|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  **SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SEADES/AL** | | | | | | | ANO: 2024  RESOLUÇÃO CMAS Nº:  ATA Nº:  DATA DA REUNIÃO: | | |
| **PLANO DE SERVIÇOS**  **PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA** | | | | | | | | | |
| **CONCEDENTE** | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | | | | CNPJ: | | |
| **FUNDO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** | | | | | | | **103783090001-73** | | |
|  | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO** | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | | | | | | CNPJ: | | |
|  | | | | | | |  | | |
| NÍVEL DE GESTÃO | | | | | | | PORTE | | |
|  | | | | | | |  | | |
| ENDEREÇO SEDE (LOGRADOURO) | | | | | | | BAIRRO | | |
|  | | | | | | |  | | |
| MUNICÍPIO | | CEP | | | | | TEL: | | |
|  | |  | | | | |  | | |
| RESPONSÁVEL LEGAL | | CPF: | | | | | REGISTRO GERAL/RG | | |
|  | |  | | | | |  | | |
| CARGO | | DATA INÍCIO MANDATO | | | | | DATA TÉRMINO MANDATO | | |
|  | |  | | | | |  | | |
| E-MAIL DO PROPONENTE: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ÓRGÃO GESTOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO** | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | | | | | | | CNPJ: | |
|  | | | | | | | |  | |
| ENDEREÇO SEDE (LOGRADOURO) | | | | | | | | BAIRRO | |
|  | | | | | | | |  | |
| MUNICÍPIO | | CEP | | | TEL: | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| GESTOR: | | CPF: | | | REGISTRO GERAL/RG | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | | | | | CNPJ: | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| ENDEREÇO SEDE (LOGRADOURO) | | | | | | BAIRRO | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| MUNICÍPIO | | | CEP | | | TEL: | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
| GESTOR DO FUNDO | | | CPF: | | | REGISTRO GERAL/RG | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
| **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | | | | CNPJ: | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| ENDEREÇO SEDE (LOGRADOURO) | | | | | BAIRRO | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| MUNICÍPIO | | CEP | | | TEL: | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| PRESIDENTE DO CMAS | | CPF: | | | REGISTRO GERAL/RG | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL** | | | | | | | | | |
| Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS);  Política Nacional de Assistência Social (PNAS);  Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS);  Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOBRH/SUAS);  Deliberação da VI Conferência Nacional de Assistência Social de “Tipificar e consolidar a classificação nacional dos serviços socioassistenciais”;  Plano Decenal de Assistência Social, que estabelece as bases de padronização nacional dos serviços e equipamentos físicos do SUAS;  Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;  Decreto nº 4.230, de 03 de dezembro de 2009;  Decreto nº 4.231, de 03 de dezembro de 2009;  Portaria nº 2.600, de 06 de novembro de 2018;  Portaria nº 2.601, de 06 de novembro de 2018;  Portaria nº 580, de 31 de dezembro de 2020. | | | | | | | | | |
| **PÚBLICO** | | | | | | | | | **META PACTUADA/ATENDIMENTO(ANO)** |
| Famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social residentes nos territórios de abrangência dos CRAS, em especial: | | | | | | | | |  |
| **OBJETIVOS** | | | | | | | | | |
| - Fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida;  - Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas;  - Promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades;  - Promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social;  - Promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos;  - Apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares. | | | | | | | | | |
| **JUSTIFICATIVA** | | | | | | | | | |
| O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O trabalho social do PAIF deve utilizar-se também de ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço. As ações do PAIF não devem possuir caráter terapêutico. | | | | | | | | | |
| **PREVISÃO DE ATENDIMENTO FÍSICO** | | | | | | | | | |
| **PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **MODALIDADES DE SERVIÇOS - Ações onde serão aplicados os Recursos** | | | | | | | | | **VALOR CONCEDENTE (R$)** |
| Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); | | | | | | | | |  |
| Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; | | | | | | | | |  |
| Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. | | | | | | | | |  |
| **DADOS BANCÁRIOS** | | | | | | | | | |
| Nº BANCO | NOME DO BANCO | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| AGÊNCIA | CONTA | | | PRAÇA | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
| **OBS.: Os domicílios bancários serão, OBRIGATORIAMENTE, do Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS, e exclusivos para o recebimento do Cofinanciamento do Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS.** | | | | | | | | | |
| **RESUMO EXECUTIVO** | | | | | | | | | |
| **Item** | | | | **Valor (R$)** | | | | | |
| 1. Valor Total Previsto a ser repassado pelo FEAS (anual) | | | | 54.000,00 | | | | | |
| 2. Recursos próprios a serem alocados no FMAS (anual) | | | |  | | | | | |
| 3. Total de recursos do fundo municipal para o exercício (1+2) | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **EXECUÇÃO** | | | | | | | | | |
| **RECURSOS ESTADUAL - FECOEP –** Conforme dispõe o Art. 1º, Parágrafo único do Decreto Estadual nº 2.845, de 14/10/2005, e ainda o Art. 2º da LEI 6.558 de 30/12/2004:   1. É vedada a utilização dos recursos para remuneração de pessoal, assim como pagamento de encargos sociais; 2. Os recursos da parcela do cofinanciamento estadual não devem ser utilizados em despesas de capital como:  * Aquisição de bens e materiais permanentes; * Construção ou ampliação de imóveis; * Reformas que modifiquem a estrutura da edificação; e   Obras públicas ou constituição de capital público ou privado  Declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Representante Legal  (acrescentar carimbo) | | | | | | | | | |