

DECLARAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O Conselho Municipal de Assistência Social de Imbituba/SC, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 4724, de 13/04/2016 e considerando sua função de acompanhar, avaliar e fiscalizar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos serviços socioassistenciais ofertados (NOB-SUAS - artigo 121) DECLARA que, em reunião on-line, em virtude da Pandemia do Covid 19, ocorrida no dia 20/04/2020, aprovou a proposita nº 006260/2020, elaborada e inserida no Sistema de Convênios da Plataforma +Brasil (antigo SICONV), pelo Município de Imbituba/SC.

A mencionada Proposta tem por objetivo ESTRUTURAR A REDE DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAL DO SUAS, mediante transferência voluntária de recursos, conforme especificado a seguir:

1. OBJETO: Aquisição de Veículo de Passeio
2. UNIDADES SOCIOASSISTENCIAIS BENEFICIÁRIAS: APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Imbituba/SC e Secretaria Municipal de Assistência Social Trabalho e Habitação - CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

Imbituba (SC), 20 de abril de 2020.



Ariane Elisabete Gotti Spinosa
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social
IMBITUBA/SC



PROPOSTA SICONV
FORMULÁRIO – MÉRITO SOCIAL

PROPOSTA SICONV Nº 006260/2020

1. DADOS DO PROPONENTE

Prefeitura Municipal de Imbituba - UF: SC

Endereço completo: Ernani Cotrin, 601

Bairro: Centro - CEP: 88780-000

DDD/Tel FIXO: 48 - 33558100 DDD/Tel CELULAR: _____

Nome do(a) Prefeito(a): Rosivaldo da Silva Júnior

E-mail do(a) Prefeito(a): prefeito@imbituba.sc.gov.br

Secretaria de Assistência Social

Endereço completo: Avenida Dr. João Rimsa

Bairro: Centro CEP: 88780-000

DDD/Tel FIXO: 48 32550608 DDD/Tel CELULAR: _____

Nome do(a) Secretário(a): Rosinete Delfino Laurindo

E-mail do(a) Secretário(a): rosizimba@yahoo.com.br

Contato do proponente responsável para possíveis retificações, complementações e esclarecimento de dúvidas relativas à Proposta:

Nome: **Jackeline da Silva Rosa** E-mail: projetos@imbituba.sc.gov.br

DDD/Tel FIXO: (48)3355-8133 DDD/Tel CELULAR: (48)98502-1585

1. Objeto da Proposta: **ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS) - AQUISIÇÃO DE VEÍCULO PASSEIO**
2. Objetivo da aquisição do veículo, tipo passeio, considerando, necessariamente, sua utilização para realizar ações/atividades socioassistenciais na unidade socioassistencial beneficiária:

(permite mais de uma marcação):

Realizar visitas domiciliares e acompanhamento familiar.

Dar mobilidade à equipe técnica que atua na oferta de Serviço(s) Socioassistencial(ais).



- () Promover o deslocamento de equipe volante.
(X) Possibilitar ações de busca ativa.
(X) Assegurar a locomoção dos usuários para participação em ações e/ou atividades socioassistenciais.
() Outros (especificar): _____

3. Anuência do Conselho de Assistência Social:

Mediante a apresentação deste Formulário, o Proponente declara estar ciente de que deverá inserir no Plano de Trabalho - aba ANEXOS, ato do Conselho de Assistência Social manifestando-se quanto à aprovação da Proposta, uma vez que cabe ao mesmo a função de acompanhar, avaliar e fiscalizar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos serviços, programas/projetos socioassistenciais ofertados.

(Permite uma marcação)

(X) Sim () Não

4. Capacidade Técnica e Gerencial do Proponente para a Execução do Objeto

O Proponente declara que dispõe de capacidade administrativa, técnica e gerencial para a consecução do objeto da proposta, cabendo-lhe a inteira responsabilidade pelo cumprimento de todas as fases exigidas legalmente, inclusive às que se referem à licitação, acompanhamento da execução, gestão dos recursos e prestação de contas.

(permite uma marcação)

(X) Sim () Não

5. Previsão de Prazo para a Execução

O Prazo para a execução do ajuste é de 12 (doze) meses, devendo ser observado o estabelecido na Portaria Interministerial nº 424/2016. Assim, ciente de suas competências e responsabilidades, o proponente reconhece a obrigatoriedade de apresentar o termo de referência no prazo fixado no instrumento, bem como os demais documentos que se façam necessários.

(permite uma marcação)

(X) Sim () Não

6. Estimativa de Recursos Financeiros

As questões relativas aos recursos financeiros vinculados a esta proposição serão observadas por ocasião da análise do Plano de Trabalho.

