**Autorização para Acesso a Extratos de Conta Corrente e Aplicações Financeiras**

|  |  |
| --- | --- |
| **Órgão:** | Secretaria de Estado de Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SETADES |

|  |
| --- |
| **Dados do Beneficiário** |
| **Nome:** | Fundo Municipal de Assistência Social de (nome do município) |
| **CNPJ:** | XXXXXXXXXXXX/XXXX |
| **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 complementares para atuar na execução das ações do Programa Incluir em âmbito municipal.  |
| **Agência:** | XXXXX |
| **Número da Conta:**  | XXXXXXXX |

**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 em epígrafe, realize o procedimento a seguir descrito, relacionado à conta acima identificada.

* Fornecer extrato da conta acima identificada e das aplicações financeiras vinculadas, 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 complementares para atuar na execução das ações do Programa Incluir em âmbito municipal,** 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 e 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 do FEAS para o FMAS, destinado à contratação de equipes técnicas complementares para atuar na execução das ações do Programa Incluir em âmbito municipal,** ao qual a conta acima identificada está vinculada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ES, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_.

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

Nome do Representante Legal da Conta: Nome do Representante Legal da Conta:

CPF: CPF: