



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOCOCA

PRAÇA DR. JEFFERSON FERRAZ, N.º 90 – CENTRO – MOCOCA/SP

CEP: 13.730-119 - TELEFONE: (19) 3656-9200

CNPJ: 52.505.153/0001-94 – CNES: 2705222

Mococa, 26 de janeiro de 2024.

SCM nº 022/24

### Ref: PRESTAÇÃO DE CONTAS CONVÊNIO Nº 00680/2022 – EXERCÍCIO 2023.

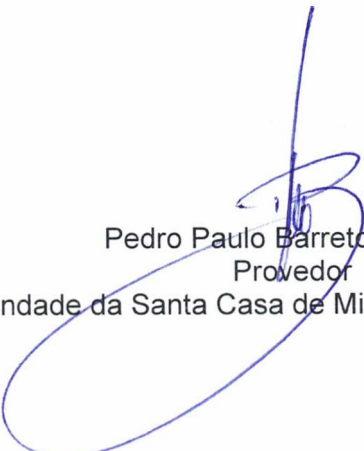
Prezados Senhores.

Em anexo, encaminhamos documentação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mococa, referente a prestação de contas do Convênio nº 00680/2022, relativo ao exercício de 2023, sendo:

- Ofício do Interessado endereçado ao Secretário da Saúde.
- Cópia do Ajuste (Convênio ou Termo Aditivo).
- Cópia do Termo de Ciência e Notificação do Ajuste (Convênio ou Termo Aditivo).
- Cópia do Plano de Trabalho do Ajuste (Convênio ou Termo Aditivo) em referência.
- Cópia da Publicação do Ajuste (Convênio ou Termo Aditivo), no Diário Oficial do Estado.
- Declaração Negativa de Devolução de Saldos.
- Certidão contendo nome e CPFs dos dirigentes e conselheiros da entidade conveniada, incluindo:
  - a) forma de remuneração.
  - b) períodos de atuação principalmente do dirigente responsável pela administração dos recursos recebidos à conta do convênio.
- Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, atualizado.
- Cópia do Estatuto Oficial da Entidade.
- Ata de eleição do quadro dirigente atual da entidade conveniada.
- Declaração informando o atendimento dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, motivação, interesse público.
- Relatório anual de execução de atividades desenvolvidas pela Conveniada, assinado pelo representante legal da entidade, contendo especificamente:
  - a) relatório sobre a execução do objeto do convênio; e
  - b) comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados.
- Conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica, aberta em instituição financeira pública, para movimentação dos recursos do convênio, acompanhada dos respectivos extratos de conta corrente e de aplicações financeiras.
- Publicação do Balanço Patrimonial da entidade conveniada, dos exercícios encerrado e anterior.
- Demonstrações contábeis e financeiras da entidade conveniada, acompanhadas do balancete analítico acumulado do exercício.
- Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis.
- Declaração Negativa de adesão de bens móveis ou imóveis com o recurso recebido.
- Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da conveniada de agentes políticos de Poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.
- Declaração atualizada acerca da contratação ou não de empresa(s) pertencente(s) a dirigentes da Conveniada, agentes públicos de Poder, membros do Ministério Público ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

- Demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no Anexo RP-12.
- Demonstrativo integral das receitas e despesas - modelo contido no Anexo SES-GGCon.
- Apresentação de cópias de notas fiscais, inclusive NF Eletrônica, com carimbo "confere com o original" assinado, contendo: nº do Convênio ou do T.A., Secretaria de Estado da Saúde e Unidade Pagadora (UGE).
- Extratos da Conta Corrente em que recebeu os recursos, a partir da data de recebimento, por ordem cronológica.
- Extratos da Conta de Aplicações Financeiras, demonstrando os respectivos rendimentos a partir da data de recebimento, por ordem cronológica.
- Declaração de que realizou no mínimo 03 (três) Cotações de Preços nas aquisições realizadas pelo Convênio (materiais e serviços).
- Parecer do Conselho Fiscal aprovando as Contas do convênio em questão.
- Declaração Negativa de devolução de recursos não aplicados ou aplicados irregularmente.
- Certidão indicando os nomes e CPFs dos responsáveis pela fiscalização da execução do convênio e respectivos períodos de atuação.
- Declaração que a movimentação financeira do convênio ocorreu em conta bancária específica. Informar os dados da conta bancária.
- Declarar se o convênio e sua prestação de contas estão disponíveis nos sítios eletrônicos da entidade. Informando o caminho eletrônico (link) para acesso.

Atenciosamente.



