**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 | | | | | | | | | | | |