


**PORTARIA 30/SMADS/2015 - ANEXO I**

	<b>DECLARAÇÃO DE GERENCIAMENTO DOS RECURSOS FINANCEIROS - DEGREF ANUAL</b>				
	<b>RESUMO GERAL</b>				
SAS			Período		
TIPO DE SERVIÇO					
ORGANIZAÇÃO					
NOME FANTASIA					
TERMO DE CONVÊNIO					
VIGÊNCIA					
<b>MÊS</b>	<b>Saldo credor ou devedor vindo do Mês Anterior</b>	<b>Valor Recebido no Mês</b>	<b>Total de Despesas</b>	<b>Saldo credor/devedor para o mês seguinte</b>	<b>Valor de eventual contrapartida da organização (preenchimento facultativo)</b>
JUL				0	
AGO	0			0	
SET	0			0	
OUT	0			0	
NOV	0			0	
DEZ	0			0	
JAN	0			0	
FEV	0			0	
MAR	0			0	
ABR	0			0	
MAI	0			0	
JUN	0			0	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<p>Obs. O resultado quando positivo deverá ser descontado no repasse do mês de agosto e quando negativo equivale a contrapartida da organização.</p>					
<p>Declaro sob pena de lei que esta Declaração é fiel aos respectivos comprovantes, os quais se encontram à disposição da Prefeitura da Cidade de São Paulo e órgãos fiscalizadores.</p>					
<b>Data</b>					
<b>Nome do Contador da Organização</b>					
<b>Nº do CRC</b>					
<b>Assinatura</b>					
<b>Nome do Representante Legal da Organização</b>					
<b>Nº do CPF</b>					
<b>Assinatura</b>					

**ANEXO II**

DECLARAÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA MENSAL - DEMOFIM													
DEMONSTRATIVO DE MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS POR ELEMENTO DE DESPESA - FLEXIBILIZAÇÃO e TRANSPORTE MENSAL DE SALDOS													
SAS				MÊS DE REFERÊNCIA				ANO DE REFERÊNCIA					
TIPO DE SERVIÇO								TERMO DE CONVÊNIO					
ORGANIZAÇÃO								VIGÊNCIA					
NOME FANTASIA													
		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
		MOVIMENTAÇÃO					FLEXIBILIZAÇÃO					TRANSPORTE	
COD	ELEMENTOS	Saldo do mês anterior	Valor de Repasse	Valor Glosado de mês anterior	Saldo Disponível (A+B+C)	Gastos no mês	SUBTOTAL 1 (D - E)	Limite para Flexibilização (25% DO VALOR DO REPASSE)	Valor Flexibilizado no mês DE outro elemento	SUBTOTAL 2 (F - H)	Valor a Flexibilizar no mês PARA outro elemento	Descrever a flexibilização (apontar o código do elemento e o valor aportado)	Valor a transportar para o próximo mês (I - J)
1	RECURSOS HUMANOS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
2	ENCARGOS SOCIAIS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
3	FUNDO DE RESERVA				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
4	ALIMENTAÇÃO				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
5	MATERIAL PARA O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO E PEDAGÓGICO				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
6	CONCESSIONÁRIAS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
7	ALUGUEL				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
8	IPTU				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
9	HORAS TÉCNICAS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00

10	HORAS OFICINAS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
11	DESP. ATIV. EXTERNA DE NATUREZA SOCIOEDUCATIVA E DE LAZER				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
12	DESP. ATIV. SOCIOASSISTENCIAIS OR., ENC. E APOIO IND. OU GRUPAL				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
13	DESP. LOCAÇÃO DE VEÍCULOS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
14	DESP. TRANSPORTE E VESTUÁRIO				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
15	DESP. LAVANDERIA				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
16	DESP. HOSPEDAGEM EMERGENCIAL				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
17	DESP. RECÂMBIO				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
18	OUTRAS DESPESAS				0,00		0,00	0,00		0,00			0,00
<b>TOTAL</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>

