

# **MANUAL DE PREENCHIMENTO DO PLANO DE TRABALHO PARA HABILITAÇÃO AO COFINANCIAMENTO ESTADUAL 2017**

1. Escolha o modelo do Plano de Trabalho de acordo com os cofinanciamentos ao qual o município é elegível, existem dois modelos: um somente para a Proteção Social Básica e outro para ambos os cofinanciamentos (Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média Complexidade). Neste manual, foi utilizado o modelo de ambos os cofinanciamentos.
2. Perceba que somente os campos em cinza são preenchíveis. O restante do documento não deve ser editado.

## Instruções de Preenchimento

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL GERÊNCIA DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL				1
ANO: 2017				
PLANO DE TRABALHO DO MUNICÍPIO DE [ ]				
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE				
SEÇÃO I – IDENTIFICAÇÃO DA GESTÃO				
<b>1 ÓRGÃO GESTOR ESTADUAL: SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO</b>				
RAZÃO SOCIAL DA UNIDADE GESTORA:				CNPJ:
FUNDO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL				01.056.698/0001-20
<b>2 IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO PRESENTE PLANO DE TRABALHO</b>				
NOME:		CARGO:		
E-MAIL INSTITUCIONAL:		TELEFONE:		
LOCAL DE TRABALHO (ÓRGÃO/SETOR):				
<b>3 IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL DO MUNICÍPIO - PREFEITO(A) OU PREFEITO(A) EM EXERCÍCIO</b>				
CARGO:		DATA INÍCIO MANDATO	DATA TÉRMINO MANDATO	
Selecione				
NOME:		E-MAIL INSTITUCIONAL:		
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	RG:	ÓRGÃO EMISSOR:	
<b>4 IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>				
RAZÃO SOCIAL (NOME EMPRESARIAL):				CNPJ:
<b>5 IDENTIFICAÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL</b>				
NOME DO(A) COORDENADOR(A) DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL:			FORMAÇÃO:	
Nº DO REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL (SE HOUVER):	TELEFONE:	EMAIL INSTITUCIONAL:		
<input type="checkbox"/> NÃO HÁ COORDENADOR(A) DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL				


Selecionar "Prefeito(a)" ou "Prefeito(a) em exercício", observando quem está em exercício na data de assinatura.

Preencher da mesma forma como consta no Cartão do CNPJ do FMAS, disponível para consulta no [site da Receita Federal](#)

O item 5 só aparecerá no modelo dos municípios elegíveis para a média complexidade, e se refere à coordenação da Proteção Social Especial (e não do CREAS ou do Centro Pop especificamente)

Lembrete das páginas que precisam ser rubricadas pela gestão

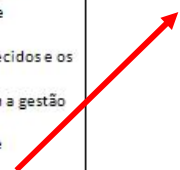
Rubrica – Prefeito(a)    Rubrica - Gestor(a)

