

**ANEXO 7**

**REPASSES AO TERCEIRO SETOR  
RELAÇÃO DOS GASTOS**

**ORGÃO CONCESSOR..:** Prefeitura Municipal de Cafelândia

**TIPO DE CONCESSÃO..:** Subvenção

**LEI AUTORIZADORA....:** 3.917/2024

**DATA:** 28/03/2024

**OBJETO.....:** Custeio

**EXERCÍCIO.....:** 2.024

**ENTIDADE BENEFICIÁRIA:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE CAFELÂNDIA

**CNPJ.....:** 45.923.687/0001-75

**ENDEREÇO E CEP.....:** RUA JUSTINO FRANCO JR, Nº 181 - CEP: 16500-083

**RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE:** Carlos Henrique Nunes Villa Verde

**VALOR TOTAL RECEBIDO.....:** 41.666,40

<b>DATA DO DOCUMENTO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO (NOTA FISCAL, RECIBO)</b>	<b>NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE</b>	<b>FONTE (**)</b>	<b>VALOR</b>
15/03/2024	196	Serviços médicos	Municipal	10.800,00
20/03/2024	2157	Serviços médicos	Municipal	28.968,12
20/05/2024	GUIA DE RECOLHIMENTO	Recursos humanos (6)	Municipal	1.435,28
20/05/2024	GUIA DE RECOLHIMENTO	Recursos humanos (6)	Municipal	463,00

**TOTAL: 41.666,40**

**LOCAL E DATA:** Cafelândia, 31 de Maio de 2.024.

**RESPONSÁVEL:** Carlos Henrique Nunes Villa Verde - Provedor

---

(\*) Auxílio, subvenção ou contribuição

(\*\*) Fonte de recursos: federal, estadual ou municipal.