

ATA Nº 07/2019

1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO MÊS DE AGOSTO

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL DE ALEXÂNIA, EM 27 DE AGOSTO DE 2019.

1
2
3
4 Aos vinte e sete dias do mês de agosto de dois mil e dezenove, às dez horas e quinze
5 minutos, na sala de reuniões do Conselho Municipal de Assistência Social, localizado no
6 complexo administrativo da Secretaria de Assistência Social de Alexânia, sito Avenida
7 Brasília, 338, Área Especial, iniciou-se a 1ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal
8 de Assistência Social do mês de agosto de 2019. Estavam presentes as seguintes
9 autoridades: Sr. Michael Laiso Felix, conselheiro titular pela SEMAS, presidente do
10 CMAS, a Sra. Luciene P.S. de Oliveira Gomes, conselheira titular pela SMS, secretária
11 geral do CMAS, a Sra. Aérica Barbosa Rabelo de Souza, conselheira titular pelos SEMAS, a
12 Sra. Nara Aparecida P. Oliveira, conselheira titular pela SMEC, a Sra. Wanessa Cristina
13 Ferreira, conselheira titular pela SEFAZ, o Sr. Tiago de Faria Santo Ribeiro, conselheiro
14 suplente pela SEFAZ, a Sra. Maria José Campanharo, conselheira titular pela CCA, a Sra.
15 Helen Borges Leal Lima, conselheira suplente pela APAE, a Sra. Ana de Fátima Fernandes,
16 conselheira titular pelo SINFAL, o Sr. Antônio Itamar Feitoza Souza, conselheiro titular
17 pela AMAA. Verificado o quórum, o conselheiro presidente Michael Felix, convidou a
18 Janisse D'Carvalho, Secretária Municipal de Assistência Social, para fazer apresentação
19 da PROPOSTA SICONV – FORMULÁRIO MÉRITO SOCIAL, para formalizar a solicitação de
20 aquisição de um veículo para a secretaria de Assistência Social. A Secretária de
21 Assistência Social informou que o recurso destinado a aquisição do referido veículo é
22 proveniente de Emenda Parlamentar para a Assistência Social do Município,
23 especificando a aquisição de veículo de transporte adaptado a acessibilidade,
24 objetivando o transporte de usuários do SUAS, no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil
25 reais). Foi apresentado o Plano de Trabalho detalhado que, após análise dos
26 conselheiros presentes, foi aprovado por unanimidade, assim como a destinação final do
27 referido recurso. Às dez horas e quarenta e cinco minutos foi encerrada a 1ª Reunião
28 Extraordinária do CMAS de agosto. E para constar, eu, Luciene P.S. de Oliveira Gomes,
29 Secretária do CMAS, lavrei a presente ata, que por ser sido aprovada pelo CMAS, é
30 devidamente assinada pelos presentes.


The block contains several handwritten signatures in blue ink. From left to right, the signatures are: a circular signature, a signature that appears to be 'Michael Felix', a signature that appears to be 'Luciene P.S. de Oliveira Gomes', a signature that appears to be 'Janisse D'Carvalho', and a signature that appears to be 'Aérica Barbosa Rabelo de Souza'. There are also some other illegible signatures and initials scattered throughout the block.

CONVÊNIO

ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DO SUAS

PROPOSTA SICONV

FORMULÁRIO – MÉRITO SOCIAL

DADOS DO PROPONENTE

Estado ou Município: Alexânia	UF: GO
Endereço: Av. 15 de novembro n° 325-403	
Bairro: Centro	CEP: 72 930-000
E-mail:	
DDD/Telefone FIXO:	DDD/Telefone CELULAR:
Nome do(a) Governador(a) ou do(a) Prefeito(a): Allysson Silva Lima	

Secretaria de Assistência Social	
Endereço: Av. BSB n° 338 Área especial	
Bairro: Centro	CEP: 72 930-000
E-mail: janisse@alexania.go.gov.br	
DDD/Telefone FIXO: 62 3336 - 3354	DDD/Telefone CELULAR: 62 9 9702 - 0227
Nome do(a) Secretário(a): Janisse Oliveira de Carvalho	

IMPORTANTE:

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

Nome: Janisse Oliveira de Carvalho E-mail: janisse@alexania.go.gov.br
DDD/Tel. FIXO: 62 3336 - 3354 DDD/Tel. CELULAR: 62 9 9702 - 0227

✓ Recomenda-se a leitura do documento MÉRITO SOCIAL – ORIENTAÇÕES GERAIS – PROPOSTA DE TRABALHO (Convênio), disponível na aba ANEXOS do Programa SICONV, a que a proposição está vinculada.

