



**ANEXO XIX**  
**RELAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS MEDIANTE PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL (OSC)**  
**(RESOLUÇÃO TC Nº 270, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2024)**

Tipo de Parceria	Nº/Ano	Período de vigência	OSC		Parceiro Público	Objeto	Valor pactuado	Repasses financeiros		
			Razão Social	CNPJ				Nº OB	Data do último Pagamento	Valor
Termo de Colaboração	001/2021	01/07/2021 a 30/11/2024	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDH	10.443.512/0001-86	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Execução de atividades em saúde do SUS, conforma plano de trabalho, em regime de mútua cooperação, para consecução de finalidades de interesse público.	R\$ 7.135.000,00	253 a 271; 847 e 848. 701 a 719; 849. 1200 a 1218. 1614 a 1632. 2160 a 2178. 2714 a 2732. 3259 a 3277. 3738 a 3756. 4249 a 4267. 4678 a 4682; 4684 a 4697. 5163 a 5181.	08/03/2024 08/03/2024 10/04/2024 10/05/2024 10/06/2024 18/07/2024 09/08/2024 18/09/2024 10/10/2024 08/11/2024 10/12/2024	R\$ 635.000,00 R\$ 635.000,00 R\$ 635.000,00 R\$ 635.000,00 R\$ 635.000,00 R\$ 660.000,00 R\$ 660.000,00 R\$ 660.000,00 R\$ 660.000,00 R\$ 660.000,00 R\$ 660.000,00

**LEGENDA:**

**Tipo de Parceria:** informar se é Termo de Colaboração, Termo de Fomento ou Acordo de Cooperação.

**Nº/Ano:** informar o número/ano da parceria ou aditivo.

**Período de vigência:** informar o período de vigência da parceria.

**OSC:** informar a razão social e o CNPJ da Organização da Sociedade Civil.

**Parceiro público:** informar o nome da unidade jurisdicionada responsável pela formalização da parceria.

**Objeto:** informar o objeto da parceria e do respectivo aditivo, se houver.

**Valor pactuado:** informar o valor pactuado na parceria/aditivo.

**Nº OB:** informar o número da Ordem Bancária – OB.

**Data do pagamento:** informar a data do pagamento da parceria.

**Valor:** informar o valor efetivamente repassado.