



*Conselho Municipal de Assistência Social de
Tianguá*

Lei nº 976/2016, de 20 de Abril de 2016.

RESOLUÇÃO Nº 20/2024 – CMAS

Dispõe sobre apreciação e aprovação do Relatório de Desempenho do Cofinanciamento Estadual para os Benefícios Eventuais, referente ao 1º Semestre de 2024.

O Plenário do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS de Tianguá, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei Municipal nº 976/2016, em consonância com a Lei Orgânica de Assistência nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, com base na reunião do colegiado em reunião ordinária realizada no dia 10 de abril de 2024.

CONSIDERANDO o que estabelece a Norma Operacional Básica – NOB SUAS, no art. 84 - Os Conselhos de Assistência Social, em seu caráter deliberativo, têm papel estratégico no SUAS de agentes participantes da formulação, avaliação, controle e fiscalização da política, desde o seu planejamento até o efetivo monitoramento das ofertas e dos recursos destinados às ações a serem desenvolvidas.

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar o Relatório de Desempenho do Cofinanciamento Estadual para os Benefícios Eventuais, referente ao 1º Semestre, período janeiro a junho de 2024.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Tianguá, Ceará, 14 de agosto de 2024.

Wallace Gomes Nepomuceno Cunha
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social

RELATÓRIO DE DESEMPENHO DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS – BE
ANO: 2024 PERÍODO: 1º SEMESTRE

MUNICÍPIO:	TIANGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE:	DO TRABALHO E ASSISTÊNCIA SOCIAL
TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO COFINANCIAMENTO:	MARISTELLA DANTAS MAGALHÃES

OBSERVAÇÃO: Orientamos que a cópia do extrato do saldo de 31/12/2023, deverá ser apresentado ao CMAS no ato da aprovação do Relatório de Desempenho.

META SEMESTRAL:	125
SALDO EM (R\$) REPROGRAMADO 31/12/2023:	3.724,63
VL. EM (R\$) DO COFINANCIAMENTO REF. JAN à JUN/2024:	6.000,00
VL. TOTAL DISPONÍVEL PARA 2º SEMESTRE/2024:	9.724,63

1. EXECUÇÃO FÍSICA BENEFÍCIOS EVENTUAIS

PERÍODO	EXECUÇÃO FÍSICA				AUX. NATALIDADE				AUX. FUNERAL			
	RECURSO ESTADUAL		RECURSO MUNICIPAL		RECURSO ESTADUAL		RECURSO MUNICIPAL		RECURSO ESTADUAL		RECURSO MUNICIPAL	
	META PREVISTA	META EXECUTADA*	META PREVISTA	META EXECUTADA*	META PREVISTA (FECOP)	META EXECUTADA*	META PREVISTA	META EXECUTADA*	META PREVISTA	META EXECUTADA*		
JANEIRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
FEVEREIRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MARÇO	30	-	150	-	30	-	150	-	-	70	-	
ABRIL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MAIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
JUNHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	30	-	150	-	30	-	150	-	-	70	-	

(*) Meta Executada = Nº de benefícios comprados/pagos no semestre.

2. FORMA DE OFERTA DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS:

- 2.1. () NA FORMA DE RESSARCIMENTO -
 2.2. () NA FORMA DE TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA
 2.3. (x) NA FORMA DE DISTRIBUIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS

IDENTIFIQUE A COMPOSIÇÃO DO AUXÍLIO NATALIDADE E FUNERAL:

QUANTOS FORAM OFERTADOS: _____
 QUANTOS FORAM OFERTADOS: _____
 QUANTOS FORAM OFERTADOS: 47

COMPOSIÇÃO DO AUXÍLIO NATALIDADE E FUNERAL		AUXÍLIO NATALIDADE		AUXÍLIO FUNERAL	
ITENS/DESCRIÇÃO	QTD	ITENS/DESCRIÇÃO	QTD	ITENS/DESCRIÇÃO	QTD
Banheira					
Bolsa Infantil	01	Urna funerária infantil, confeccionada em madeira de pino			
Calças enxutas	01	Urna funerária adulto, confeccionada em madeira de pino	01		
Camisetas	02	Preparação do corpo	01		
Cobertor infantil	06	Kit funerário adulto masculino, aparatos: (01 pacote de velas grandes)	01		
Conjunto pagão	01	Kit funerário adulto feminino, aparatos: (01 pacote de velas grandes)	01		
Pacote fralda de tecido com 5 unidades	03	Kit funerário infantil, aparatos: (01 pacote de velas grandes)	01		
Luvas pacote com 3 unidades	03		01		
Manta infantil	01				
Mosquiteiro de rede	01				
Rede infantil	01				
Sabonete infantil	01				
Sapatinho infantil pacote com 3 unidades	01				
Toalha infantil	01				

Obs.: No caso da oferta de itens compostos por kits (ex. kits de camisetas/mamadeiras) discriminar a quantidade de itens que compõe o kit; No caso da oferta de itens em pacotes descrever a quantidade de pacotes e o nº de unidades que o compõe; No caso da oferta de saída da maternidade, kit de higiene do bebê e serviços funerários descrever a composição/quantidade.

3. LOCAL DE OFERTA DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS:

AUXÍLIO NATALIDADE	AUXÍLIO FUNERAL
<input checked="" type="checkbox"/>) NO CRAS <input type="checkbox"/>) NO CREAS <input checked="" type="checkbox"/>) NA SEDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/>) OUTRO (S): _____	<input type="checkbox"/>) NO CRAS <input type="checkbox"/>) NO CREAS <input checked="" type="checkbox"/>) NA SEDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/>) OUTRO (S): _____

Obs.: *Múltipla escolha*

4. ANÁLISE QUALITATIVAMENTE O DESEMPENHO DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS NO SEU MUNICÍPIO, DESTACANDO:

ANÁLISE QUALITATIVA DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS			
PONTOS POSITIVOS	DIFICULDADES	AVANÇOS	
- Continuidade dos repasses mensais ao longo do ano; - Diversidade dos benefícios eventuais concedidos pelo município, conforme as demandas das famílias; - Disponibilidade de carro funerário para traslado.	Atrasos por parte do Setor de Licitação para realização de licitação para concessão de benefícios eventuais.	-Atualização do Decreto Municipal que regula a concessão de benefícios eventuais; -Profissional de Serviço Social na Gestão dos Benefícios Eventuais.	

Observações/Sugestões:

Data: 14/08/2024

Data: 14/08/2024


Assinatura do (a) Secretário (a).

Nº da Resolução do Conselho Municipal da Assistência Social: 20/2024