

PRESTAÇÃO DE CONTAS

CLÍNICA EMANUEL

CONVÊNIO 16/2024

ABRIL/2024



RESTAURANDO VIDAS
CNPJ: 15 727 338/0001-17

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

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS/SP

CONVENIADA: CLINICA DE REABILITAÇÃO DE DEPENDENTE QUIMICO EMANUEL

CNPJ: 15.727.338/0001-17

ENDEREÇO E CEP: RUA DAS CAMELIAS, 38

RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA: CLEBE FRANCISCO DA SILVA FILHO

CPF: 216.062.358-00

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA OFERTA DE 10 VAGAS PARA TRATAMENTO
VOLUNTÁRIO, EM REGIME RESIDENCIAL, PARA PESSOAS DO SEXO MASCULINO.

EXERCÍCIO: ABRIL

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº016/2024	04/04/2024	12/04/2024 A 31/01/2025	R\$200.000,00
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\$)
12/04/2024	R\$200.000,00	12/04/2024	00001	R\$200.000,00
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				R\$200.000,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)				200.000,00
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				200.000,00

(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.

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) de CLINICA DE REABILITAÇÃO DE DEPENDENTE QUIMICO EMANUEL vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no ABRIL /2024 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

miguel

[Assinatura]



RESTAURANDO VIDAS

CNPJ: 15 727 338/0001-17

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)					
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					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL					

(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 SEGUINTE, 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.

mizael

[Handwritten signature]

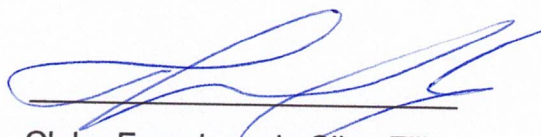


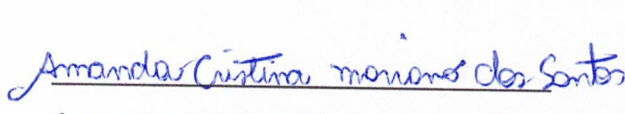
RESTAURANDO VIDAS
CNPJ: 15 727 338/0001-17

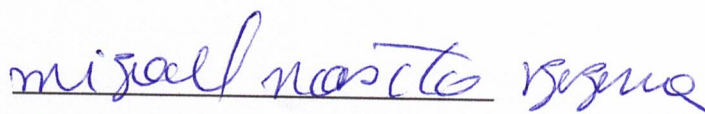
DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$200.000,00
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	R\$200.000,00
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	R\$200.000,00

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.

LINS, 22 de julho 2024


Clebe Francisco da Silva Filho


Amanda Cristina Mariano dos Santos


Mizael Nascimento Bezerra



Extrato por período

Cliente: CLINICA REABILITACAO DEPENDENTES

Conta: 0318 | 003 | 00003816-8

Data: 07/06/2024 - 10:19

Mês: Abril/2024

Período: 1 - 30

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
01/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
02/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
03/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
04/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
05/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
08/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
09/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
10/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
11/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
12/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
15/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
16/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
17/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
18/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
19/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
22/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
23/04/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
24/04/2024	000001	CRED TED	200.000,00 C	200.000,00 C
24/04/2024	000000	SALDO DIA		200.000,00 C
25/04/2024	000000	SALDO DIA		200.000,00 C
26/04/2024	000000	SALDO DIA		200.000,00 C
29/04/2024	000000	SALDO DIA		200.000,00 C
30/04/2024	000000	SALDO DIA		200.000,00 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104