

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                                                      |                    |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| <br><b>MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ</b>                                                                                                                                                                                                                      |                    | <b>PRESTAÇÃO DE CONTAS<br/>RELATÓRIO DE<br/>CUMPRIMENTO DO OBJETO</b>                |                    | <b>ANEXO I</b> |
| 01. NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    | 02. Nº DO TERMO DE CONVÊNIO                                                          | 03. Nº DO PROCESSO | 04. EXERCÍCIO  |
| Associação Beneficente de Itaquirai - ABI                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    | 001/2024                                                                             |                    | 2024           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    | 05. CNPJ                                                                             |                    | 06. UF         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    | 15.578.834/0001-56                                                                   |                    | MS             |
| 07. TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                                                      |                    |                |
| 07.1. PARCIAL - PERÍODO DE EXECUÇÃO DA PARCELA Nº única                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    | 07.2. FINAL - PERÍODO DE EXECUÇÃO DO TERMO DO CONVÊNIO                               |                    |                |
| <input type="checkbox"/> DE 11/03/2024 A 31/10/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    | <input checked="" type="checkbox"/> DE 11/03/2024 A 31/12/2024                       |                    |                |
| 08. RELATÓRIO CONSUBSTANCIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                                                                      |                    |                |
| 08.1. AÇÕES PROGRAMADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                      |                    |                |
| Aquisição de autoclave horizontal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                      |                    |                |
| 08.2. AÇÕES EXECUTADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                      |                    |                |
| Aquisição de autoclave horizontal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                      |                    |                |
| 08.3. BENEFÍCIOS ALCANÇADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                      |                    |                |
| Aquisição de um Autoclave Horizontal, equipamento garantirá a esterilização dos materiais, de forma adequada, confiável e segura. A utilização da autoclave para a esterilização de utensílios médico-hospitalares permite que antes ou depois do uso desses eles estejam totalmente limpos para assim evitar problemas como infecções. |                    |                                                                                      |                    |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                                                                                      |                    |                |
| 09. AUTENTICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                                                      |                    |                |
| Itaquirai - MS<br>LOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 31/10/2024<br>DATA | Elmir Buhler<br>PRESIDENTE<br>NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E REPRESENTANTE LEGAL |                    |                |



|                                                                                     |                        |                                                |                    |               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|--------------------|---------------|-----------|
|  | MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ | PRESTAÇÃO DE CONTAS                            |                    |               | ANEXO III |
| 01. NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE                                           |                        | DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA |                    |               |           |
|                                                                                     |                        | 02. Nº DO TERMO DE CONVÊNIO                    | 03. Nº DO PROCESSO | 04. EXERCÍCIO |           |
|                                                                                     |                        | 001/2024                                       |                    | 2024          |           |
|                                                                                     |                        | 05. CNPJ                                       | 06. UF             |               |           |
| Associação Beneficente de Itaquiraí - ABI                                           |                        | 15.578.834/000156                              |                    | MS            |           |

|                                                         |                                                                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 07. TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS                         |                                                                |
| 07.1. PARCIAL - PERÍODO DE EXECUÇÃO DA PARCELA Nº única | 07.2. FINAL - PERÍODO DE EXECUÇÃO DO TERMO DO CONVÊNIO         |
| <input type="checkbox"/> DE 11/03/2024 A 31/10/2024     | <input checked="" type="checkbox"/> DE 11/03/2024 A 31/12/2024 |

| 08. EXECUÇÃO RECEITA E DESPESA              |            |            |                 |            |            |                 |
|---------------------------------------------|------------|------------|-----------------|------------|------------|-----------------|
| ESPECIFICAÇÃO                               | RECEITA    |            |                 | DESPESA    |            |                 |
|                                             | PARCELAS   |            | TOTAL ACUMULADO | PARCELAS   |            | TOTAL ACUMULADO |
|                                             | ANTERIORES | ATUAL      |                 | ANTERIORES | ATUAL      |                 |
| RECURSOS DO TERMO DO CONVÊNIO               | 0,00       | 185.000,00 | 185.000,00      | 0,00       | 185.000,00 | 185.000,00      |
| RECURSOS DA CONTRAPARTIDA                   | 0,00       | 0,00       | 0,00            | 0,00       | 0,00       | 0,00            |
| RECURSOS PRÓPRIOS ( Multas e Juros)         | 0,00       | 0,00       | 0,00            | 0,00       | 0,00       | 0,00            |
| RECURSOS DO RESULT. DA APLICAÇÃO FINANCEIRA | 0,00       | 0,00       | 0,00            | 0,00       | 0,00       | 0,00            |
| OUTRAS ( Tarifas Bancárias)                 | 0,00       | 395,20     | 395,20          | 0,00       | 395,20     | 395,20          |
| 09. TOTAL                                   | 0,00       | 185.395,20 | 185.395,20      | 0,00       | 185.395,20 | 185.395,20      |
|                                             |            |            |                 |            |            | 0,00            |

|                  |                                                           |
|------------------|-----------------------------------------------------------|
| 10. AUTENTICAÇÃO |                                                           |
| 31/10/2024       | Elmir Buhler                                              |
| DATA             | NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS |
|                  | NOME E ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL  |

