



ANEXO II

**PLANO DE APLICAÇÃO PARA COFINANCIAMENTO DO GOVERNO ESTADUAL
SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
ANO 2020**

I. DADOS CADASTRAIS
1. ÓRGÃO PROPONENTE:
Nível de Gestão:
CNPJ:
Cidade:
UF:
Endereço:
CEP:
Telefone
E-mail:
Prefeito:
1.1 Dados do Responsável:
2. ÓRGÃO GESTOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
Secretaria:
CNPJ:
Cidade:
UF:
Endereço:
CEP:
Telefone
E-mail:
Gestor:
2.1 Dados do Responsável:
3. FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ:
Vínculo Institucional:
Telefone:
Ato de Criação:
Número Ato:
Data Assinatura:
Data Publicação
Gestor:
2.1 Dados do Responsável:
4. CONSELHO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Cidade:
UF:
Endereço:
CEP:
4.1 Secretário Executivo.:



COFINANCIADOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS		
Banco	Agência	Conta
RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº _____ APROVADA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		
BENEFÍCIOS EVENTUAIS, conforme Resolução Municipal, de acordo com o Decreto municipal que trata da calamidade pública (Vírus COVID-19)		
Valor total previsto a ser repassado pelo FEAS-AP exercício 2020		
R\$ -		
PLANO DE APLICAÇÃO		
Detalhamento dos Benefícios Assistenciais	PREVISÃO DE ATENDIMENTO	VALOR PROGRAMADO

- Decreto Estadual nº 1414/2020 que trata de calamidade pública com relação ao Vírus COVID- 19.

- Decreto Municipal nº xxx/2020 que trata de calamidade pública com relação ao Vírus COVID- 19.

Declaro sob, as penas da Lei, a inteira responsabilidade pela veracidade das informações contidas neste Plano de Ação.

Local, _____ / _____ /2020

Prefeito (a) Municipal

Secretário (a) Municipal de Assistência Social

Presidente do CMAS