**DADOS DO ACEITE**

(preenchimento obrigatório e impressão em 3 vias)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONCEDENTE | Razão Social: |  | CNPJ: |
| **Fundo Estadual de Assistência Social** |  | **01.063.487/0001-14** |
| Logradouro (Rua, Avenida...): |
| **Avenida Cruz Cabugá, 665** |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| **Santo Amaro** | **Recife** | **PE** | **50.040-000** |
| DADOS DO FMAS | Razão Social do FMAS: |  | CNPJ: |
|  |  |  |
| Logradouro (Rua, Avenida...): |
|  |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
|  |  |  |  |
| GESTOR DO FMAS | Responsável Legal: |  | CPF: |
|  |  |  |
| Cargo: | RG: |
|  |  |
| Logradouro (Rua, Avenida...): |
|  |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
|  |  |  |  |
| Telefones: | Fixo:  | Celular:  |
| () |  () |
| E-mail:  |
|  |
| TERMO | Pelo presente instrumento, o Município acima identificado firma as responsabilidades de gestão, execução e prestação de contas que decorrem do aceite do cofinanciamento de que trata a Lei nº 11.297, de 26 de dezembro de 1995 e das disposições previstas no Decreto nº 38.929, de 07 de dezembro de 2012. O Município se compromete em manter o seguinte Serviço: |
| Plano de ação: |
| Meta | Unidade | Período | Qtd.CRAS | Valor da Meta (em R$) | Valor mensal (em R$) | Valor Total (4 meses em R$) |
| 1 | Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família - PAIF | 01/09/13 | 31/12/13 |  | R$ 2.500,00 |  |  |
| Dados Bancários para Repasse:  |
| Banco: | Agência: | Conta Corrente: |
|  |
| **Obs: A Conta bancária deve ser do Fundo Municipal de Assistência Social para movimentação dos recursos transferidos, de acordo com cada serviço cofinanciado**. |
| ASSINATURA | Local e data: |
|  |
| Assinatura: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prefeito (a) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gestor do FMAS |