**ANEXO III – A DA PORTARIA 267/2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO TOCANTINS PRESTAÇÃO DE CONTAS - REPASSE DE RECURSOS FUNDO A FUNDO PISO TOCANTINENSE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, PTAS I- COFINACIAMENTO DOS BENEFICIOS EVENTUAIS NO SUAS** | | | | | | | |
| **I – Dados de Identificação** | | | | | | | |
| **1.1** | **ORGÃO PROPONENTE (Prefeitura)** | | | | | | |
| 1.1.1 | Nome: | *Prefeitura Municipal de* | | | | | |
| 1.1.2 | Nível de Gestão: |  | | | | | |
| 1.1.3 | CNPJ: |  | | | | | |
| 1.1.4 | Prefeito: |  | | | | | |
| 1.1.5 | Cidade: |  | | | | | |
| 1.1.6 | UF: |  | | | | | |
| 1.1.7 | Endereço: |  | | | | | |
| 1.1.8 | CEP: |  | | | | | |
| 1.1.9 | Telefone: |  | | | | | |
| 1.1.10 | Fax: |  | | | | | |
| 1.1.11 | Email: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | |  |
| **1.2** | **ORGÃO GESTOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (Secretaria ou órgãos congêneres)** | | | | | | |
| 1.2.1 | Nome: |  | | | | | |
| 1.2.2 | CNPJ: |  | | | | | |
| 1.2.3 | Gestor: |  | | | | | |
| 1.2.4 | Endereço: |  | | | | | |
| 1.2.5 | CEP: |  | | | | | |
| 1.2.6 | Telefone: |  | | | | | |
| 1.2.7 | Fax: |  | | | | | |
| 1.2.8 | Email: |  | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| **1.3** | **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** | | | | | | |
| 1.3.1 | Nome: |  | | | | | |
| 1.3.2 | CNPJ: |  | | | | | |
| 1.3.3 | Vínculo Institucional: |  | | | | | |
| 1.3.4 | Telefone: |  | | | | | |
| 1.3.5 | Ato de Criação: |  | | | | | |
| 1.3.6 | Número do Ato: |  | | | | | |
| 1.3.7 | Data Assinatura: |  | | | | | |
| 1.3.8 | Data Publicação: |  | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| **1.4** | **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** | | | | | | |
| 1.4.1 | Nome: |  | | | | | |
| 1.4.2 | Secretário(a) Executivo(a): |  | | | | | |
| 1.4.3 | Endereço: |  | | | | | |
| 1.4.4 | CEP: |  | | | | | |
| 1.4.5 | Telefone: |  | | | | | |
| 1.4.6 | Email: |  | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| 1.4.7 | **COMPOSIÇÃO DO CONSELHO** | | | | | | |
| **CONSELHEIROS GOVERNAMENTAIS** | | | | | | | |
| Nome | | CPF | Cargo | | Duração mandato | Data Início | Data Termino |
|  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |
| **CONSELHEIROS NÃO GOVERNAMENTAIS** | | | | | | | |
| Nome | | CPF | Cargo | | Duração mandato | Data Início | Data Termino |
|  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO III – B -** **DA PORTARIA 267/2020** | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  | |
| **II – Execução de Meta Física** | | | | | | | |
| **2.1** | **BENEFÍCIOS EVENTUAIS** | | | | | | |
| **2.1.1** | **Benefício Natalidade** | | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | | **Atendimentos Realizados PTAS** | | **% de Execução** |
| 2.1.1.1 | Indivíduos | |  | |  | |  |
| 2.1.1.2 | Família | |  | |  | |  |
| **2.1.2** | **Benefício Funeral** | | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | | **Atendimentos Realizados PTAS** | | **% de Execução** |
| 2.1.2.1 | Indivíduos | |  | |  | |  |
| 2.1.2.2 | Família | |  | |  | |  |
| **2.1.3** | **Vulnerabilidade Temporária** | | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | | **Atendimentos Realizados PTAS** | | **% de Execução** |
| 2.1.3.1 | Família | |  | |  | |  |
| 2.1.3.2 | Indivíduos | |  | |  | |  |
| **2.1.4** | **Calamidade Pública** | | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | | **Atendimentos Realizados PTAS** | | **% de Execução** |
| 2.1.4.1 | Indivíduos | |  | |  | |  |
| 2.1.4.2 | Família | |  | |  | |  |

\* = execução total do atendimento anual dos benefícios eventuais no FMAS, incluindo o repasse do cofinanciamento estadual.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO III – C DA PORTARIA 267/2020** | | | |  |
| **III – Resumo Executivo Financeiro** | | | |  |
| **3.** | **FONTE DE RECURSOS** | **Valor R$**  **Alocado/Autorizado** | **Valor R$ executado** | **% execução** |
| 3.1 | Valor Repassado pelo FEAS/PTAS | R$ - |  |  |
| 3.2 | Recurso Próprio doFMAS (referente aos benefícios eventuais) | R$ - |  |  |
| 3.3 | Total de Recursos doFMAS | R$ 0,00 |  |  |

