**Plano de Trabalho**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa** | AMPLIAÇÃO E ADEQUAÇÃO DA REDE EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL |
| **Órgão** | SETADES |
| **Proponente** | Colocar o nome do município |
| **Objeto do Programa** | AMPLIAR E ADEQUAÇÃO DA REDE DE EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. |
| **Justificativa** | Justificar o motivo e importância da obra |
| **Resumo do Objeto do** | Colocar se trata de construção e/ ou reforma e nome do equipamento. |
| **Informações de Data** |
| **Data Início da Vigência** | xxxxx |
| **Data Fim da Vigência** | xxxxxx |
| **Informação Bancária** |
| **Banco** | BANESTES S.A. BANCO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO |
| **Agência** | xxxxx |
| **Conta** | xxxxxx |
| **Informações de Valores** |
| **Valor Global** | R$ xxxxxxxxxx |
| **Valor da Contrapartida** | R$ xxxxxxxxx |
| **Valor de Repasse**  | Colocar o valor a ser repassado pelo estado. |

|  |
| --- |
| **Informações de Participantes** |
| **Tipo Participante** | **Identificação** | **Natureza Jurídica** | **Nome** |
| Executor | CNPJ (FMAS) | Administração PúblicaMunicipal (FMAS) |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informações do Cronograma Físico** |
| Meta | **Colocar o nome do equipamento a ser construído e/ reformado** |
| Valor: | R$  | Período: |  |

|  |
| --- |
| **Cronograma Desembolso** |
| **Responsável** | **Mês-Ano** | **Meta** | **Valor Associação** |
| Concedente | 10% do valor 30(trinta) dias após validação técnica da documentação apresentada | Colocar o nome do equipamento a ser construído e/ reformado |  |
| Concedente | 50% do valor 30(trinta) dias após a apresentação que comprovem a homologação do processo licitatório e a contratação da empresa executora,  | Colocar o nome do equipamento a ser construído e/ reformado |  |
| Concedente | 40% do valor-após comprovação de execução de 50% do valor da obra, por meio da prestação de contas parcial,  | Colocar o nome do equipamento a ser construído e/ reformado |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bens e Serviços** |  |  |  |
| **Descrição** | **Natureza** | **Código- Natureza de Despesa** | **Unid.** | **Qtd.** | **Valor Unit. R$** | **Valor Total R$** |
| Colocar o nome do equipamento a ser construído e/ reformado | Transferência Fundo a Fundo | 444142 Transferências a Municípios -Auxílios | UN | 1,00 |  |  |

|  |
| --- |
| **Plano de Aplicação** |
| **Código - Descrição da Natureza de Despesa** | **Recursos do FEAS** | **Contrapartida Municipal** | **Total** |
| 444142 Transferências a Municípios/Auxílios | **R$**  | R$ xxxxxxx | **R$ xxxxxx** |
|  |  | **Total** | **R$ xxxxxx** |

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 Proponente (Carimbo/Assinatura)

**Aprovação do Concedente**

Local e Data Concedente (Carimbo/Assinatura)