2
 GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL GERÊNCIA DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
<b>SEÇÃO II – TERMO DE ACEITE AO COFINANCIAMENTO</b>
<b>6 CONSIDERANDO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- a Lei nº 8.742 de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS);</li><li>- a Resolução CNAS nº 33/2012, que trata da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS);</li><li>- a Resolução CNAS nº 109/2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;</li><li>- a Lei Complementar nº 143, de 26 de dezembro de 1995, que dispõe sobre repasses financeiros do Fundo Estadual de Assistência Social – FEAS aos Fundos Municipais de Assistência Social;</li><li>- o Decreto nº 2.677, de 8 de outubro de 2009 que dispõe sobre a transferência de recursos do Fundo Estadual da Assistência Social para os Fundos Municipais de Assistência Social;</li><li>- a Resolução da CIB nº XX de XX/XX/2017 que aprovou os prazos e procedimentos de repasse de recursos estaduais para cofinanciamento;</li><li>- os Serviços de Proteção Social Básica, que tem como objetivos a prevenção das situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destinam-se à população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social;</li><li>- os Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade, que tem como objetivo oferecer atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos;</li><li>- a Lei do FEAS em seu art. 5º, Parágrafo único, incisos I, II e III que dispõe ser condição para o recebimento dos repasses a efetiva instituição e funcionamento de Conselho Municipal de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil; Plano Municipal de Assistência Social e Fundo Municipal de Assistência Social com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social;</li><li>- os Cadernos de Orientações Técnicas do CRAS e Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, publicados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;</li><li>- os Cadernos de Orientações Técnicas do CREAS e do Centro Pop, publicados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.</li></ul>
<b>7 OBJETO</b> <p>O presente tem como objeto o aceite do Município ao <b>Cofinanciamento Estadual dos Serviços de Proteção Social Básica e dos Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade</b>, conforme regulamentado na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, e formaliza as responsabilidades gerais e específicas que assume o Prefeito e ou Gestor da Secretaria Municipal de Assistência Social.</p>
<b>8 RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>I - Zelar pela aplicação da Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993, alterada pela Lei 12.435 que dispõe pela organização da política de Assistência Social, bem como com a aplicação do Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007;</li><li>II - Realizar o aceite formal do cofinanciamento estadual, por meio deste, conforme os prazos estabelecidos e os repasses dos recursos;</li><li>III - Garantir que os serviços de Proteção Social Básica prestados no município estejam articulados com a gestão territorial da rede socioassistencial;</li><li>IV - Garantir que os serviços prestados pelo CREAS estejam articulados com a gestão territorial da rede socioassistencial da Proteção Social Especial;</li><li>V - Submeter à deliberação do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) o Aceite do cofinanciamento;</li><li>VI - Elaborar plano de aplicação para cofinanciamento dos recursos do cofinanciamento estadual e submeter à aprovação do CMAS;</li><li>VII - Dar ciência ao CMAS quanto à destinação dos recursos cofinanciados;</li><li>VIII - Ter equipe técnica de referência no CRAS, de acordo com o preconizado na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUAS), que será responsável pelo acompanhamento das famílias e articulação das políticas públicas municipais;</li><li>IX - Garantir o funcionamento dos CRAS, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais;</li><li>X- Manter o CRAS em funcionamento, seguindo as normativas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);</li></ul>
Rubrica – Prefeito(a)      Rubrica - Gestor(a)
<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Seção com os itens do Termo de Aceite para leitura cuidadosa

ATENÇÃO!

"Submeter à deliberação do CMAS o Aceite do cofinanciamento"



- XI - Garantir a utilização dos recursos nos Serviços aportados no CREAS e no Serviço Especializado em Abordagem Social e/ou Serviço Especializado para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias executados já em 2014 por entidade preponderante de assistência social, assegurando o Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS que tais serviços estejam referenciados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS;
- XII - Ter equipe de referência exclusiva com os profissionais previstos na NOB-RH/SUAS e na Resolução CNAS Nº 17 de 20 de junho de 2011, em número suficiente para o atendimento da demanda;
- XIII - Garantir espaço físico exclusivo e com os espaços essenciais elencados no Caderno de Orientações Técnicas do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (MDS, 2011) e ou no Caderno de Orientações Técnicas do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (MDS, 2011);
- XIV - Garantir o funcionamento dos CREAS e Centro-POP (se for o caso) de, no mínimo, 8 (oito) horas diárias e 40 (quarenta) horas semanais;
- XV - Garantir articulação entre o CREAS com o nível de Proteção Social Básica, promovendo a organização do SUAS;
- XVI - Prestar informações periodicamente e sempre que solicitado, ao gestor da política estadual – SST, ao Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS e aos órgãos de Controle Externo;
- XVII - Providenciar que as informações solicitadas pela SST sejam prontamente repassadas pelo órgão gestor municipal;
- XVIII - Prover e promover a participação dos profissionais do CRAS, do CREAS e da gestão em processos de capacitação;
- XIX - Atentar para que os serviços vinculados à Proteção Social Básica estejam situados no território do município cofinanciado;
- XX - Promover ações integradas e intersetoriais com vistas à prevenção do afastamento do usuário do seu convívio familiar e comunitário, bem como preventivas às violações de direitos;
- XXI - Avaliar por meio de indicadores a qualidade da prestação dos serviços, dando ciência aos órgãos de controle social e de defesa dos direitos, assumindo o compromisso de manter atualizadas as informações cadastrais registradas no CADSUAS, Censo SUAS, e SUASWEB e outros instrumentos de acompanhamento e monitoramento acerca da oferta municipal dos serviços da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial de Média Complexidade;
- XXII – A documentação comprobatória das despesas realizadas com a prestação dos serviços deverá ser mantida até a aprovação das contas em arquivo corrente e por mais 5 (cinco) anos em arquivo intermediário.