Pedro Paulo Barreto Furtado  
Provedor  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mococa

À  
Secretaria de Estado da Saúde  
Departamento Regional de São João da Boa Vista  
São João da Boa Vista/SP



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mococa  
Pça. Dr. Jefferson Ferraz, 90 – Pabx/telefax: (19) 3656-9200 – CEP 13730-119  
Mococa/SP – CNPJ nº 52.505.153/0001-94

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

ORGÃO CONCESSOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - U.G.E.: 090196 TIPO (1): SUBVENÇÃO			
OBJETO: INVESTIMENTO (AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO-MÁQUINA DE HEMODIÁLISE PARA USO NA UTI ADULTO TIPO II) - DEMANDA PARLAMENTAR DEPUTADO THIAGO AURICCHIO			
CONVÊNIO Nº 000680/2022	TERMO ADITIVO Nº	Data de assinatura: 27/12/2022	Data de vigência: 30/06/2023
EXERCÍCIO: 2023			

BENEFICIÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOCOCA
CNPJ: 52.505.153/0001-94
ENDEREÇO e CEP: PRAÇA DR. JEFERSON FERRAZ Nº 90 - CEP: 13.730-119
RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO: PEDRO PAULO BARRETO FURTADO

VALOR TOTAL RECEBIDO:	R\$	50.000,00
ORIGEM DOS RECURSOS (2):	Estadual	

**RELAÇÃO DAS DESPESAS (4)**

ITEM	DATA DO DOCUMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL (3)	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR (R\$)	Nº CH ou DOC DÉBITO	DATA DA COMPENSAÇÃO
1	20/01/2023	135627	NIPRO MEDICAL CORPORATION PRODUTOS MÉDICOS LTDA	EQUIPAMENTOS	R\$ 50.000,00	12.401	24/01/2023
					<b>EQUIPAMENTOS</b>	R\$ 50.000,00	
					<b>TOTAL</b>	<b>50.000,00</b>	
<b>Receita de Aplicação Financeira</b>						-	
<b>SALDO PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE</b>						-	


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: Mococa, 26 de janeiro de 2024

Responsável pela Elaboração:

Assinatura:   
Nome: Rita de Cássia Chiconi Beluomo  
Cargo: Auxiliar Administrativo II  
CPF: 457.734.348-73

Responsável pela Entidade:

Assinatura:   
Nome: Pedro Paulo Barreto Furtado  
Cargo: Provedor  
CPF: 568.198.467-20

- (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.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOCOCA**  
PRAÇA DR. JEFFERSON FERRAZ, N.º 90 – CENTRO – MOCOCA/SP  
CEP: 13.730-119 - TELEFONE: (19) 3656-9200  
CNPJ: 52.505.153/0001-94 – CNES: 2705222

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

**ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE**

**CONVENIADA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOCOCA**

**CNPJ: 52.505.153/0001-94**

**ENDEREÇO E CEP: Praça Jeferson Ferraz, nº 90 - 13.730-119**

**RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA: PEDRO PAULO BARRETO FURTADO**

**CPF: 568.198.467-20**

**OBJETO: INVESTIMENTO (AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO-MÁQUINA DE HEMODIÁLISE PARA USO NA UTI ADULTO TIPO II) - DEMANDA PARLAMENTAR DEPUTADO THIAGO AURICCHIO**

**EXERCÍCIO: 2023**

**ORIGEM DOS RECURSOS (1): ESTADUAL**

<b>DOCUMENTO</b>	<b>DATA</b>	<b>VIGÊNCIA</b>	<b>VALOR - R\$</b>
Termo de Convênio nº 000680/2022	27/12/2022	30/06/2023	R\$ 50.000,00
Aditamento nº			
Aditamento nº			

<b>DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO</b>				
<b>DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)</b>	<b>VALORES PREVISTOS (R\$)</b>	<b>DATA DO REPASSE</b>	<b>NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO</b>	<b>VALORES REPASSADOS (R\$)</b>
16/01/2023	R\$ 50.000,00	16/01/2023	202.301.130.017.588	R\$ 50.000,00
<b>(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR</b>				<b>R\$ 0,00</b>
<b>(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO</b>				<b>R\$ 0,00</b>
<b>(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS</b>				<b>R\$ 0,00</b>
<b>(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)</b>				<b>R\$ 0,00</b>
<b>(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)</b>				<b>R\$ 50.000,00</b>
<b>(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA</b>				<b>R\$ 0,00</b>
<b>(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)</b>				<b>R\$ 0,00</b>

(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.

R

B

O signatário, na qualidade de representante da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mococa vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício 2023 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					
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)					
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes	R\$ 50.000,00	R\$ 0,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 0,00
Obras					
Outras despesas					
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>	<b>R\$ 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 não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá se 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 DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONIVEL NO EXERCÍCIO	R\$ 50.000,00
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$ 50.000,00
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	R\$ 0,00
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	R\$ 0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	R\$ 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.

Mococa, 26 de Janeiro de 2024.

Assinatura: 

Nome: Rita de Cássia Chiconi Beluomo

Cargo: Auxiliar Administrativo II

CPF: 457.734.348-73

Assinatura: 

Nome: Pedro Paulo Barreto Furtado

Cargo: Provedor

CPF: 568.198.467-20