# ANEXO ÚNICO DA PORTARIA CONJUNTA SEFAZ/SESA Nº 01-R DE 01 DE DEZEMBRO DE 2023.

**A - Demonstrativos da Prestação de Contas**

1: Detalhamento da Despesa com Pessoal – Área Fim

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SALÁRIO BRUTO | | | | |
| FAVORECIDO | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
| TOTAL SALÁRIO BRUTO (I): |  |  |  |  |
| ENCARGOS SOCIAIS (II): |  |  |  |  |
| OUTRAS DESPESAS COM PESSOAL ÁREA FIM (III): |  |  |  |  |
| TOTAL (I) + (II) + (III): |  |  |  |  |

2: Detalhamento da Despesa com Pessoal – Outras Áreas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SALÁRIO BRUTO | | | | |
| FAVORECIDO | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
| TOTAL SALÁRIO BRUTO (I): |  |  |  |  |
| ENCARGOS SOCIAIS (II): |  |  |  |  |
| OUTRAS DESPESAS COM PESSOAL ÁREA MEIO (III): |  |  |  |  |
| TOTAL (I) + (II) + (III): |  |  |  |  |

3: Medicamentos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALOR POR FORNECEDOR | | | | |
| FORNECEDOR | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL: |  |  |  |  |

4: Serviços Médicos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALOR POR FORNECEDOR | | | | |
| FORNECEDOR | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL: |  |  |  |  |

5: Serviços Odontológicos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALOR POR FORNECEDOR | | | | |
| FORNECEDOR | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL: |  |  |  |  |

6: Serviços Laboratoriais

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALOR POR FORNECEDOR | | | | |
| FORNECEDOR | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL: |  |  |  |  |

7: Investimentos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALOR POR FORNECEDOR | | | | |
| FORNECEDOR | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL: |  |  |  |  |

8: Demais Despesas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALOR POR FORNECEDOR | | | | |
| FORNECEDOR | Atenção Básica | Atenção Hospit/ Ambulat. | Outras Atividades | OBSERVAÇÃO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL: |  |  |  |  |

**B - Informações necessárias ao lançamento na contabilidade**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Contrato de Gestão | **XXX** |
| Parceiro Privado: | **XXX** |
| CNPJ do Parceiro Privado: | **XXX** |
| Nº Processo Prestação de Contas: | **XXX** |
| Mês de Competência: | **Mês/Ano** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATENÇÃO BÁSICA** | |
| Pessoal – Área Finalística | **R$** |
| Pessoal – Outras Áreas | **R$** |
| Medicamentos | **R$** |
| Serviços Médicos | **R$** |
| Serviços Odontológicos | **R$** |
| Serviços Laboratoriais | **R$** |
| Investimentos | **R$** |
| Outros | **R$** |
| **ATENÇÃO HOSPITALAR/AMBULATORIAL** | |
| Pessoal – Área Finalística | **R$** |
| Pessoal – Outras Áreas | **R$** |
| Medicamentos | **R$** |
| Serviços Médicos | **R$** |
| Serviços Odontológicos | **R$** |
| Serviços Laboratoriais | **R$** |
| Investimentos | **R$** |
| Outros | **R$** |
| **OUTRAS ATIVIDADES EM SAÚDE** | |
| Pessoal – Área Finalística | **R$** |
| Pessoal – Outras Áreas | **R$** |
| Medicamentos | **R$** |
| Serviços Médicos | **R$** |
| Serviços Odontológicos | **R$** |
| Serviços Laboratoriais | **R$** |
| Investimentos | **R$** |
| Outros | **R$** |

# Assinaturas:

# Nome: Nome:

# CPF: CPF:

# Diretor da Organização Responsável Técnico pela Contabilidade