

## **DELIBERAÇÃO nº096/2018 – CEAS/PR**

O Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/PR reunido ordinariamente nos dias 04 e 05 de Outubro de 2018, no uso de suas atribuições regimentais e;

Considerando a Deliberação nº40/2017 – CEAS/PR, alterada pela Deliberação nº 068/2017- CEAS/PR, que tratam da aprovação do Incentivo Centro da Juventude – Paraná Seguro, na modalidade de cofinanciamento para ações de Assistência Social aos municípios pelo Fundo Estadual de Assistência Social – FEAS;

Considerando a necessidade da alteração do Anexo III das supracitadas Deliberações, devido à informatização do processo de prestação de contas,

### **DELIBERA**

**Art. 1º** Pela aprovação do cancelamento do Anexo III das Deliberações nº40 e 68/2017-CEAS/PR, ficando aprovado o Plano de Ação referente ao Incentivo Centros da Juventude – Paraná Seguro, conforme Anexo I da presente Deliberação.

**Art. 2º** Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE

Curitiba, 05 de Outubro de 2018.

Juliany Souza dos Santos  
**Presidente CEAS/PR**

**ANEXO I – Deliberação nº 096/2018 – CEAS/PR**

Logo do Município/cabeçalho

**ANEXO III – DELIBERAÇÃO Nº040/2017 – CEAS/PR**

**PLANO DE AÇÃO INCENTIVO CENTROS DA JUVENTUDE – PARANÁ SEGURO**

(com alterações conforme Deliberação nº 68/2017 e Deliberação nº xx/2018)

**I - DADOS CADASTRAIS**

**1. ÓRGÃO PROPONENTE**

Nome: *(Prefeitura municipal de...)*

CNPJ:

Prefeito(a):

Cidade:

UF:

Endereço:

CEP:

Telefone:

E-mail:

**2. ÓRGÃO GESTOR MUNICIPAL DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Nome: *(Secretaria Municipal de...)*

CNPJ:

Gestor(a):

Cidade:

UF:

Endereço:

CEP:

Telefone:

E-mail:

**3. ÓRGÃO GESTOR MUNICIPAL RESPONSÁVEL PELO CENTRO DA JUVENTUDE**  
(caso seja o mesmo da Assistência Social, seguir para o item 4).

Nome: (*Centro da Juventude...*)

CNPJ:

Gestor(a):

Cidade:

UF:

Endereço:

CEP:

Telefone:

E-mail:

**4. FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – FMAS**

Nome:

CNPJ:

Vínculo Institucional:

Ato de Criação:

Número do Ato de Criação:

Data Assinatura:

Data Publicação:

Telefone:

## 5. CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS

Nome: *(Conselho Municipal de...)*

Secretário(a) Executivo(a):

Endereço:

CEP:

Telefone:

Email:

Ato de Criação:

Data Assinatura:

Data Publicação:

## 6. PLANO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Data da Aprovação do CMAS:

Data da Publicação:

### II - PROPOSTA DE ATENDIMENTO (doze meses)

<b>ATENDIMENTO FÍSICO - INCENTIVO CENTROS DA JUVENTUDE - PARANÁ SEGURO 2017-2018</b>	
<b>Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos no Centro da Juventude</b>	
Adolescentes e Jovens de 15 a 24 anos	
<b>Centro da Juventude - Aquisição de veículo e equipamentos</b>	
Bolsas concedidas do Programa Agente de Cidadania	
Adolescentes e jovens atendidos em todas as atividades no Centro da Juventude - 15 a 24 anos	

### III - PREVISÃO DE FINANCIAMENTO

AÇÃO	ANO 2017	ANO 2018	TOTAL
Equipamentos e/ou Veículos	R\$160.000,00	-	R\$160.000,00
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	R\$ 37.500,00	R\$100.000,00	R\$137.500,00

### IV - PREVISÃO DE EXECUÇÃO DA DESPESA

Ação		Investimento/Capital	
Aquisição de Equipamentos e/ou Veículos		X	
Ação	Custeio	Investimento/capita I	Recursos Humanos
SCFV*			

\*Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

- 1) A aquisição do veículo para transporte de pessoas/ou equipamentos deverá ser realizada em até cento e oitenta dias após recebimento dos recursos.
- 2) Os recursos para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, deverão ser investidos considerando prestação de contas parcial semestral, com utilização de no mínimo 30% dos valores repassados.

### V - RESUMO EXECUTIVO

Relação de Fontes de Recursos a serem executados	Valores em R\$
1) Valor total Incentivo Centro da Juventude - Paraná Seguro	
2) Recursos próprios a serem alocados no FMAS (Anual)	
3) Outras fontes (Anual)	
4) Total de recursos do FMAS para o exercício de 201 ____	

**VI - PARECER DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS  
SOBRE O PLANO DE AÇÃO**

**1. PARECER DO CMAS:**

(Redigir parecer conforme consta em Ata de reunião do CMAS).

---

**1.1 DATA DA REUNIÃO CMAS:**

**1.2 NÚMERO DA ATA DA REUNIÃO:**

**1.3 NÚMERO DA RESOLUÇÃO E/OU DELIBERAÇÃO CMAS:**

**1.4 CONCLUSÃO DA ANÁLISE DO PLANO DE AÇÃO:**

Favorável ( )

Desfavorável ( )

## DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura Prefeito

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura Gestor (a)

Municipal da Política de  
Assistência Social

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Local/Data.

**Obs: O plano após preenchimento deve ser formato para que as assinaturas não fiquem isoladas em uma página.**

Endereço e contato da Prefeitura / rodapé