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

|  |
| --- |
| **SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO TOCANTINSPRESTAÇÃO DE CONTAS - REPASSE DE RECURSOS FUNDO A FUNDOPISO 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\*** | **AtendimentosRealizados PTAS** | **% de Execução** |
| 2.1.1.1 | Indivíduos |   |   |   |
| 2.1.1.2 | Família |   |   |   |
| **2.1.2** | **Benefício Funeral** | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | **AtendimentosRealizados PTAS** | **% de Execução**  |
| 2.1.2.1 | Indivíduos |   |   |   |
| 2.1.2.2 | Família |   |   |   |
| **2.1.3** | **Vulnerabilidade Temporária** | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | **AtendimentosRealizados PTAS** | **% de Execução** |
| 2.1.3.1 | Família |   |   |   |
| 2.1.3.2 | Indivíduos |   |   |   |
| **2.1.4** | **Calamidade Pública** | **Atendimentos Realizados FMAS\*** | **AtendimentosRealizados 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: |   |