



CNPJ (MF) 59.901.454/0001-86

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA HOSPITAL SÃO VICENTE

Rua Cel. Alípio Dias, 620 - CEP 13.720-000 - São José do Rio Pardo - SP Fone: (19) 3682-9090

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

ÓRGÃO CONCESSOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - U.G.E.: 09.01.96**TIPO (1):** SUBVENÇÃO**OBJETO:** DESPESAS DE CUSTEIO PARA REFORMA E ADEQUAÇÃO DO CENTRO OBSTÉTRICO, SALA PRÉ PARTO, POSTO DE ENFERMAGEM, QUARTOS P/ INTERNAÇÃO SUS, SALA DE RPA, SALAS DE EXAMES, CONSULTÓRIOS E SALA DE DESCANSO DOS MÉDICOS DA MATERNIDADE.**CONVÊNIO Nº** 1426/2023**TERMO ADITIVO Nº****Data de assinatura:**
20/12/2023**Data de vigência:**
31/12/2024**EXERCÍCIO:** 2023**BENEFICIÁRIO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA HOSPITAL SÃO VICENTE**CNPJ:** 59.901.454/0001-86**ENDEREÇO e CEP:** RUA CORONEL ALÍPIO DIAS, 620 - CENTRO - SÃO JOSÉ DO RIO PARDO / SP - CEP: 13720-000**RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO:** EDSON ROBERTO FURLAN

VALOR TOTAL RECEBIDO EM 2023:	R\$	300.000,00
RECURSOS PRÓPRIOS:		
TOTAL:	R\$	300.000,00
ORIGEM DOS RECURSOS (2): Estadual		

RELAÇÃO DAS DESPESAS (4)

ITEM	DATA DO DOCUMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL (3)	CREADOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR (R\$)	Nº CH ou DOC. DÉBITO	DATA DA COMPENSAÇÃO
1							
2							
3							
4							
TOTAL					-		
Receita de Aplicação Financeira					-		
SALDO PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE					300.000,00		

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: São José do Rio Pardo, 31 de Janeiro de 2024.**Responsável pela Elaboração:****Responsável pela Entidade:****Assinatura:** _____**Nome:** Fábio José Furlan**Cargo:** Auxiliar Qualificado de Escritório**CPF:** 258.461.288-74**Assinatura:** _____**Nome:** Edson Roberto Furlan**Cargo:** Provedor**CPF:** 283.811.818-87**EDSON ROBERTO FURLAN**
CPF 283.811.818-87
PROVEDOR

(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)**Receita 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.**