	4.309,20	TED (020.501)	05/02/2024
			TOTAL.....		5.466,00		

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: **06/02/2025**

Responsável pela Entidade:
Provedor: **Petrônio Pereira Lima**

Assinatura: _____

Membros do Conselho Fiscal

Juvenal Paziam

Nilton Manuel Freitas Donaire

Américo Ideo Shinsato

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

Hospital Sagrado Coração de Jesus
Rua Floriano Peixoto, 896 - Araçatuba - São Paulo - CEP 16015-000 - Fone (18) 3607-3021
administração@santacasade aracatuba.com.br
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67