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

**ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
**CONVENIADA:** FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
**CNPJ:** 60.003.761/0001-29
**ENDEREÇO e CEP:** AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA Nº 5544 – BAIRRO SÃO PEDRO – CEP. 15090-000
**RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: HORÁCIO JOSÉ RAMALHO**
**CPF:** 862.581.848-04
**OBJETO:** CUSTEIO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
**EXERCÍCIO:** 2026 **AGOSTO**
**ORIGEM DOS RECURSOS (1):** ESTADUAL

| DOCUMENTO | DATA | VIGÊNCIA | | VALOR - R$ |
|---|---|---|---|---|
| Convênio SES n° 1503/2025 | 10/09/2025 | 31/12/2026 | | R$ 100.000,00 |

| 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 MÊS ANTERIOR | | | | | **46.903,64** |
| (B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO | | | | | **0,00** |
| (C)RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS | | | | | **451,35** |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3) | | | | | **0,00** |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D) | | | | | **47.354,99** |
| | | | | | |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA | | | | | **0,00** |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO MÊS (E+F) | | | | | **47.354,99** |

(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) da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício de 2026 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

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

**ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
**CONVENIADA:** FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
**CNPJ:** 60.003.761/0001-29
**ENDEREÇO e CEP:** AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA Nº 5544 – BAIRRO SÃO PEDRO – CEP. 15090-000
**RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: HORÁCIO JOSÉ RAMALHO**
**CPF:** 862.581.848-04
**OBJETO:** CUSTEIO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
**EXERCÍCIO:** 2026 **AGOSTO**
**ORIGEM DOS RECURSOS (1):** ESTADUAL

| 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 SEGUINTES (R$)** |
| Recursos Humanos (5) | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Recursos Humanos (6) | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Medicamentos | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Material médico e hospitalar (*) | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Gêneros alimentícios | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Outros materiais de consumo | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Serviços médicos (*) | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Outros serviços de terceiros | R$ 3.000,00 | R$ - | R$ 3.000,00 | R$ 3.000,00 | R$ - |
| Locação de imóveis | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Locações diversas | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Utilidades públicas (7) | R$ 6.400,00 | R$ - | R$ 6.400,00 | R$ 6.400,00 | R$ - |
| Combustível | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Bens e materais permanentes | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Obras | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Despesas financeiras e bancárias (**) | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| Outras despesas | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - | R$ - |
| **TOTAL** | **R$ 9.400,00** | **R$ -** | **R$ 9.400,00** | **R$ 9.400,00** | **R$ -** |

(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
(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 SEGUINTES, 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.

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

**ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
**CONVENIADA:** FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
**CNPJ:** 60.003.761/0001-29
**ENDEREÇO e CEP:** AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA Nº 5544 – BAIRRO SÃO PEDRO – CEP. 15090-000
**RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: HORÁCIO JOSÉ RAMALHO**
**CPF:** 862.581.848-04
**OBJETO:** CUSTEIO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
**EXERCÍCIO:** 2026 **AGOSTO**
**ORIGEM DOS RECURSOS (1):** ESTADUAL

| DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO NO EXERCÍCIO | | |
|---|---|---|
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO MÊS | | **47.354,99** |
| (J) DESPESAS PAGAS NO MÊS (H+I) | | **9.400,00** |
| (K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)] | | **37.954,99** |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO | | **0,00** |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO MÊS SEGUINTE (K-L) | | **37.954,99** |

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dios recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Convenente.

**LOCAL e DATA:** São José do Rio Preto-SP, 10 de setembro de 2026.
**RESPONSÁVEL:** (nome, cargo e assinatura)

HORACIO JOSE RAMALHO:86258184804 Assinado de forma digital por HORACIO JOSE RAMALHO:86258184804 Dados: 2026.09.18 08:26:54 -03'00'

**Dr. Horácio José Ramalho**
**Diretor Executivo**

JOSE PAULO CIPULLO:01892789868 Assinado de forma digital por JOSE PAULO CIPULLO:01892789868 Dados: 2026.09.18 08:26:25 -03'00'

**Dr. José Paulo Cipullo**
**Conselho Fiscal**

FERNANDA CRISTINA CAMELO SANCHEZ:53427270491 Assinado de forma digital por FERNANDA CRISTINA CAMELO SANCHEZ:53427270491 Dados: 2026.09.17 11:11:07 -03'00'

**Dra. Fernanda Cristina Camelo Sanches**
**Conselho Fiscal**

SILVIA APARECIDA PEREA:05837959866 Assinado de forma digital por SILVIA APARECIDA PEREA:05837959866 Dados: 2026.09.18 08:27:54 -03'00'

**Dra. Silvia Aparecida Perea**
**Conselho Fiscal**