**ANEXO III – D DA PORTARIA 267/2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. RELATÓRIO DE GESTÃO FINANCEIRA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1** | **MUNICÍPIO:** | | |  | | | | | | |  | |  | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.2** | **MODALIDADE:** | | | PISO TOCANTINENSE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - PTAS | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | | | |  | | |  |  |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **4.3** | **DETALHAMENTO DE DESPESA** | | | | | |  | | | | | |  | | |  |  |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **#** | **CNPJ/CPF** | | **Credor / Servidor** | | | | **Tipo de Despesa\*** | | | | | **Modalidade de Licitação** | | | | | | **Nº Empenho** | | | | | **Nº NF** | | | | **Nº Ordem de Pagamento** | | | | | | | **Data do Pagamento** | | | **Valor R$** | | |
| **Custeio** | | **Capital** | | |
| 1 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| 2 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| 3 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| 4 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| 5 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| 6 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| 7 |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | R$ - | | |
| \* Considerar os tipos de despesas previstos no Plano de Ação 201\_, aprovado pelo CMAS. As informações deverão ser preenchidas na planilha somente se já foram devidamente pagas e sua seqüência deverá ser em ordem cronológica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | | **TOTAL DE DESPESA** | | | | | | | | | **R$ 0,00** | | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | |
| 4.3.1 | | DESCRIÇÃO DETALHADA DAS DESPESAS (Custeio e Investimento) | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | |
| # | | **Descrição do item adquirido** | | | **Serviço/ Modalidade Benefício** | | | | | **Quantidade** | | | | | | | | | | | **Valor Unitário R$** | | | | | | | | | | | | | | **Valor Total** | | | | |
| 1 | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | R$ - | | | | |
| 2 | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | R$ - | | | | |
| 3 | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | R$ - | | | | |
| 4 | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | R$ - | | | | |
| 5 | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | R$ - | | | | |
| 6 | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | R$ - | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  |  | | | | |  | | | |  |  |  | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  |  | | | | | **TOTAL - DESPESAS** | | | | | | | | | | **R$ 0,00** | | | | |
|  | |  | | **4.4 RESUMO FINANCEIRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | 4.4.1 | | SALDO ANTERIOR\*: | | | | | | | | R$ - | | | | | | | | 4.4.5 | | DEVOLUÇÕES/RESTITUIÇÕES: | | | | | | | | | | | | | | | R$ - | |
|  | |  | |  | | \*Em 31/12/20\_\_ | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | 4.4.2 | | VALOR REPASSADO: | | | | | | | | R$ 0,00 | | | | | | | | 4.4.6 | | TOTAL DAS DESPESAS: | | | | | | | | | | | | | | | R$ 0,00 | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | 4.4.3 | | RENDIMENTO FINANCEIRO: | | | | | | | | R$ - | | | | | | | | 4.4.7 | | SALDO EM CONTA\*\*: | | | | | | | | | | | | | | | R$ 0,00 | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | \*\* Em 31/12/20\_\_ | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  |
| **NOTAS EXPLICATIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |

**ANEXO III E DA PORTARIA 267/2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
| **V. PARECER DO CONSELHO.** | | | | | | | | | | |
| 6.1 | Foram observados, na execução das atividades com recursos do PTAS, todos os princípios exigidos pela legislação vigente que regula os Benefícios Eventuais? | | | | | | | | | |
| 6.1.1 |  | Sim | 6.1.2 |  | Parcial | 6.1.3 |  | Não |  | |
| 6.1.4 | Comentário: | | | | | | | | | |
|  | (digite o texto aqui) | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6.2 | Todas as atividades executadas foram feitas nos termos **da Deliberação do CMAS?** | | | | | | | | | |
| 6.2.1 |  | Sim | 6.2.2 |  | Parcial | 6.2.3 |  | Não |  | |
| 6.2.4 | Comentário: | | | | | | | | | |
|  | (digite o texto aqui) | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6.3 | Segundo a avaliação do CMAS, o Órgão Gestor realiza uma adequada gestão dos benefícios eventuais, de acordo com a legislação vigente? | | | | | | | | | |
| 6.3.1 |  | Sim | 6.3.2 |  | Parcial | 6.3.3 |  | Não |  | |
| 6.3.4 | Comentário: | | | | | | | | | |
|  | (digite o texto aqui) | | | | | | | | |  |
| 6.4 | Em análise das informações inseridas neste Relatório de Gestão -Financeira, composto pelos itens I ao IV, este conselho concluí que as ações e despesas foram realizadas conforme proposto no Plano Municipal de Assistência Social? | | | | | | | | | |
| 6.4.1 |  | Sim | 6.4.2 |  | Parcial | 6.4.3 |  | Não |  | |
| 6.4.4 | Comentário: | | | | | | | | | |
|  | (digite o texto aqui | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6.5 | CONCLUSÃO DA ANÁLISE: | | | |  |  |  |  | |  |
|  | Sobre o conteúdo apresentado no Relatório de Gestão Financeiro, composto pelos itens I ao IV, este conselho é de parecer: | | | | | | | | |  |
| 6.5.1 |  | Favorável | | |  | 6.5.2 |  | Desfavorável | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6.6 | Em razão da análise descrita acima, opta-se pelo tipo de Resolução/Deliberação: | | | | | | | | | |
| 6.6.1 | ( ) | Aprovação Total | | | | | |  |  | |
| 6.6.2 | ( ) | Aprovação Parcial | | | | | |  |  | |
| 6.6.3 | ( ) | Reprovação Total | | | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6.7 | DATA DA REUNIÃO: | | |  | | | | | | |
| 6.8 | Nº RESOLUÇÃO/DELIBERAÇÃO: | | | | |  | | | | |
| 6.9 | Nº ATA REUNIÃO: | | |  | | | | | | |
| 6.10 | NOME E Nº DO DIÁRIO OFICIAL: | | | | |  | | | | |
| 6.11 | DATA DA PUBLICAÇÃO: | | | |  | | | | | |