#### 9 OUTRAS DISPOSIÇÕES

O descumprimento destas responsabilidades poderá implicar no bloqueio do repasse financeiro do Cofinanciamento Estadual da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial de Média Complexidade e na devolução dos recursos recebidos.

As dúvidas e controvérsias porventura surgidas em função da execução deste instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, no âmbito dos Conselhos Municipais, serão apreciadas e julgadas pelo Órgão Gestor Estadual e pelo Conselho Estadual de Assistência Social e/ou outras instâncias de Controle Externo, à luz da legislação e da doutrina aplicável ao caso.

Observe que é  
responsabilidade do  
município


“[...] manter  
atualizadas as  
informações  
cadastrais registradas  
no CADSUAS [...]”

Rubrica – Prefeito(a)      Rubrica - Gestor(a)

Assinalar os serviços onde o município pretende aplicar os recursos. Mesmo que todos sejam executados, devem ser assinalados os campos somente dos serviços nos quais serão gastos recursos do cofinanciamento estadual.

A Seção III trata-se de um PLANEJAMENTO de como será gasto o recurso para a Proteção Social Básica

4


**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
 SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO  
 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
 GERÊNCIA DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

**SEÇÃO III – PLANEJAMENTO DA EXECUÇÃO DOS RECURSOS PARA A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA**

**10 IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA OFERTADOS NO MUNICÍPIO QUE SERÃO COFINANCIADOS**

SERVIÇOS - Ações onde serão aplicados os Recursos	LOCAL DE OFERTA
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);	<input type="checkbox"/> CRAS
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV);	<input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO DE CONVIVÊNCIA <input type="checkbox"/> ENTIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL:
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO

**11 PROPORÇÃO DA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS (assinale apenas um campo)**

30% para custeio e 70% para investimento  
 70% para custeio e 30% para investimento  
 50% para custeio e 50% para investimento  
 100% para custeio  
 100% para investimento

**12 PLANO DE APLICAÇÃO**

**O valor previsto para CUSTEIO será aplicado em:**

Aquisição de materiais de expediente e consumo aos Serviços da Proteção Social Básica  
 Aquisição de produtos de limpeza e higiene necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica  
 Alimentação nas oficinas do PAIF e/ou nos grupos do SCFV  
 Conservação e adaptação de imóvel público com destinação exclusiva aos Serviços da Proteção Social Básica  
 Manutenção e/ou outras despesas vinculadas aos Serviços da Proteção Social Básica

**O valor previsto para INVESTIMENTO será aplicado em:**

Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à Proteção Social Básica  
 Aquisição de equipamentos eletrônicos e de informática necessários à Proteção Social Básica  
 Aquisição de veículo para uso exclusivo do CRAS  
 Outros. QUAIS:

**13 DADOS BANCÁRIOS**

Nº DA AGÊNCIA:	CONTA CUSTEIO:	Nº DA AGÊNCIA:	CONTA INVESTIMENTO:

OBS: TODAS AS CONTAS INFORMADAS NESTE PLANO DE TRABALHO (NOS ITENS 12 E 17) DEVEM SER, OBRIGATORIAMENTE, ESPECÍFICAS PARA O COFINANCIAMENTO ESTADUAL, SENDO PROIBIDO UTILIZAR AS CONTAS DO COFINANCIAMENTO FEDERAL, OU QUALQUER OUTRA QUE NÃO SEJA ESPECÍFICA DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL. CASO O MUNICÍPIO NÃO POSSUA ESSAS CONTAS, DEVERÁ ABRIR NO BANCO DO BRASIL, OBRIGATORIAMENTE EM NOME DO CNPJ DO FMAS, E NOMEADA CONFORME A PROTEÇÃO E A DESTINAÇÃO (CUSTEIO E/OU INVESTIMENTO).

Rubrica – Prefeito(a)  Rubrica - Gestor(a)

**ATENÇÃO ao preenchimento dos dados bancários!**

Existe uma planilha com os dados bancários de anos anteriores, para que seja realizada a conferência das contas e para que haja continuidade dos repasses na mesma conta.

Ao município que não preencher os dados bancários, serão utilizados os dos anos anteriores e, caso não haja conta cadastrada para aquele fim, o município será considerado **NÃO HABILITADO**.

Por isso a importância de providenciar assim que possível a abertura das contas (àqueles que ainda não possuem), por ser um processo demorado e que pode acarretar na perda do prazo.

Lembrar de verificar se a conta existente está ativa, principalmente as que estão há muito tempo sem movimentação bancária.

**SEÇÃO IV – PLANEJAMENTO DA EXECUÇÃO DOS RECURSOS PARA A PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

**14 IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (CREAS) OFERTADOS NO MUNICÍPIO QUE SERÃO COFINANCIADOS**

SERVIÇOS - Ações onde serão aplicados os Recursos:	LOCAL DE OFERTA DO SERVIÇO:	HORÁRIO DE ATENDIMENTO:
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI	<input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Serviço Especializado em Abordagem Social	<input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida – LA e de Prestação de Serviços à Comunidade – PSC	<input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias	<input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____

O item 14 trata dos serviços referenciados ao **CREAS**

Aos municípios elegíveis ao cofinanciamento da PSE de média complexidade, também deverá ser preenchido o planejamento da execução dos recursos para esta finalidade.

**15 IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (CENTRO POP) OFERTADOS NO MUNICÍPIO QUE SERÃO COFINANCIADOS**

SERVIÇOS - Ações onde serão aplicados os Recursos:	LOCAL DE OFERTA DO SERVIÇO:	HORÁRIO DE ATENDIMENTO:
<input type="checkbox"/> Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	<input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Serviço Especializado em Abordagem Social	<input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/> Outro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Não há CENTRO POP no município		

O item 15 trata dos serviços referenciados ao **CENTRO POP**

Essa seção não aparece no modelo para os municípios elegíveis somente à Proteção Social Básica

Caso o município não possua o equipamento instalado, deve assinalar a opção “Não há CENTRO POP no município”

**16 PROPORÇÃO DA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS (assinale apenas um campo)**

<input type="checkbox"/> 30% para custeio e 70% para investimento
<input type="checkbox"/> 70% para custeio e 30% para investimento
<input type="checkbox"/> 50% para custeio e 50% para investimento
<input type="checkbox"/> 100% para custeio
<input type="checkbox"/> 100% para investimento

**17 PLANO DE APLICAÇÃO**

Oval previsto para CUSTEIO será aplicado em:

<input type="checkbox"/> Aquisição de materiais de expediente e consumo aos Serviços da P.S.E. de Média Complexidade
<input type="checkbox"/> Aquisição de produtos de limpeza e higiene necessários à oferta dos Serviços da P.S.E. de Média Complexidade
<input type="checkbox"/> Alimentação
<input type="checkbox"/> Conservação e adaptação de imóvel público com destinação exclusiva aos Serviços da P.S.E. de Média Complexidade
<input type="checkbox"/> Manutenção e/ou outras despesas vinculadas aos Serviços da P.S.E. de Média Complexidade

Oval previsto para INVESTIMENTO será aplicado em:

<input type="checkbox"/> Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à P.S.E. de Média Complexidade
<input type="checkbox"/> Aquisição de equipamentos eletrônicos e de informática necessários à P.S.E. de Média Complexidade
<input type="checkbox"/> Aquisição de veículo para o serviço ofertado
<input type="checkbox"/> Outros. QUAIS: _____

**18 DADOS BANCÁRIOS**

Nº DA AGÊNCIA:	CONTA CUSTEIO:	Nº DA AGÊNCIA:	CONTA INVESTIMENTO:
_____	_____	_____	_____

Tomar os mesmos cuidados com os dados bancários !

Rubrica – Prefeito(a)      Rubrica – Gestor(a)

SEÇÃO V – DECLARAÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL

19 DECLARAÇÕES

- Declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas nos itens 2 a 5 do presente são a expressão da verdade.
- Declaro que li e estou de acordo: com o Aceite do Cofinanciamento, exposto nos itens 6 a 9; com o plano de aplicação assinalado nos itens 12 e 17; e com a proporção dos recursos assinalada nos itens 11 e 16.
- Declaro possuir Fundo Municipal de Assistência Social instituído e em funcionamento, com alocação de recursos próprios do tesouro em seu orçamento e com Unidade Orçamentária constituída
- Declaro que os recursos financeiros do cofinanciamento estão ou serão incluídos no orçamento do FMAS.
- Declaro ter ciência do valor previsto a ser recebido, publicado na Resolução CEAS nº XX/2017, cujo extrato encontra-se no Diário Oficial do Estado nº XX.XXX de XX/XX/2017 e publicizada na íntegra no sítio eletrônico da SST.
- Declaro que as contas bancárias informadas nos itens 13 e 18, de custeio e/ou investimento, estão ativas e são específicas para o cofinanciamento estadual da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média Complexidade, não sendo utilizadas para qualquer outro fim.