Milton Mello  
Diretor Administrativo  
CPF: 583.247.471-68

Elmir Buhler  
PRESIDENTE  
CPF 370.152.909-44



|                                                                                     |  |                        |  |  |                                                        |  |                    |  |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--|--------------------|--|---------------|--|
|  |  | MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ |  |  | PRESTAÇÃO DE CONTAS<br>RELAÇÃO DE PAGAMENTOS EFETUADOS |  |                    |  | ANEXO IV      |  |
| 01. NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE                                           |  |                        |  |  | 02. Nº DO TERMO DE CONVÊNIO                            |  | 03. Nº DO PROCESSO |  | 04. EXERCÍCIO |  |
| Associação Beneficente de Itaquiraí - ABI                                           |  |                        |  |  | 001/2024                                               |  |                    |  | 2024          |  |
|                                                                                     |  |                        |  |  | 05. CNPJ                                               |  | 15.578.834/0001-56 |  | 06. UF        |  |
|                                                                                     |  |                        |  |  |                                                        |  |                    |  | MS            |  |

|                                                         |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 07. TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS                         |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |
| 07.1. PARCIAL - PERÍODO DE EXECUÇÃO DA PARCELA Nº Única |  |  |  |  | 07.2. FINAL - PERÍODO DE EXECUÇÃO DO TERMO DO CONVÊNIO         |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DE 11/03/2024 A 31/10/2024     |  |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> DE 11/03/2024 A 31/12/2024 |  |  |  |  |

| 08. RECURSO | 09. Nº | 10. NOME DO FAVORECIDO                              | 11. CNPJ/CPF       | 12. LICITAÇÃO | 13.1. TIPO | 13. DOCUMENTO |            | 14. PAGAMENTO |            | 15. NATUREZA DE DESPESA | 16. VALOR      |
|-------------|--------|-----------------------------------------------------|--------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|-------------------------|----------------|
|             |        |                                                     |                    |               |            | 13.2. Nº      | 13.3. DATA | 14.1. CH/O    | 14.2. DATA |                         |                |
| 01          | 01     | C.o.m Comercio e Assitencia Técnica Hospitalar Ltda | 15.714.275/0001.64 | -             | NF         | 1482          | 11/03/24   | -             | 15/03/24   | EQUIPAMENTOS            | R\$ 185.000,00 |
| 02          | 02     | Banco do Brasil                                     | -                  | -             | Extrato    | -             | 02/04/24   | -             | 29/10/24   | Pacotes de Serviços     | R\$ 65,30      |
| 02          | 03     | Banco do Brasil                                     | -                  | -             | Extrato    | -             | 03/05/24   | -             | 29/10/24   | Pacotes de Serviços     | R\$ 65,30      |
| 02          | 04     | Banco do Brasil                                     | -                  | -             | Extrato    | -             | 04/06/24   | -             | 29/10/24   | Pacotes de Serviços     | R\$ 65,30      |
| 02          | 05     | Banco do Brasil                                     | -                  | -             | Extrato    | -             | 02/07/24   | -             | 29/10/24   | Pacotes de Serviços     | R\$ 65,30      |
| 02          | 06     | Banco do Brasil                                     | -                  | -             | Extrato    | -             | 02/08/24   | -             | 29/10/24   | Pacotes de Serviços     | R\$ 67,00      |
| 02          | 07     | Banco do Brasil                                     | -                  | -             | Extrato    | -             | 03/09/24   | -             | 29/10/24   | Pacotes de Serviços     | R\$ 67,00      |
| 17. TOTAL   |        |                                                     |                    |               |            |               |            |               |            |                         | R\$ 185.395,20 |
|             |        |                                                     |                    |               |            |               |            |               |            |                         | R\$ 185.395,20 |

|                                                   |              |
|---------------------------------------------------|--------------|
| 19. AUTENTICAÇÃO                                  |              |
| 31/10/2024                                        | Elmir Buhler |
| NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL       |              |
| ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL |              |

Elmir Buhler  
PRESIDENTE  
CPF 370.152.909-44

