



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

資助年度總結報告

Relatório Anual

編號 N.º: CAPO 05

注意事項 Observações

- 請以正楷字體填寫，並用☐指出選項 Preencha em letra de imprensa e assinale com ☐ a sua resposta.
- 所有金額以澳門元計算 Todos os valores são calculados em patacas.

報告年度 Ano do Relatório		受資助期間 Período do apoio financeiro	____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 日 Dia 月 Mês 年 Ano até 日 Dia 月 Mês 年 Ano
--------------------------	--	--------------------------------------	--

第一部分：社團的基本資料 1.ª PARTE: Informações básicas sobre a Associação

社團名字全稱 Nome completo da Associação							
聯絡人姓名 Nome da pessoa de contacto		聯絡電話 N.º de Telefone		電郵 Email		圖文傳真 N.º de Fax	

第二部分：對應的資助計劃和範圍 2.ª PARTE: Plano e âmbito de apoio financeiro correspondentes ao relatório

資助計劃 Plano de apoio financeiro	<input type="checkbox"/> 醫院醫療服務資助計劃 Plano de apoio financeiro para serviços de cuidados hospitalares	<input type="checkbox"/> 社區醫療服務資助計劃 Plano de apoio financeiro para serviços de cuidados comunitários
資助範圍 Âmbito de apoio financeiro	<input type="checkbox"/> 住院 Internamento <input type="checkbox"/> 門診 Consulta Externa <input type="checkbox"/> 急診 Urgência <input type="checkbox"/> 其他醫療服務 Outros serviços de cuidados <input type="checkbox"/> 防疫注射 Vacinação	1) 社區醫療衛生和護理服務 Serviços de cuidados de saúde e enfermagem comunitários <input type="checkbox"/> 門診和治療服務 Serviços ambulatoriais e terapêuticos <input type="checkbox"/> 牙溝封閉計劃 Plano de selante de fissuras <input type="checkbox"/> 康復護理服務 Serviços de enfermagem de reabilitação <input type="checkbox"/> 子宮頸癌篩查 Rastreio do cancro do colo do útero <input type="checkbox"/> 心理治療和宣傳推廣 Psicoterapia e promoção da saúde mental <input type="checkbox"/> 疾病檢驗服務，包括性病防治合作計劃、愛滋病毒快速測試及丙肝病毒抗體快速測試等 Serviços de testagem de doenças, incluindo projecto de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e teste rápido de VIH e de anti-HCV <input type="checkbox"/> 院舍醫療服務 Serviços de assistência médica em lares <input type="checkbox"/> 牙周潔治計劃 Plano da limpeza dentária <input type="checkbox"/> 外展家居護理服務 Serviços externos de cuidados domiciliários
		2) 疾病預防和健康促進活動 Actividades de prevenção das doenças e promoção da saúde <input type="checkbox"/> 愛滋病的諮詢和外展服務 Serviços de aconselhamento e tratamento externo da SIDA <input type="checkbox"/> 控煙和控酒的推廣服務 Promoção sobre o controlo do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas
		<input type="checkbox"/> 其他，請註明 Outro(s), indique _____



第三部分：報告內容 3.^a PARTE: Conteúdo do relatório

註：倘空間不足，請用白紙補充各項內容或另行附上完整報告。

Nota: caso o espaço não seja suficiente, utilize um papel branco para complementar os conteúdos ou anexe o relatório completo separado.

1. 受資助服務的內概述

Breve apresentação dos serviços financiados

2. 執行受資助服務的預期目標

Objectivos esperados na execução dos serviços financiados

3. 評估受資助服務成效的指標及要素

Indicadores e elementos para avaliação dos resultados dos serviços financiados

4. 實際執行情況 (包括是否按照規劃執行、已使用 / 參與人數、使用者對象的意見回饋、遇到的問題及解決情況等)

Situação real de execução (incluindo a execução ou não dos serviços financiados de acordo com o planeamento apresentado na candidatura, o número de utilizadores/participantes, o *feedback* dos utilizadores, os problemas encontrados e as suas soluções, etc.)



5. 對受資助服務取得的成效進行分析及評價 (與第3點的指標及要素對應)

Análise e avaliação dos resultados alcançados dos serviços financiados (correspondentes aos indicadores e elementos referidos no ponto 3)

6. 資助款項的運用情況 (包括預算執行率、收支平衡狀況、全部收入及支出情況等)

Utilização das verbas de apoio financeiro concedidas (incluindo a taxa de execução orçamental, as receitas e despesas, etc.)

第四部分：關聯交易 4.ª PARTE: Transacções com partes relacionadas

沒有。

Não.

