



## DEMONSTRATIVO MENSAL ou TRIMESTRAL DE DESPESAS

**Período: 17/06/2024 a 30/08/2024**

**Processo: SEDS-PRC-2024-00116-DM**

**Órgão Concessor: Secretaria de Desenvolvimento Social**

**OSC: Grupo de Apoio ao Indivíduo com Autismo e Afins**

**Vigência da parceria: 12 meses**

**Data de Recebimento do Recurso: 17/06/2024**

**Valor Recebido no Trimestre: R\$ 100.000,00**

**Saldo Mês/Trimestre Anterior: R\$ 0,00**

**Rendimentos da aplicação financeira mensal/trimestre: R\$ 424,66.**

Os documentos abaixo relacionados correspondem ao valor comprovado no trimestre para execução da referida parceria.

Ex: Execução Direta e Indireta

| Data do Documento | Especificação do Documento | Natureza da Despesa | Valor           |
|-------------------|----------------------------|---------------------|-----------------|
|                   |                            |                     |                 |
|                   |                            |                     |                 |
| <b>Total</b>      |                            |                     | <b>R\$ 0,00</b> |

Número de Documentos Relacionados: **0**

Total das Despesas Comprovadas: **0**

Saldo para o Próximo Mês/Trimestre: **R\$ 100.424,66**

Justifico na qualidade de responsável pelo GAIA – Grupo de Apoio ao Indivíduo com Autismo e Afins que a documentação acima relacionada comprova a exata aplicação dos recursos para os fins indicados.

São José dos Campos, 26 de dezembro de 2024.

  
Sara Lúcia da Silva Farias Azibeiro  
Diretora Presidente