NOME DO MUNICÍPIO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
NOME DO ASSINANTE  
Gestor(a) da Assistência Social Municipal

\_\_\_\_\_  
NOME DO ASSINANTE  
Prefeito(a) Municipal

Fazer uma leitura cuidadosa das declarações

A data deve ser preenchida À CANETA NO MOMENTO DA ASSINATURA. A data deve ser preenchida, não deve ficar em branco, para dar legitimidade ao processo.

Não esqueça de preencher previamente e atentamente os dados de NOME do município e NOME dos assinantes. Estas informações serão publicadas no Diário Oficial do Estado

SEÇÃO VI - APROVAÇÃO DO CMAS

**ATENÇÃO!**

Nessa seção devem constar, por escrito e à caneta, os dados da reunião do CMAS que analisou e aprovou o Plano de Trabalho assinado pela gestão. Logo, a data da reunião deve ser posterior à data de assinatura do Plano de Trabalho pela gestão, que consta na Seção V.

**20 APROVAÇÃO DO CMAS QUANTO AOS VALORES DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL**

RESOLUÇÃO CMAS Nº:	ATA Nº:	DATA DA REUNIÃO:
--------------------	---------	------------------

**21 DECLARAÇÕES**

Declaro que Este Plano de Trabalho foi analisado pelo CMAS e foi aprovado em Reunião, de acordo com a Resolução CMAS de que trata o item 20 deste Plano de Trabalho.

Nessa Resolução, o CMAS aprova o valor a ser recebido pelo município, de acordo com o indicado na Resolução CEAS nº XX/2017, cujo extrato encontra-se no Diário Oficial do Estado nº XX.XXX de XX/XX/2017 e publicizada na íntegra no sítio eletrônico da SST, e também aprova a distribuição dos recursos, de acordo com o que foi definido nos itens 11 e 16.

Nome do assinante: \_\_\_\_\_  
 Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social

Todos os dados dessa seção devem ser preenchidos À CANETA, pois, logicamente, ao passar pelo CMAS o documento já estará impresso e assinado pela gestão

O número de Resolução CMAS deve ser referente à que trata da aprovação do Aceite e Valores do cofinanciamento. Não é necessário o envio da Resolução

A data da reunião deverá ser posterior à data de assinatura dos gestores. Para maiores esclarecimentos, leia a NOTA TÉCNICA GFEAS/SST nº 04/2016

ANÁLISE DA SST

**Atenção!**

Essa seção não deve ser preenchida pelo município!

**ANÁLISE DO PLANO DE TRABALHO PELA SST:**

O presente Plano de Trabalho foi analisado e:

<input type="checkbox"/> APROVADO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO RETIFICAÇÃO
<input type="checkbox"/> NOTIFICADO	<input type="checkbox"/> REPROVADO

ITENS COM INCONSISTÊNCIA: \_\_\_\_\_

Analisado por: \_\_\_\_\_

Essa seção deverá ficar em branco





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
GERÊNCIA DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

## Atenção!

- O Plano de Trabalho é o único documento que deve ser enviado, com exceção dos municípios que nunca aderiram ao cofinanciamento (Bom Jardim Da Serra, Capão Alto, Erval Velho, Imbuia, Pescaria Brava, Treze De Maio e Turvo), que devem encaminhar também o Termo de Adesão e a Resolução CMAS que aprova o Plano Municipal de Assistência Social 2014-2017.

- Após o preenchimento, assinaturas e aprovação do CMAS, o Plano de Trabalho deve ser encaminhado à SST, no endereço:

Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação  
Gerência de Gestão do FEAS  
Av. Mauro Ramos, 722 Centro  
CEP: 88020-300 Florianópolis – SC

- Toda a comunicação será realizada por meio do site da SST, portanto, acesse regularmente o link: <http://www.sst.sc.gov.br/index.php/assistencia-social2/gerencia-de-gestao-do-fundo-estadual-de-assistencia-social-gfeas/cofinanciamento-estadual-2017>

- Em caso de dúvidas, entre em contato pelo telefone (48)3664-0739 ou pelo email [feas@sst.sc.gov.br](mailto:feas@sst.sc.gov.br)