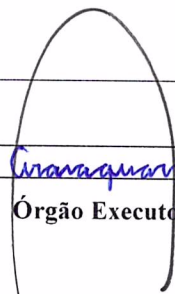
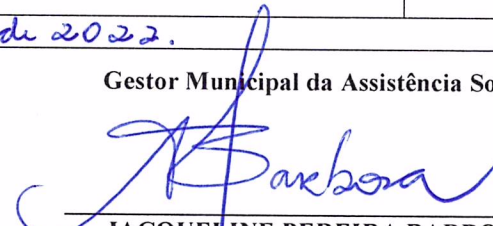
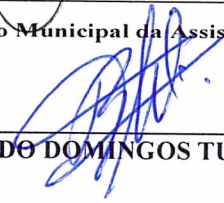



ANEXO III

RELATÓRIO ANUAL DA EXECUÇÃO DE RECEITA E DESPESA

Órgão Executor: MUNICÍPIO DE ARARAQUARA		Período: 01/01/2021 A 31/12/2021	
Processo: 2021		Programa: PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	
RECEITA		DESPESA	
Discriminação	Valor	Discriminação	Valor
Crédito SIAFEM Básica	R\$ 311.073,50	Repasse as Organizações da Soc. Civil	R\$ 258.427,66
Rendimento Aplicação Financeira	R\$ 1.071,60		
Subtotal	R\$ 312.145,10	Subtotal	R\$ 258.427,66
Recurso 2020 pago em Janeiro 2021	R\$ 1.465,16	Recurso Não Utilizado	R\$ 55.182,60
TOTAL	R\$ 313.610,26	TOTAL	R\$ 313.610,26
Local e data: <i>Araraquara, 04 de janeiro de 2022.</i>			
Órgão Executor - Prefeito		Gestor Municipal da Assistência Social	
			
EDSON ANTONIO EDINHO DA SILVA		JACQUELINE PEREIRA BARBOSA	
Gestor do Fundo Municipal da Assistência Social		Conselho Municipal da Assistência Social	
			
RONALDO DOMINGOS TULIO		CLÉLIA MARIA MACHADO CANDIDO	

Instruções:

1. Órgão Executor: indicar nome completo
2. Programa: Programa a que se refere o relatório, conforme consta no PMAS (Proteção Social Básica ou Especial – de Média ou Alta Complexidade)
3. Período: Ano do exercício
4. Processo: informar o número do processo
5. Receita: valores recebidos, discriminando a origem, rendimentos e outras fontes por exemplo: “Recebimento Siafem”, “rendimentos aplicação financeira”; “saldo de 202X a comprovar”)
6. Despesa: valores gastos, conforme relação de pagamentos (exemplos: “Despesas de Custeio”, “Repasse às entidades”, “saldo a comprovar em 202X” ou “Saldo a reprogramar” ou Devolução ao FEAS”
7. Total: Registrar o somatório das colunas (que devem ser idênticas) “princípio da contabilidade”
8. Órgão Executor: constar o nome legível ou carimbo e assinatura do responsável pelo órgão executor (Prefeito)
9. Gestor Municipal de Assistência Social: Constar o nome legível ou carimbo e assinatura do responsável pelo órgão gestor da Assistência Social
10. Gestor do Fundo Municipal de Assistência Social: Constar o nome legível ou carimbo e assinatura do responsável pelo Fundo Municipal da Assistência Social
11. Conselho Municipal de Assistência Social: Constar o nome legível ou carimbo e assinatura do Presidente do CMAS