1. OBJETO: ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS) – AQUISIÇÃO DE BENS

2. CLASSIFICAÇÃO DO RECURSO:

() CUSTEIO (GND 3) = AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

(X) INVESTIMENTO (GND 4) = AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO - MATERIAL PERMANENTE - VEÍCULO

3. UNIDADE SOCIOASSISTENCIAL BENEFICIÁRIA – Indicar a(s) unidade(s) socioassistencial(ais) que será(ão) estruturada(s) mediante as aquisições realizadas com recursos do convênio, apresentando as informações solicitadas. (*permite mais de uma marcação*):

Observação 1: Tratando-se de unidade pública a mesma deverá estar registrada 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.

Observação 2: No caso de serem indicadas mais de uma unidade beneficiária da mesma natureza (exemplo: 2 CRAS), o proponente deverá apresentar as informações de todas as unidades (nome, endereço e capacidade de atendimento) em folha complementar a esta proposta.

– CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

Endereço completo: Av. BSB nº 338 centro área especial

Capacidade de atendimento:

até 500 famílias/ano até 750 famílias/ano até 1000 famílias/ano

– CENTRO PÚBLICO DE CONVIVÊNCIA

Endereço completo: Av. BSB nº 338 centro área especial

Capacidade de atendimento:

até 30 pessoas/turno até 60 pessoas/turno até 90 pessoas/turno

– CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS

Endereço completo: Rua 40 quadra 53 lote 02 centro

Capacidade de atendimento:

até 50 casos/mês (famílias/indivíduos) até 80 casos/mês (famílias/indivíduos)

– 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)

() – CENTRO-DIA DE REFERÊNCIA

Endereço completo: _____

Capacidade de atendimento:

() até 10 pessoas/turno () até 20 pessoas/turno

() – UNIDADE DE ACOLHIMENTO (PÚBLICA)

Denominação: Abrigo dos idosos Lar dos Bem Vividos

Endereço completo: Avenida Bahia Chacara Continental, nº 62, setor Nova Flórida

Público e 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

(x) Abrigo Institucional, para idosos (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI) Vagas ofertadas: até 20 (*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: _____
CNPJ: _____
Endereço completo: _____

(*permite mais de uma marcação*)

() Oferta Serviço de Proteção Social Básica, observando a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS 109/2009)

() Oferta Serviço de Proteção Social Especial, observando a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS 109/2009)

4. OBJETIVO – Finalidade das aquisições que serão realizadas com recursos do convênio (*permite mais de uma marcação*):

(x) Qualificar a oferta de serviços;

() Disponibilizar material necessário para a realização de atividades/ações relativas ao(s) serviço(s) ofertado(s);

(x) Propiciar maior conforto aos usuários;

() Viabilizar melhores condições de trabalho para a(s) equipe(s) técnica(s);

() Suprir a necessidade de mobiliário;

(x) Dar mobilidade à(s) equipe(s) técnica(s);

(x) Viabilizar atividades integrativas entre as unidades socioassistenciais;

(x) Propiciar o deslocamento de usuários de serviço(s) socioassistencial(ais) com dificuldades de locomoção e/ou que habitam em regiões desguarnecidas de transporte público, para participação nas ações/atividades vinculados ao(s) correspondentes serviço(s);

() Outros (especificar): _____

5. ESTIMATIVA DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

Não obstante à consideração acima, o proponente declara estar ciente de que a planilha de itens a serem adquiridos com recursos do convênio, na forma como previsto no documento “MÉRITO SOCIAL – ORIENTAÇÕES GERAIS – PROPOSTA DE TRABALHO (Convênio)”, deverá ser compatível com o valor total do ajuste (valor da concedente + valor da contrapartida). Nesta perspectiva, reconhece sua responsabilidade em estruturar os orçamentos e os recursos disponíveis, de maneira a não subestimar ou superestimar os valores dos bens e/ou produtos, observando os respectivos quantitativos.

(*permite uma marcação*)

(x) Sim

() Não

6. 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*)

Sim

Não

7. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DO PROPONENTE PARA EXECUÇÃO DO OBJETO

O proponente declara que dispõe de capacidade administrativa, técnica e gerencial para executar o convênio, cabendo-lhe a inteira responsabilidade pelo cumprimento de todas as fases exigidas legalmente, inclusive as que se referem à licitação, acompanhamento da execução, gestão dos recursos e prestação de contas.

(*permite uma marcação*)

Sim

Não

8. 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*)

Sim

Não

9. OUTRAS INFORMAÇÕES

10. LOCAL/DATA: Alexânia 21 de agosto de 2019

