



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO V-C – PORTARIA Nº 265/2019
RELATÓRIO DE PEQUENAS DESPESAS

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	12 - Valor Em R\$	13 - Comprovante	
			13 A-Tipo	13 B-Nº
14 -Total do Mês				
15 -Total acumulado				

BLOCO 3 – AUTENTICAÇÕES

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

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO



Avenida Padre Leonel Franca, nº 248 1º andar
Gávea - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - Cep: 22451-000
Tel.: 55 (21) 2334-5010 | www.fundacaosaude.rj.gov.br



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO V-C – PORTARIA Nº 265/2019
RELATÓRIO DE PEQUENAS DESPESAS

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 à relação das despesas efetuadas com recursos depositados.

CAMPO 4 – BIMESTRE

Mencionar o bimestre a que se refere a prestação de contas (1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°/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 – FORNECEDOR /BENEFICIÁRIO

Preencher com o nome do fornecedor/beneficiário de acordo com o nome identificado na nota fiscal ou documento equivalente.

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 – COMPROVANTE, TIPO E Nº

Preencher o campo 13A com o tipo de comprovante e o campo 13B com o número do comprovante de despesas conforme fornecedor/beneficiário identificado no campo 11.

CAMPO 14 – 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 15 - TOTAL ACUMULADO

Preencher com o valor em reais R\$ acumulado, somando – se o valor do campo 14 – 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 14 e 15 são idênticos;



FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ANEXO V-C – PORTARIA Nº 265/2019
RELATÓRIO DE PEQUENAS DESPESAS

BLOCO 3 - AUTENTICAÇÕES

16 – NOME, MATRÍCULA, CARGO DO GESTOR

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

17 - 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.

18 - NOME, CARGO DO CO-GESTOR

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

19 - 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.

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

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

21 - 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.