茲聲明資助款項於購置物資或租賃服務時，涉及關聯交易¹，申報如下：

Declaro que as verbas de apoio financeiro concedidas estão relacionadas com transacções com partes relacionadas¹ na aquisição de bens ou serviços de aluguer:

序號 N.º	供應商名稱 Nome do fornecedor	供應商與申請人的關係 Relação entre o fornecedor e o candidato	購置物資或租賃服務的具體內容 Conteúdo específico da aquisição de bens ou serviços de aluguer
1			
2			
3			
4			

現提交證明文件，包括向至少2間非關聯方的供應商進行詢價資料，並知悉未能提交相關證明或價格經衛生局判斷為明顯不合理者，該筆支出不能使用衛生局資助款項。

Documentos comprovativos apresentados, incluindo as informações sobre o pedido de consulta para a apresentação da proposta de preço a pelo menos dois (2) fornecedores que não sejam partes relacionadas, e com conhecimento de que a não apresentação dos respectivos documentos comprovativos ou do preço seja considerado manifestamente irrazoável pelos Serviços de Saúde, e as respectivas despesas não podem ser pagas, através do apoio financeiro concedido pelos Serviços de Saúde.

1. 根據公共資產監督管理局第001/GPSAP/AF/2023號《受資助活動或項目查驗指引》第四點規定，倘申請者涉及向以下任一情況的供應商購買物資或服務、場地租賃、餐飲等交易，且交易金額達澳門元十萬元或以上，則須在申請文件中預先披露交易的對象名稱、與申請者的關係及預計交易的內容：

De acordo com o ponto IV das “Instruções para a verificação de actividade ou projecto beneficiado” (n.º 001/GPSAP/AF/2023) da Direcção dos Serviços de Supervisão e da Gestão dos Activos Públicos, caso o candidato efectue transacções com fornecedores que se enquadrem em qualquer uma das seguintes situações, para, por exemplo, aquisição de bens ou serviços, aluguer de espaços, serviços de alimentação, entre outros, cujo montante é igual ou superior a 100 000 patacas, devem ser mencionados previamente nos documentos de candidatura o nome da parte relacionada, a relação com o candidato e o conteúdo das despesas previstas da transacção:

- (1) 申請者為供應商的股東、供應商的行政管理機關成員或等同職位；
O candidato é o sócio do fornecedor, e/ou membro da administração do mesmo;
- (2) 申請者的會長 / 副會長 / 理事長 / 副理事長 / 秘書長 / 副秘書長 / 監事長 / 副監事長或等同職位及上述人士的配偶 / 父母 / 子女及配偶的父母為供應商、供應商的股東、供應商的行政管理機關成員。
- (3) O presidente/vice-presidente/presidente da direcção/secretário-geral/vice-secretário geral/presidente do conselho fiscal/vice-presidente do conselho fiscal do candidato, bem como, o cônjuge/pais/filhos e pais de cônjuge das pessoas acima referidas, são os fornecedores, sócios e membros de administração do fornecedor.



第五部分：必須提交的文件及附表 5.ª PARTE: Documentos e anexos necessários

提交的文件 Documentos a apresentar	未能提交的原因 Razão de não apresentação	衛生局專用 Exclusivo dos SS
<input type="checkbox"/> 服務執行報告【CAPO 05 附表 a 或 a1】 Relatório de execução (Anexo a ou a1 do modelo n.º CAPO 05)		
<input type="checkbox"/> 財務報表_收入及支出明細【CAPO 05 附表 b】 Demonstrações financeiras - Discriminação das receitas e despesas (Anexo b do modelo n.º CAPO 05)		
<input type="checkbox"/> 固定資產清單【CAPO 05 附表 f】 Lista dos activos fixos (Anexo f do modelo n.º CAPO 05)		
<input type="checkbox"/> 服務地點、服務標示及服務照片至少五張【CAPO 05 附表 d & d1】 Pelo menos cinco (5) fotografias relativas aos locais onde são prestados serviços, com destaque dos serviços financiados pelos SS e ao exercício de actividade de serviços (Anexo d & d1 do modelo n.º CAPO 05)		
<input type="checkbox"/> 受資助服務人員明細表【CAPO 05 附表 c】，連同職業稅 M3/M4 格式副本/受資助人員薪酬證明文件 Lista de dados de identificação do pessoal subsidiado de prestação de serviços (Anexo c do modelo n.º CAPO 05), bem como fotocópia do modelo M3/M4 do Imposto Profissional, ou documentos comprovativos da remuneração do pessoal subsidiado		
<input type="checkbox"/> 受資助人員簽署確認的薪酬證明副本（適用於院舍醫療服務及醫院的防疫注射服務） Fotocópia dos documentos comprovativos de remuneração assinados e confirmados pelo pessoal subsidiado (aplicável aos serviços médicos prestados em lares e serviços de vacinação presados por hospital)		