Não obstante a consideração acima, o proponente declara estar ciente de que o veículo a ser adquirido com recursos do convênio deverá ser compatível com o valor total do ajuste (valor da concedente + valor da contrapartida), bem como reconhece sua responsabilidade em estruturar os orçamentos e os recursos disponíveis, de maneira a não subestimar ou superestimar o valor do bem.

(permite uma marcação)

(X) Sim () Não



7. Unidade Socioassistencial Beneficiária

Poderá ser beneficiária, unidade socioassistencial pública ou unidade socioassistencial privada, que oferte Serviço de Proteção Social Básica ou Especial, nos termos da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS 109/2009). Tratando-se de unidade pública, a mesma deverá estar cadastrada no CadSUAS e, no caso de entidade socioassistencial privada, o respectivo cadastro deverá estar devidamente concluído no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social – CNEAS.

Preencher as informações relativas à unidade socioassistencial que será beneficiada, levando em consideração que o veículo tipo passeio deverá ficar vinculado apenas à respectiva unidade indicada.

1. CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

- a. Endereço completo: Rua Marlete de Medeiros nº 31 - Bairro Nova Brasília - Imbituba/SC CEP.: 88780-000
- b. Capacidade de atendimento:
() até 500 famílias/ano (X) até 750 famílias/ano () até 1000 famílias/ano
- c. Quantidade de veículo que será destinado ao CRAS: 01 veículo de Passeio

2. CENTRO PÚBLICO DE CONVIVÊNCIA

- a. Endereço completo: _____
Capacidade de atendimento:
() até 30 pessoas/turno () até 60 pessoas/turno () até 90 pessoas/turno
- b. Quantidade de veículo que será destinado ao Centro de Convivência: _____

3. CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS

- a. Endereço completo: _____
Capacidade de atendimento:
() até 50 casos/mês (famílias/indivíduos) () até 80 casos/mês (famílias/indivíduos)
- b. Quantidade de veículo que será destinado ao CREAS: _____

4. CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – CENTRO POP

- Endereço completo: _____ Capacidade de atendimento:
() até 100 casos/mês (famílias/indivíduos) () até 200 casos/mês (famílias/indivíduos)
- a. Quantidade de veículo que será destinado ao Centro POP: _____

5. CENTRO-DIA DE REFERÊNCIA

- a. Endereço completo: _____
Capacidade de atendimento:
() até 10 pessoas/turno () até 20 pessoas/turno
- b. Quantidade de veículo que será destinado ao Centro-Dia: _____

UNIDADE DE ACOLHIMENTO (PÚBLICA)

- c. Denominação: _____
- d. Endereço completo: _____



- e. Quantidade de veículo que será destinado à Unidade de Acolhimento: _____
- f. Marque o tipo de unidade, considerando o público e informe a respectiva capacidade de atendimento:
- () Abrigo Institucional, para crianças e adolescentes Vagas ofertadas: () até 10 () até 20.
() Abrigo Institucional, para adultos e famílias
Vagas ofertadas: () até 20 () até 30 () até 40 () até 50
() Abrigo Institucional, para idosos (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI)
Vagas ofertadas: até (informar o quantitativo)
() Abrigo Institucional, para mulheres em situação de violência
Vagas ofertadas: () até 10 () até 20
() Casa de Passagem, para adultos e famílias
Vagas ofertadas: () até 20 () até 30 () até 40 () até 50
() Casa Lar, para crianças e adolescentes, com até 10 vagas ofertadas.
() Casa Lar, para idosos, com até 10 vagas ofertadas.
() Residência Inclusiva, para jovens e adultos com deficiência
Vagas ofertadas: até (informar o quantitativo)
() República, para jovens de 18 a 21 anos, com até 10 vagas ofertadas.
() República, para adultos em processo de saída das ruas
Vagas ofertadas: até (informar o quantitativo)
() República, para idosos, com até 07 vagas ofertadas.

ENTIDADE SOCIOASSISTENCIAL PRIVADA, SEM FINS LUCRATIVOS, INTEGRANTE DA REDE DE SERVIÇOS DO SUAS

Denominação: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de IMBITUBA

CNPJ: 83.291.807/0001-58

Endereço completo: Rua Farrapos, nº 481, Bairro Vila Nova - Imbituba/SC

Quantidade de veículo que será destinado à entidade socioassistencial: 01 veículo passeio

Serviço(s) Socioassistencial(ais) ofertado(s):

- (x) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
() Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos
() Serviço Especializado em Abordagem Social
() Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias
() Serviço de Acolhimento Institucional
() Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

Imbituba (SC), 20 de abril de 2020.

Rosenvaldo da Silva Júnior
Prefeito Municipal de Imbituba/SC



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 21F8-E4F2-6DC6-13A5

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ROSENVALDO DA SILVA JUNIOR (CPF 932.790.199-15) em 20/04/2020 18:26:11 (GMT-03:00)
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://imbituba.1doc.com.br/verificacao/21F8-E4F2-6DC6-13A5>