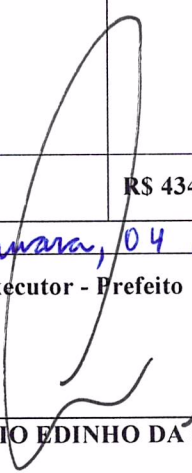
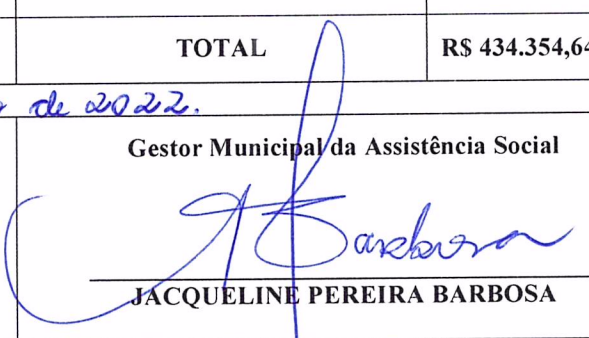

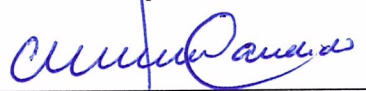


ANEXO III

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 ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	
RECEITA		DESPESA	
Discriminação	Valor	Discriminação	Valor
Crédito SIAFEM Média	R\$ 429.306,09	Repasse as Organizações da Soc. Civil	R\$ 154.267,40
Rendimento Aplicação Financeira	R\$ 5.048,55		
Subtotal	R\$ 429.703,30	Subtotal	R\$ 154.267,40
		Recurso Não Utilizado	R\$ 280.087,24
TOTAL	R\$ 434.354,64	TOTAL	R\$ 434.354,64
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