



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO V-A – PORTARIA Nº 265/2019
RELAÇÃO DAS DESPESAS REALIZADAS

BLOCO 1- DADOS DA CONTA CORRENTE

1- FS/SIDES/					
2 - Período das despesas: De : ___/___/___ a ___/___/___			3 - Mês: _____	4 - Bimestre: _____/	
5 - Nome do Banco:	6 - N.º do Banco:	7 - Nome da agência:	8 - N.º da Agência:	9 - N.º da conta corrente:	

BLOCO 2- DADOS DAS DESPESAS REALIZADAS NO MÊS

10-Item	11 - Fornecedor/Beneficiário	11- A Cód. Despesa	12 - Valor Em R\$	13 - Documento		14 - Comprovante	
				13 A -Nº Cheque	13 B - Data	14 A - Tipo	14 B - Nº
15 -Total do Mês							
16 -Total acumulado							

BLOCO 3 – AUTENTICAÇÕES

17 - Nome, matrícula, cargo do Gestor:	18 – Local, data e assinatura:
19 - Nome, cargo do Co-gestor:	20 – Local, data e assinatura:
21 - Nome, matrícula do servidor responsável pela Contabilidade da FS:	22 – Local, data e assinatura:



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO V-A – PORTARIA Nº 265/2019
RELAÇÃO DAS DESPESAS REALIZADAS

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

OBJETIVO: Demonstrar a utilização dos recursos provenientes de depósitos efetuados.

OBSERVAÇÃO: Esta Relação deverá ser feita mês a mês, logo ao final do bimestre haverá 2 (duas) relações

BLOCO 1 – DADOS DA CONTA CORRENTE

CAMPO 01 – TITULAR DA CONTA CORRENTE

Informar o nome da Unidade Administrativa do Sistema de Descentralização de Recursos – SIDES, titular da conta bancária que abriga recursos provenientes de depósitos efetuados.

CAMPO 2 – PERÍODO DAS DESPESAS

Informar a data inicial e final, com o formato **dd/mm/aa**, sendo: dd-dia, mm-mês e aa-ano do período das despesas efetuados pela Unidade Administrativa a que se refere a prestação de contas. Este período deverá coincidir com o bimestre a que se refere a prestação de contas.

CAMPO 3 - MÊS

Preencher com o mês a que se refere a relação das despesas efetuadas com recursos depositados.

CAMPO 4 – BIMESTRE

Mencionar o bimestre a que se refere a prestação de contas (1º, 2º, 3º, 4º, 5º ou 6º/ ano)

CAMPO 5 A 9 – NOME DO BANCO, Nº DO BANCO, NOME DA AGÊNCIA, Nº DA AGÊNCIA, Nº DA CONTA CORRENTE

Mencionar o nome e número do banco, nome e número da agência e número da conta corrente onde são efetuadas as despesas com recursos provenientes de depósitos efetuados.

BLOCO 2 - DADOS DAS DESPESAS REALIZADAS NO MÊS

CAMPO 10 – ITEM

Preencher com número seqüencial, ordem cronológica da despesa realizada.

CAMPO 11, 11A – FORNECEDOR /BENEFICIÁRIO

Preencher com o nome do fornecedor/beneficiário de acordo com o nome identificado na nota fiscal ou documento equivalente, e classificar a despesa de acordo com o classificador vigente.

CAMPO 12 - VALOR EM R\$

Preencher com o valor em reais (R\$) face às despesas realizadas com recursos provenientes de depósitos efetuados, em conformidade com os fornecedores/beneficiários identificados no campo 11.

CAMPOS 13, 13A e 13B - CHEQUE, Nº E DATA

Preencher o campo 13A com o número do cheque e o campo 13B com a data de emissão do cheque conforme a relação dos fornecedores/beneficiários identificados no campo 11.

CAMPOS 14, 14A e 14B – COMPROVANTE, TIPO E Nº

Preencher o campo 14A com o tipo de comprovante e o campo 14B com o número do comprovante de despesas conforme fornecedor/beneficiário identificado no campo 11.

CAMPO 15 – TOTAL DO MÊS

Preencher com o total das despesas efetuados durante o mês a que se refere à Relação das Despesas realizadas com Recursos Recebidos.

CAMPO 16 - TOTAL ACUMULADO

Preencher com o valor em reais R\$ acumulado, somando – se o valor do campo 15 – TOTAL DO MÊS ao valor total acumulado no mês imediatamente anterior. Em se tratando do primeiro mês do bimestre da prestação de contas os valores dos campos 15 e 16 são idênticos;



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO V-A – PORTARIA Nº 265/2019
RELAÇÃO DAS DESPESAS REALIZADAS

Exemplo:

BLOCO 2 - DADOS DAS DESPESAS REALIZADAS NO MÊS COM RECURSOS RECEBIDOS DA FS

10 - Item	11 - Fornecedor/Beneficiário	12 - Valor Em R\$	13 - Cheque		14 - Comprovante	
			13 A - N°	13 B - Data	14 A - Tipo	14 B - N°
01	Casa de Material S/A	500,00	000385	02/01/2004	Nota Fiscal	00545
02	Supermercado Tem de Tudo Ltda	1.000,00	000386	31/01/2004	Nota Fiscal	00021
15-Total do Mês de Janeiro		1.500,00				
16-Total acumulado		1.500,00				

10 - Item	11 - Fornecedor/Beneficiário	12 - Valor Em R\$	13 - Cheque		14 - Comprovante	
			13 A - N°	13 B - Data	14 A - Tipo	14 B - N°
01	Papelaria Lápis e Borracha	400,00	00387	3/02/2004	Nota Fiscal	2505
02	Joaquim José da Silva	50,00	00388	28/02/2004	Recibo	003/2004
15-Total do Mês de Fevereiro		450,00	Somatório dos itens do mês			
16-Total acumulado = Mês corrente + Total acumulado no mês imediatamente anterior		1.950,00				

BLOCO 3 - AUTENTICAÇÕES

17 – NOME, MATRÍCULA, CARGO DO GESTOR

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

18 - LOCAL, DATA E ASSINATURA

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

19 - NOME, CARGO DO CO-GESTOR

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

20 - LOCAL, DATA E ASSINATURA

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

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

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

22 - LOCAL, DATA E ASSINATURA

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