

FORMULÁRIO DE MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE - PISO GAÚCHO DO PROGRAMA AVANÇAR SUAS RECONSTRUÇÃO

O Programa Avançar SUAS Reconstrução visa oportunizar a reformas, ampliações e construções das unidades de serviços de assistência social nos município em situação de calamidade ou emergência em razão dos eventos climáticos de abril e maio de 2024.

DADOS DO MUNICÍPIO

1. Município *

Jari



2. CNPJ/MF *

01.609.402/0001-50

3. Responsável pelo preenchimento do formulário *



Prefeito Municipal



Gestor da Política de Assistência Social

4. Nome do responsável pelo preenchimento *

Lucas Silveira Ribeiro

5. Contato telefônico do responsável pelo preenchimento *

55933004303

6. Correio eletrônico do responsável pelo preenchimento *

suasjari@gmail.com

7. CNPJ/MF do Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS) *

14309774000103

8. Nome do Gestor Municipal do FMAS *

Lucas Silveira Ribeiro

9. Contato telefônico do Gestor do FMAS *

55933004303

10. Correio eletrônico do Gestor FMAS *

suasjari@gmail.com

11. Situação do Município durante as enchentes de 2024 *

☐ Emergência

☒ Calamidade

☐ Não se aplica

12. Informe o nº do Decreto Estadual, no caso de haver homologação de emergência ou calamidade

UNIDADE DE SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL BENEFICIÁRIA

13. Indique a unidade de serviço socioassistencial que será beneficiada com o cofinanciamento estadual especial do Piso Gaúcho Especial do Programa Avançar SUAS: (Só admite uma marcação) *

- ☒ Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)
- ☐ Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)
- ☐ Centro POP
- ☐ Abrigo institucional
- ☐ Casa-lar
- ☐ Casa de passagem/Albergue
- ☐ Residência Inclusiva
- ☐ Instituição de Longa Permanência
- ☐ República
- ☐ Posto de Cadastro Único
- ☐ Centro de Convivência referenciado ao CRAS

14. Qual a situação do imóvel que receberá a intervenção? *

- ☒ Imóvel possui matrícula em nome do município.
- ☐ Imóvel possui matrícula em nome de terceiro, pessoa jurídica de direito público, mas o município possui a posse legal do imóvel.
- ☐ Outra

15. Indique o tipo de intervenção que será realizada na unidade de serviço socioassistencial: *

☐ Reforma/adaptação/ampliação

☒ Construção

16. O Município possui a titularidade do terreno para **construção** da nova unidade de serviço socioassistencial? *

☒ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

17. Marque a previsão da quantidade de atendimentos/mês a serem realizados na unidade de serviço socioassistencial a ser **construída**: *

☒ 1 a 100

☐ 101 a 500

☐ Acima de 500

☐ Não se aplica

18. O Município está habilitado para receber recurso federal junto ao Ministério da Integração e Desenvolvimento Regional e/ou Ministério de Desenvolvimento e Assistência, Família e Combate à Fome - MDS para reforma, adaptação, ampliação ou construção de unidade de serviço socioassistencial? *

☒ Sim

☐ Não

19. Justificativa Técnica: Apresente os motivos pelos quais a unidade de serviço socioassistencial acima indicada necessita receber o cofinanciamento especial do Piso Gaúcho do Programa Avançar SUAS. Contextualize a justificativa com os impactos das enchentes de 2024: *

Observado o manual de manifestação de interesse elaborado pelo Governo Estadual, em especial o Item 3 - Parágrafo I, o Município de Jari/RS ainda não possui um CRAS, o que tem nos dificultado na prestação de serviços socioassistenciais para as famílias e indivíduos em vulnerabilidade social



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)