**ANEXO III- PRESTAÇÃO DE CONTAS**

 **DEMONSTRATIVO SINTÉTICO FÍSICO E FINANCEIRO**

**PORTARIA Nº 76/2023/GABSEC**

**1 – Dados de identificação**

|  |
| --- |
| **ÓRGÃO PROPONENTE (Prefeitura)** |
| Nome: | *Prefeitura Municipal de*  |
| Porte do Município: |   |
| CNPJ: |   |
| Prefeito(a): |   |
| Cidade: |   |
| UF: |   |
| Endereço: |   |
| CEP: |   |
| Telefone institucional: |   |
| E-mail institucional: |   |
|  |  |  |
| **ORGÃO GESTOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (Secretaria ou órgão congênere)** |
| Nome: |   |
| CNPJ: |   |
| Gestor: |   |
| Endereço: |   |
| CEP: |   |
| Telefone institucional: |   |
| E-mail institucional: |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** |
| Nome: |   |
| CNPJ: |   |
| Telefone: |   |
| Ato de Criação: |   |
| Número do Ato: |   |
| Data Assinatura: |   |
| Data Publicação: |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** |
| Secretário(a)Executivo(a): |   |
| Endereço: |   |
| CEP: |   |
| Telefone institucional: |   |
| E-mail institucional: |   |

|  |
| --- |
| **COMPOSIÇÃO DO CONSELHO** |
| **CONSELHEIROS GOVERNAMENTAIS** |
| Nome | CPF | Cargo | Duração mandato | Data Início | Data Término |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **CONSELHEIROS NÃO GOVERNAMENTAIS** |
| Nome | CPF | Cargo | Duração mandato | Data Início | Data Término |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

**2 – EXECUÇÃO DE META FÍSICA RECURSO REGULAR**

|  |
| --- |
|  |
|  | **BENEFÍCIOS EVENTUAIS**  |
|  | **Benefício Natalidade** | **Nº. de Atendimentos Realizados - RECURSO PRÓPRIO** | **Nº de AtendimentosRealizados - PTAS\*** |
|  | Indivíduos |   |   |
|  | Família |   |   |
|  | **Benefício Funeral** | **Nº de Atendimentos Realizados - RECURSO PRÓPRIO** | **Nº de AtendimentosRealizados - PTAS\*** |
|  | Indivíduos |   |   |
|  | Família |   |   |
|  | **Vulnerabilidade Temporária** | **Nº de Atendimentos Realizados - RECURSO PRÓPRIO** | **Nº de AtendimentosRealizados - PTAS\*** |
|  | Família |   |   |
|  | Indivíduos |   |   |
|  | **Calamidade e Emergência** | **Nº de Atendimentos Realizados RECURSO - PRÓPRIO** | **Nº de AtendimentosRealizados - PTAS\*** |
|  | Indivíduos |   |   |
|  | Família |   |   |

\*Piso Tocantinense de Assistência Social – PTAS.

**3– RESUMO EXECUTIVO FINANCEIRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FONTE DE RECURSOS** | **Valor Disponível \*** | **Valor R$ executado** | **Saldo** |
| Valor Disponível ano corrente de origem FEAS/PTAS  | R$  |  |  |
| Valor Recurso calamidade/ emergência | R$ |  |  |
| Recurso Próprio doFMAS (referente aos benefícios eventuais) | R$  |  |  |
| Total Geral | R$  |  |  |

\*Valor reprogramado somado ao valor recebido para utilização no exercício.

**4 - RELATÓRIO DE GESTÃO FINANCEIRA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MUNICÍPIO:  |  |  |  |  |  |
|  | PISO TOCANTINENSE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - PTAS |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DESCRIÇÃO DAS MODALIDADES:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº** | **Serviço/Modalidade Benefício**  | **Quantidade** | **Valor Total**  |
| 1 | Auxílio funeral   |   |  R$ - |
| 2 | Auxílio Natalidade  |    |  R$ - |
| 3 | Vulnerabilidade Temporária |  |  R$ - |
| 4 | Calamidade e Emergência. |  |  R$ - |
| **TOTAL - DESPESAS**  | **R$ 0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **5. RESUMO FINANCEIRO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | SALDO ANTERIOR: |  R$ - |  | DEVOLUÇÕES/RESTITUIÇÕES RECURSO: |  R$  |
|  |   | Em 31/12/\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |   |
|  |  | VALOR REGULAR REPASSADO: | R$  |  |  |
| VALOR EMERGÊNCIA/CALAMIDADE | R$  |
| TOTAL DAS DESPESAS: | R$ |
|  |   |  |  |  |  |  |   |
|  |  | RENDIMENTO FINANCEIRO: |  R$ - |  | SALDO EM CONTA: | R$  |
|  |   |  |  |  |  | Em 31/12/\_\_\_\_\_\_ |  |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **NOTA EXPLICATIVA**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestor do Fundo Municipal da Assistência Social

**ANEXO IV – PARECER CMAS**

|  |
| --- |
|  **PORTARIA Nº 76/2023/GABSEC** |
| **PARECER DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS** |
|  | Foram observados, na execução das atividades com recursos do PTAS, todos os princípios exigidos pela legislação vigente que regula os Benefícios Eventuais? |
|  |   | Sim |  |   | Parcial |  |   | Não |   |
|  | Comentário: |
|   | (digite o texto aqui) |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | Todas as atividades executadas foram feitas nos termos **da Deliberação do CMAS?** |
|  |   | Sim |  |   | Parcial |  |   | Não |   |
|  | Comentário: |
|   | (digite o texto aqui) |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Segundo a avaliação do CMAS, o Órgão Gestor realiza uma adequada gestão dos benefícios eventuais, de acordo com a legislação vigente? |
|  |   | Sim |  |   | Parcial |  |   | Não |   |
|  | Comentário: |
|   | (digite o texto aqui) |   |
|  | 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? |
|  |   | Sim |  |   | Parcial |  |   | Não |   |
|  | Comentário: |
|   | (digite o texto aqui |   |
|   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |
|  | CONCLUSÃO DA ANÁLISE: |  |  |  |  |   |
|   | Sobre o conteúdo apresentado no Relatório de Gestão Financeira, composto pelos itens I ao IV, este Conselho é de parecer: |   |
|  |   | Favorável |  |  |   | Desfavorável |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | Em razão da análise descrita acima, opta-se pelo tipo de Resolução/Deliberação: |
|  | ( ) | Aprovação Total |  |   |
|  | ( ) | Aprovação Parcial |  |   |
|  | ( ) | Reprovação Total |  |   |
|   |  |   |   |  |   |   |   |   |   |
|  | DATA DA REUNIÃO: |   |
|  | Nº RESOLUÇÃO/DELIBERAÇÃO: |   |
|  | Nº ATA REUNIÃO: |   |
|  | NOME E Nº DO DIÁRIO OFICIAL: |   |
|  | DATA DA PUBLICAÇÃO: |   |