第六部分：附同資料 6.ª PARTE: Documentos acompanhados

<input type="checkbox"/> 對外收費清單（於“服務執行報告【CAPO 05 附表 a】”填寫） Lista de cobrança dos serviços prestados (a preencher no “Relatório de execução” do anexo a do modelo n.º CAPO 05)
<input type="checkbox"/> 核數/審計報告（包括以執行商定程序 ² 和專項審計形式） Relatórios de auditoria (incluindo relatório sobre a execução dos procedimentos acordados ² e relatório a ser feito por meio de auditoria específica)
<input type="checkbox"/> 購置或租賃的報價資料及比較表【CAPO 05 附表 e】 Informações sobre cotação de aquisição de bens ou serviços de aluguer e tabela de comparação (Anexo e do modelo n.º CAPO 05)
<input type="checkbox"/> 其他，請註明： Outros, indique

2. 根據公共資產監督管理局第 001/GPSAP/AF/2023 號《受資助活動或項目查驗指引》第五點（二）項第 1 點規定，倘在同一資助計劃內實際獲發資助金額滿澳門元一百萬元或以上，受資助方應聘請執業會計師、會計師事務所、可提供會計和稅務服務的會計師、可提供會計和稅務服務的會計公司執行商定程序，並由其編製及出具有關執行商定程序的報告，而報告範本可參照該《指引》的附件三。
De acordo com o n.º 1 da alínea 2) do ponto V das "Instruções para a verificação de actividade ou projecto beneficiado" (n.º 001/GPSAP/AF/2023) da Direcção dos Serviços da Supervisão e da Gestão dos Activos Públicos, quando os beneficiários forem concedidos um montante total de apoio financeiro igual ou superior a 1 000 000 patacas num mesmo plano de apoio financeiro, devem ainda contratar contabilista habilitado a exercer a profissão, sociedade de contabilistas habilitados a exercer a profissão, contabilista que pode prestar serviços de contabilidade e fiscalidade ou sociedade de contabilistas que pode prestar serviços de contabilidade e fiscalidade, para executar os procedimentos acordados, elaborar e emitir o relatório sobre a execução dos procedimentos acordados. Para o exemplar do relatório, consulte o Anexo III dessas instruções.



第七部分：退回資助款項 (倘適用) 7.ª PARTE: Devolução do apoio financeiro (Se aplicável)

茲聲明·由於上述受資助的服務出現以下情況：Para os devidos efeitos, declaro que, foi verificada a seguinte situação nos serviços financiados acima referidos:

- 結餘 (獲資助的開支金額低於已發放的資助金額)
Saldo (o valor das despesas elegíveis foi inferior ao valor do apoio financeiro concedido)
- 服務已中斷或終止
Interrupção ou cessação dos serviços
- 未在資助計劃或批給決定所定的期間內實施
Não se realizarem dentro do prazo previsto nos planos de apoio financeiro ou na decisão da concessão de apoio financeiro
- 其他·請註明：
Outros, indique

現通知將資助金額退回衛生局·合共澳門元 _____ ° Venho por este meio informar que o montante de apoio financeiro será devolvido aos Serviços de Saúde, no valor total de _____ patacas.

(註：當資助期間完結後·資助名額或資助金額存有結餘·又或者符合報銷的資助少於已付金額時·均不可轉撥至其他用途·亦不可撥歸翌年度使用·此外·須自衛生局發出退回憑單的翌日起計 30 日內·將退回的款項連同衛生局帳單·到衛生局司庫科進行退款。)

(Nota: Findo período de apoio financeiro, se existirem saldos no número ou no montante de apoio financeiro concedido, ou se o montante de apoio financeiro que satisfaça os requisitos de reembolso for inferior ao montante pago, não podendo esses ser transferidos para outros fins, nem transferidos e utilizados no ano seguinte. Além disso, o beneficiário deve levar consigo as verbas acima mencionadas juntamente com a factura emitida pelos Serviços de Saúde dirigindo à Secção de Tesouraria dos Serviços de Saúde, no prazo de 30 dias a contar do dia seguinte ao da emissão da guia do reembolso, a fim de proceder à devolução das verbas pagas, junto dos Serviços de Saúde.)

備註：
Nota

負責人簽署及社團蓋章

Assinatura do responsável e carimbo da associação

姓名 Nome :

職稱 Cargo :

日期 Data : ____ / ____ / ____
日 Dia 月 Mês 年 Ano