**Plano de Trabalho**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa** | Ampliação e Adequação da Rede Equipamentos de Assistência Social |
| **Órgão** | Secretaria de Estado de Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social |
| **Proponente** | Prefeitura Municipal de (nome do município) |
| **Objeto do Programa** | Ampliação e Adequação da Rede de Equipamentos de Assistência Social |
| **Justificativa** | Informar:  a) localização do Equipamento (descrição do território social em que o Equipamento será construído);  b) objetivos do Equipamento;  c) serviços, programas e benefícios que serão ofertados no Equipamento;  d) público que será atendido no Equipamento (número e perfil das famílias referenciadas, cadastradas e atendidas);  e) descrição do município sobre a problemática vivenciada que justifique a necessidade da obra. |
| **Resumo do Objeto** | Construção do (nome do equipamento) |
| **Informações de Datas** | |
| **Data Início da Vigência** | XX/XX/XXXX (informar a data de hoje) |
| **Data Fim da Vigência** | 31/12/2026 |
| **Informações Bancárias** | |
| **Banco** | Banco do Estado do Espírito Santo S.A. - Banestes S.A. |
| **Agência** | XXXX |
| **Conta** | XXXXXXX |
| **Informações de Valores** | |
| **Valor de Repasse pelo FEAS** | R$ (informar o valor a ser transferido pelo FEAS) |
| **Valor da Contrapartida Municipal** | R$ (caso haja, informar o valor da contrapartida municipal) |
| **Valor Global**  **da Construção** | R$ (informar o valor total da construção) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informações do Participante** | | | |
| **Tipo Participante** | **Identificação** | **Natureza Jurídica** | **Nome** |
| Executor | XX.XXX.XXX/0001-XX  (informar o CNPJ do FMAS) | Administração Pública  Municipal (FMAS) | Prefeitura Municipal de (nome do município) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informações do Cronograma Físico** | | | |
| **Meta** | Construção do (nome do equipamento) | | |
| **Valor Global** | R$ X,XX | **Período** | (informar data de início e fim da obra) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cronograma Desembolso - FEAS** | | | |
| **Responsável** | **Mês-Ano** | **Meta** | **Valor de Repasse**  **R$** |
| FEAS | 10% do valor máximo destinado à obra - 30 (trinta) dias após a validação técnica da documentação apresentada pelo município. | Construção do (nome do equipamento) | R$ 120.000,00 |
| FEAS | 50% do valor do contrato inicial com a empresa vencedora da licitação - 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos que comprovem a homologação do processo licitatório e a contratação da empresa executora. | Construção do (nome do equipamento) | R$ X,XX |
| FEAS | Valor restante para a conclusão da obra, conforme valor inicial contratado - após comprovação de execução de 50% do valor total da obra, após apresentação e análise da prestação de contas parcial. | Construção do (nome do equipamento) | R$ X,XX |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bens e Serviços - FEAS** | | | | | | |
| **Descrição** | **Natureza** | **Código - Natureza da Despesa** | **Unid.** | **Qtd.** | **Valor Unit. R$** | **Valor Total**  **R$** |
| Construção do (nome do equipamento) | Transferência Fundo a Fundo | 444142 -Transferências a Municípios - Auxílios | UN | 1,00 | R$ X,XX | R$ X,XX |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plano de Aplicação** | | | |
| **Código - Natureza da Despesa** | **Recurso do FEAS** | **Contrapartida Municipal** | **Valor Global** |
| 444142 - Transferências a Municípios - Auxílios | R$ X,XX | R$ X,XX | R$ X,XX |
|  |  | **Total** | **R$ X,XX** |

**Declaração do Proponente**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Estadual ou qualquer órgão ou entidades da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Espírito Santo, na forma deste Plano de Trabalho.

**Pede deferimento,**

**Local e Data**

**(Nome completo do (a) Prefeito (a) Municipal)**

**Prefeito (a) Municipal de (nome do município)**

**Aprova,**

**Local e Data**

**Cyntia Figueira Grillo**

**Secretária de Estado de Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social**