**Data**

**Nome do Contador da Organização**

**Nº do CRC**


**Assinatura**

**Nome do Representante Legal da Organização**

**Nº do CPF**

**Assinatura**

### ANEXO III

 <small>PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL</small>	<b>DESCRIÇÃO MENSAL DE DESPESAS - DESP</b>			
SAS		MÊS		
		ANO		
TIPO DE SERVIÇO				
ORGANIZAÇÃO				
NOME FANTASIA				
TERMO DE CONVÊNIO				
VIGÊNCIA				
ISENÇÕES:	ISS		COTA PATRONAL	
VALOR MENSAL				
Natureza de Despesa				
Código	Data do Documento	Numero do Documento	Nome do Favorecido	Valor
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
			<b>TOTAL</b>	0
Declaro sob pena de lei que esta Declaração é fiel aos respectivos comprovantes, os quais se encontram à disposição da Prefeitura da Cidade de São Paulo e órgãos fiscalizadores.				
Nome Representante Legal da Organização				
Número do RG		Número do CPF		
Assinatura				
<b>Observações:</b>				
1 - Preencher um formulário para cada elemento de despesa conforme Demonstrativo de Custeio do Serviço Conveniado, exceto Recursos Humanos e Encargos				
2 - Acrescentar ou diminuir quantas linhas forem necessárias compatível o número de registros.				
NOTA: Preencher apenas os campos realçados.				

### VERSO DO ANEXO III

#### PARECER DO TÉCNICO SUPERVISOR DO SERVIÇO NA SAS:

( ) Após conferência qualitativa desta DESP pelo TÉCNICO SUPERVISOR deste serviço, **NÃO CONSTATAMOS** irregularidades e portanto, somos pela **APROVAÇÃO** das despesas realizadas. Encaminhamos para a UPC desta SAS para conferência aritmética e prosseguimento caso esteja de acordo.

( ) Após conferência qualitativa desta DESP pelo TÉCNICO SUPERVISOR desta SAS e **TENDO CONSTATADO** irregularidades nos documentos apresentados, somos pela **APROVAÇÃO PARCIAL** das despesas realizadas, não reconhecendo o(s) documento(s) do(s) item(ns): \_\_\_\_\_ e/ou o(s) seguinte(s) item(ns): \_\_\_\_\_ do documento: \_\_\_\_\_.

Frente ao exposto, fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_.

Encaminhamos para a UPC desta SAS para conferência aritmética e prosseguimento caso esteja de acordo.

( ) Após conferência qualitativa desta DESP pelo TÉCNICO SUPERVISOR deste serviço e **TENDO CONSTATADO** irregularidades no(s) documento(s) apresentados, somos pela **REPROVAÇÃO** da(s) despesa(s) realizada(s).

Frente ao exposto, fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura*

#### PARECER DO REPONSÁVEL PELA UPC NA SAS:

( ) Após conferência aritmética desta DESP e sua correspondência com os comprovantes fiscais apresentados pela organização conveniada, **NÃO CONSTATAMOS** irregularidades nos documentos apresentados.

( ) Após conferência aritmética desta DESP e sua correspondência com os comprovantes fiscais apresentados pela organização conveniada, **CONSTATAMOS** irregularidades no(s) documento(s): \_\_\_\_\_ e/ou no(s) item(ns): \_\_\_\_\_ do(s) documento(s) \_\_\_\_\_.

Frente ao exposto, sugerimos glosar o valor de R\$ \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura*

#### PARECER FINAL DO TÉCNICO SUPERVISOR DO SERVIÇO NA SAS:

( ) Somos pela **APROVAÇÃO** da(s) despesa(s) realizada(s).

( ) Somos pela **APROVAÇÃO PARCIAL** da(s) despesa(s) realizada(s). Fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_ pelo(s) seguinte(s) motivo(s): \_\_\_\_\_

( ) Somos pela **REPROVAÇÃO** da(s) despesa(s) realizada(s). Fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_ pelo(s) seguinte(s) motivo(s): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura*

**DESCRIÇÃO MENSAL DE DESPESAS - DESP**

SAS		MÊS DE REFERÊNCIA		ANO DE REFERÊNCIA	
-----	--	-------------------	--	-------------------	--

TIPO DE SERVIÇO	
ORGANIZAÇÃO	
NOME FANTASIA	
TERMO DE CONVÊNIO	
VIGÊNCIA	

ISENÇÕES	ISS		COTA PATRONAL	
----------	-----	--	---------------	--

Natureza de Despesa	<b>RECURSOS HUMANOS</b>
---------------------	-------------------------

FUNÇÃO	NOME	SALÁRIO (Base FGTS)	INSS (empregado)
	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

QUADRO RESUMO	
SALÁRIO (Base FGTS)	
FGTS	
PIS	
INSS (Empregador)	
Fundo Provisionado	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

Declaro sob pena de lei que esta Declaração é fiel aos respectivos comprovantes, os quais se encontram à disposição da Prefeitura da Cidade de São Paulo e órgãos fiscalizadores.

