



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO III – PORTARIA Nº 265/2019
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA

1 – Nome da Unidade Administrativa:				
2 - Endereço (Rua, Avenida ou Praça e n.º):				
3 - Complemento do Endereço (andar, sala, etc):			4 - Bairro/Distrito:	
5 – Município:			6 - CEP:	
7 - Caixa Postal:	8 - DDD:	9 -Telefone	10 - Fax	11 -E-mail:

BLOCO 2 – IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DA UNIDADE ADMINISTRATIVA

12 - Nome do Gestor:			13 - CPF:	
14 - Endereço Residencial (Rua, Avenida ou Praça e n.º):				
15 - Complemento do Endereço (andar, sala, etc):			16 - Bairro/Distrito:	
17 – Município:			18 - CEP:	
19 - Caixa Postal:	20 - DDD:	21 -Telefone	22 - Fax	23 - E-mail:
24 - Matrícula:				

BLOCO 3 – IDENTIFICAÇÃO DO CO-GESTOR UNIDADE ADMINISTRATIVA

25 - Nome do Co-gestor:			26 - CPF:	
27 - Endereço Residencial (Rua, Avenida ou Praça e n.º):				
28 - Complemento do Endereço:			29 - Bairro/Distrito:	
30 - Município:			31 - CEP:	
32 - Caixa Postal	33 - DDD:	34 -Telefone	35 - Fax	36 - E-mail:
37 - Matrícula:				

BLOCO 4 -AUTENTICAÇÕES

38 - Nome, cargo do Gestor:	39 - Local, data e assinatura:
40 - Nome, cargo do Co-gestor:	41 - Local, data e assinatura:
42 - Nome, matrícula do servidor responsável pela Contabilidade FS:	43 - Local, data e assinatura:



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO III – PORTARIA Nº 265/2019
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

OBJETIVO: Identificar a Unidade Administrativa, bem como identificar os responsáveis pela direção e os responsáveis pela movimentação dos recursos financeiros.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA

CAMPO 1 – NOME DA UNIDADE ADMINISTRATIVA:

Informar o nome da Unidade Administrativa, de acordo com a denominação constante do ato de criação da mesma.

CAMPO 2 - ENDEREÇO(RUA, AVENIDA OU PRAÇA E N.º):

Mencionar o nome da rua, avenida ou praça e o nº do imóvel onde se localiza a Unidade Administrativa.

CAMPO 3 – COMPLEMENTO DO ENDEREÇO (ANDAR, SALA, ETC) :

Mencionar o andar, n.º da sala ou outro dado complementar do endereço, caso seja necessário.

CAMPO 4 – BAIRRO /DISTRITO:

Mencionar o nome do bairro/distrito onde se localiza a Unidade Administrativa.

CAMPO 5 – MUNICÍPIO

Mencionar o nome do município (cidade) onde se localiza a Unidade Administrativa.

CAMPO 6 – CEP

Preencher com o Código de Endereçamento Postal correspondente ao endereço da Unidade Administrativa.

CAMPOS 7 a 11 – CAIXA POSTAL, DDD, TELEFONE, FAX, E-MAIL

Preencher com os números da caixa postal, DDD, telefone, fax e e-mail da Unidade Administrativa.

BLOCO 2 – IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DA UNIDADE ADMINISTRATIVA:

CAMPOS 12 e 13 - NOME DO GESTOR E CPF

Informar o nome completo do gestor da Unidade Administrativa e o respectivo n.º do Cadastro de Pessoa Física- CPF.

CAMPOS 14 a 23 – ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA , AVENIDA OU PRAÇA), COMPLEMENTO DO ENDEREÇO (ANDAR, SALA., ETC), BAIRRO/ DISTRITO; MUNICÍPIO,CEP; CAIXA POSTAL; DDD; TELEFONE; FAX; E-MAIL

Preencher com o endereço da residência do gestor da Unidade Administrativa (rua, avenida, praça); complemento (andar, sala, etc), o nome do bairro ou distrito; o nome do município; o Código de Endereçamento Postal, DDD; telefone, fax e correio eletrônico (e-mail).

CAMPO 24 - MATRÍCULA

Preencher com o nº da matrícula do gestor da Unidade Administrativa.

BLOCO 3 – IDENTIFICAÇÃO DO CO-GESTOR DA UNIDADE ADMINISTRATIVA

CAMPOS 25 e 26 – NOME DO CO-GESTOR

Informar o nome completo do co-gestor da Unidade Administrativa e o respectivo n.º do Cadastro de Pessoa Física- CPF.

CAMPO 27 a 36 – ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AVENIDA OU PRAÇA), COMPLEMENTO DO ENDEREÇO (ANDAR, SALA., ETC), BAIRRO/ DISTRITO; MUNICÍPIO,CEP; CAIXA POSTAL; DDD; TELEFONE; FAX; E-MAIL

Preencher com o endereço da residência do co-gestor da Unidade Administrativa (rua, avenida, praça); complemento (andar, sala, etc), o nome do bairro ou distrito; o nome do município; o Código de Endereçamento Postal, DDD; telefone, fax e correio eletrônico (e-mail).

CAMPO 37 – MATRÍCULA

Preencher com o nº da matrícula do co-gestor da Unidade Administrativa.

BLOCO 4 – AUTENTICAÇÕES

38 – NOME, CARGO DO GESTOR DA UNIDADE, LOCAL, DATA E ASSINATURA

Preencher com o nome completo do Gestor da Unidade, cargo e sua respectiva matrícula.

39 - LOCAL, DATA E ASSINATURA

Preencher com o nome do local e data em que foram inseridos e conferidos, pelo Gestor da Unidade, os dados do formulário e assinar.

40 - NOME, CARGO DO CO-GESTOR

Preencher com o nome completo do Co-Gestor da Unidade, cargo e sua respectiva matrícula.

41 - LOCAL, DATA E ASSINATURA

Preencher com o nome do local e data em que foram conferidos, pelo Co-Gestor da Unidade, os dados do formulário e assinar.

42 – NOME, MATRÍCULA, CARGO DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE:

Preencher com o nome completo do servidor responsável pela contabilidade e pela análise e pela prestação de contas e sua respectiva matrícula da Fundação Saúde.

43- LOCAL, DATA E ASSINATURA

Preencher com o nome do local e data em que foram analisados os dados do formulário pelo servidor responsável pela Contabilidade da Fundação Saúde e da prestação de contas e assinar.