**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 Atendimentos Realizados - PTAS\*** |
|  | Indivíduos |  |  |
|  | Família |  |  |
|  | **Benefício Funeral** | **Nº de Atendimentos Realizados - RECURSO PRÓPRIO** | **Nº de Atendimentos Realizados - PTAS\*** |
|  | Indivíduos |  |  |
|  | Família |  |  |
|  | **Vulnerabilidade Temporária** | **Nº de Atendimentos Realizados - RECURSO PRÓPRIO** | **Nº de Atendimentos Realizados - PTAS\*** |
|  | Família |  |  |
|  | Indivíduos |  |  |
|  | **Calamidade e Emergência** | **Nº de Atendimentos Realizados RECURSO - PRÓPRIO** | **Nº de Atendimentos Realizados - 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: | | | |  | | | | | |