<b>Nome do Representante Legal da Organização</b>	
<b>Número do RG</b>	<b>Número do CPF</b>
<b>Assinatura</b>	

NOTA: Preencher apenas os campos realçados.

**PARECER DO TÉCNICO SUPERVISOR DO SERVIÇO NA SAS:**

( ) Após conferência qualitativa desta DESP pelo TÉCNICO SUPERVISOR deste serviço, **NÃO CONSTATAMOS** irregularidades e portanto, somos pela **APROVAÇÃO** das despesas realizadas. Encaminhamos para a UPC desta SAS para conferência aritmética e prosseguimento caso esteja de acordo.

( ) Após conferência qualitativa desta DESP pelo TÉCNICO SUPERVISOR desta SAS e **TENDO CONSTATADO** irregularidades nos documentos apresentados, somos pela **APROVAÇÃO PARCIAL** das despesas realizadas, não reconhecendo o(s) documento(s) do(s) item(ns) : \_\_\_\_\_ e/ou o(s) seguinte(s) item(ns): \_\_\_\_\_ do documento: \_\_\_\_\_ .

Frente ao exposto, fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_ .  
Encaminhamos para a UPC desta SAS para conferência aritmética e prosseguimento caso esteja de acordo.

( ) Após conferência qualitativa desta DESP pelo TÉCNICO SUPERVISOR deste serviço e **TENDO CONSTATADO** irregularidades no(s) documento(s) apresentados, somos pela **REPROVAÇÃO** da(s) despesa(s) realizada(s).

Frente ao exposto, fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_ .

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura*

**PARECER DO REPONSÁVEL PELA UPC NA SAS:**

( ) Após conferência aritmética desta DESP e sua correspondência com os comprovantes fiscais apresentados pela organização conveniada, **NÃO CONSTATAMOS** irregularidades nos documentos apresentados.

( ) Após conferência aritmética desta DESP e sua correspondência com os comprovantes fiscais apresentados pela organização conveniada, **CONSTATAMOS** irregularidades no(s) documento(s): \_\_\_\_\_ e/ou no(s) item(ns): \_\_\_\_\_ do(s) documento(s) \_\_\_\_\_ .

Frente ao exposto, sugerimos glosar o valor de R\$ \_\_\_\_\_ .

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura*

**PARECER FINAL DO TÉCNICO SUPERVISOR DO SERVIÇO NA SAS:**

( ) Somos pela **APROVAÇÃO** da(s) despesa(s) realizada(s).

( ) Somos pela **APROVAÇÃO PARCIAL** da(s) despesa(s) realizada(s). Fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_ pelo(s) seguinte(s) motivo(s): \_\_\_\_\_

( ) Somos pela **REPROVAÇÃO** da(s) despesa(s) realizada(s). Fica glosado o valor de R\$ \_\_\_\_\_ pelo(s) seguinte(s) motivo(s): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura*

## ANEXO IV



### DEMONSTRATIVO DE CUSTEIO DO SERVIÇO CONVENIADO

### DELIBERAÇÃO TÉCNICA

SAS:
Serviço:
Edital:
Processo nº:
Termo de Convênio nº:

Tendo recebido o **DEMONSTRATIVO DE CUSTEIO DO SERVIÇO CONVENIADO** da organização: \_\_\_\_\_, referente ao serviço citado na inicial e após análise em conformidade com o previsto no artigo 6º da Portaria 30/SMADS/2015, deliberamos por:

(  ) **APROVAR** o referido Demonstrativo de Custeio Serviço Conveniado para vigência no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(  ) **REPROVAR** o referido Demonstrativo de Custeio Serviço Conveniado, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

---

---

---

---

---

---

A organização poderá interpor recurso ao Supervisor de Assistência Social da SAS citada na inicial nos termos da Portaria 30/SMADS/2015.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do Técnico Supervisor*

Ciência da Organização:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do Representante Legal da Organização*