**Anexo:   
Termo de Compromisso – Gestor Municipal da Assistência Social**

CONSIDERANDO a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei n° 12.435, de 6 de julho de 2011, Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS;

CONSIDERANDO a Lei nº 17.819, de 9 de dezembro de 2019 que institui o Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS-SC e estabelece outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do CNAS, que aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS;

CONSIDERANDO a Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006, do CNAS, que aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH/SUAS;

CONSIDERANDO a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do CNAS, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;

CONSIDERANDO a Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, do CNAS, que aprova a NOB/SUAS;

CONSIDERANDO a Resolução n° 16 de 16 de dezembro de 2022, do CEAS, que dispõe sobre a Regulamentação, Concessão e Cofinanciamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política Pública Estadual de Assistência Social;

CONSIDERANDO a Resolução CEAS nº 18/2024, de 24 de abril de 2024, sobre a Regulamentação dos Pisos de Cofinanciamento Estadual do SUAS por Meio do Fundo Estadual de Assistência Social de Santa Catarina - FEAS/SC;

CONSIDERANDO a Resolução CEAS/SC nº 35, de 26 de novembro de 2024 que dispõe da RETIFICAÇÃO da Resolução do CEAS/SC nº 18 de 2024 que aprovou a Regulamentação dos Pisos do Cofinanciamento Estadual do SUAS por meio do Fundo Estadual de Assistência Social de Santa Catarina – FEAS/SC.

CONSIDERANDO a Resolução CEAS/SC nº 07, de 21 de maio de 2025 que aprova o Manual sobre o Financiamento da Política de Assistência Social de Santa Catarina.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devidamente habilitado(a) para exercer as funções de gestão, na qualidade de Gestor(a) da Política de Assistência Social do Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob o número (CNPJ do município) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio deste instrumento, venho declarar que:

- As informações prestadas no Formulário de Habilitação e Plano de Aplicação ao Cofinanciamento Estadual 2026 correspondem aos equipamentos e serviços socioassistenciais ofertados pelo município, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

- O município possui Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS ativo, de composição paritária entre governo e sociedade civil.

- O município possui Plano de Assistência Social – PAS vigente, aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

- O município possui Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS instituído e em funcionamento, com alocação de recursos do Tesouro Municipal em seu orçamento.

- Os recursos financeiros provenientes do cofinanciamento estadual serão inclusos no orçamento do FMAS, com execução exclusiva na Política de Assistência Social.

Asseguro a veracidade das informações prestadas e o cumprimento das normativas legais e regulamentares pertinentes à gestão de recursos da Assistência Social.

Data: \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestor (a) Municipal de Assistência Social

Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_