



IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS – A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal  
Fundada em 08/12/1892 CNPJ 54.228.648/0001-49  
Rua Teixeira Rios, 210 – CEP 13.990-000 Espírito Santo do Pinhal, SP  
Fone (19) 3651-1131 Fax (19)3651-1943 e-mail: administracao@hfrosas.com.br

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

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - UGE: 09.01.96  
CONVENIADA: IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS A STA. CASA DE MISERICORDIA DE PINHAL  
CNPJ: 54.228.648/0001-49  
ENDEREÇO e CEP: RUA TEIXEIRA RIOS, Nº 210, CENTRO, ESP. STO. DO PINHAL - SP, 13.990.000  
RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE: JAQUES PONTES CASALECCHI  
CPF: 047.432.338-28  
OBJETO: CUSTEIO - MATERIAL DE CONSUMO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MEDIANTE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS SUS NA REGIÃO DO DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA  
EXERCÍCIO: 2024  
ORIGEM DOS RECURSOS (1): ESTADUAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº 0947/2024	01/07/2024	até 30/06/2025	R\$ 70.000,00
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\$)
05/07/2024	70.000,00	05/07/2024	202.407.040.054.986	R\$ 70.000,00
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				0,00
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				70.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				1.282,10
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				71.282,10
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				726,42
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)				72.008,52

- (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.

O signatário, na qualidade de representante da Irmandade do Hospital Francisco Rosas A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal 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): ESTADUAL**

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)					
Recursos Humanos (6)					
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					
Outros materiais de consumo	72.008,52	0,00	72.008,52	72.008,52	0,00
Serviços médicos (*)					
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias (**)					
Outras despesas					
<b>TOTAL</b>	<b>72.008,52</b>	<b>0,00</b>	<b>72.008,52</b>	<b>72.008,52</b>	<b>0,00</b>

(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		72.008,52
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)		72.008,52
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]		0,00
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO		0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)		0,00

Declaro, na qualidade de responsável 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 e DATA: ESPÍRITO SANTO DO PINHAL - SP 27 DE JANEIRO DE 2025.

**Responsável pela Elaboração:**

Assinatura:   
 Nome: GERALDO MAGELO BARBOSA  
 Cargo: CONTADOR  
 CPF: 068.480.638-00

**Responsável pela Entidade:**

Assinatura:   
 Nome: JAQUES PONTES CASALECCHI  
 Cargo: PROVEDOR  
 CPF: 047.432.338-28

IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS – A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal

Fundada em 08/12/1892 CNPJ 54.228.648/0001-49

Rua Teixeira Rios, 210 – CEP 13.990-000 Espírito Santo do Pinhal, SP

Fone (19) 3651-1131 Fax (19)3651-1943 e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

Anexo SES - GGCon  
**DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS  
TERCEIRO SETOR E PRIMEIRO SETOR**

ÓRGÃO CONCESSOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - U.G.E.: 09.01.96

TIPO (1): SUBVENÇÃO

OBJETO: CUSTEIO - MATERIAL DE CONSUMO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MEDIANTE ATEND.DOS USUÁRIOS SUS NA REGIÃO DO DRS XIV

CONVÊNIO Nº 0947/2024

TERMO ADITIVO Nº

Data de assinatura:

Data de vigência:

EXERCÍCIO: 2023

01/07/2024

até 30/06/2025

BENEFICIÁRIO: IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINHAL

CNPJ: 54.228.648/0001-49

ENDEREÇO e CEP: RUA TEIXEIRA RIOS, Nº 210, CENTRO, ESPÍRITO SANTO DO PINHAL - SP, 13.990.000

RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO: JAQUES PONTES CASALECCHI

VALOR TOTAL RECEBIDO R\$ 70.000,00

ORIGEM DOS RECURSOS (2): Estadual

**RELAÇÃO DAS DESPESAS (4)**

Item	Data do Documento	Especificação do Documento (Nota Fiscal ou Recibo)	Credor	Natureza da Despesa	Valor	Nº do cheque ou Documento de Débito	Data de Compensação
1	24/09/2024	NF.293155	Silvana Baloch Gonçalves - EPP	Material Consumo - Escritório	R\$ 9.817,96	100.401	04/10/2024
2	25/09/2024	NF.110367	Art Limp Brasil Descartáveis Ltda	Material Consumo - Higiene Pessoal	R\$ 17.503,70	100.403	04/10/2024
3	30/09/2024	NF.32448	Higiplus Produtos de Higienização Ltda	Material Consumo - Limpeza	R\$ 43.376,21	100.402	04/10/2024
4	09/10/2024	NF.294413	Silvana Baloch Gonçalves - EPP	Material Limpeza - Escritório	R\$ 1.310,65	110.501	05/11/2024
<b>SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR</b>					<b>72.008,52</b>		
					<b>-</b>		

RECEITA DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	1.282,10
RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA	726,42
SALDO PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE	0,00

Declaramos, na qualidade de responsáveis pela Prefeitura/Entidade supra epigrafada, sob as penas da lei, que a despesa relacionada, comprova exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Concessor.

**LOCAL e DATA:** ESPÍRITO SANTO DO PINHAL - SP 27 DE JANEIRO DE 2025.

**Responsável pela Elaboração:**

Assinatura:   
 Nome: GERALDO MAGELO BARBOSA  
 Cargo: CONTADOR  
 CPF: 068.480.838-00

**Responsável pela Entidade:**

Assinatura:   
 Nome: JAQUES PONTES CASALECCHI  
 Cargo: PROVIDOR  
 CPF: 04X.432.338-28

- (1) Auxílio, subvenção ou contribuição
- (2) Origem dos recursos: federal, estadual ou municipal, devendo ser elaborado um Anexo para cada fonte de recurso.
- (3) Notas Fiscais e recibos

**OBS.:**

**Órgão concessor:** UGE - copiar do convênio  
**Tipo:** Subvenção (quando for custeios) ou Auxílio (quando for investimentos)  
**Objeto:** o mesmo descrito no Convênio/TA  
**Responsável:** Prefeito/Provedor ou Presidente  
**Valor Total Recebido:** por ano  
**Data:** colocar em ordem cronológica por data de emissão do documento  
**Especificação:** colocar o número da nota ou número de recibo - colocar PARCIAL e também anotar parcial no documento, descrevendo o valor pago  
**Natureza de despesa:** colocar a mesma que consta no plano de trabalho (no campo - plano de aplicação dos recursos financeiros)  
**Recceita de aplicação financeira:** fazer planilha demonstrando mensalmente o valor apurado da aplicação - enviar junto com os extratos da aplicação  
**Enviar também por e-mail, ao DRS, esta planilha preenchida.**