**AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A EXTRATOS DE CONTAS DE DEPÓSITO E DE APLICAÇÕES FINANCEIRAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO ÓRGÃO:** | Secretaria de Estado de Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social – SETADES |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO** | |
| Nome: | Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS de (nome do município) |
| CNPJ: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DA CONTA CORRENTE** | |
| Referência Conta: | Cofinanciamento do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS) para o Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS), destinado à contratação de equipes técnicas para o Programa Incluir. |
| Agência: |  |
| Número da Conta: |  |

Ao

Banco do Estado do Espírito Santo S.A. - BANESTES S.A.

Senhor(a) Gerente,

Autorizamos, em caráter irrevogável e irretratável, que esse **BANCO**, desde que solicitado pelos representantes legais do Órgão à epígrafe, realize o procedimento a seguir descrito, relacionado à conta acima identificada.

* Fornecer extrato da conta acima identificada e das aplicações financeiras vinculada, para fins de **CONSULTA**, ao Órgão em epígrafe.

Declaramos, neste ato, ter plena ciência:

1. das normas relativas ao **Cofinanciamento do FEAS para o FMAS, destinado à contratação de equipes técnicas para o Programa Incluir**, ao qual a conta acima identificada está vinculada;
2. de que a SETADES poderá fazer uso das informações de saldo e extrato da conta corrente/aplicações financeiras acima identificada, inclusive publicá-las em seu sítio *na internet* e fornecê-las aos Órgãos responsáveis pelo controle e fiscalização, para fins de cumprimento da legislação vigente e de regulamentação do **Cofinanciamento FEAS para o FMAS, destinado à contratação de equipes técnicas para o Programa Incluir**, ao qual essa conta está vinculada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ES, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

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

Nome do Representante Legal Nome do Representante Legal

CPF: CPF: