

**FORMULÁRIO 7 – SIGTV**

**ENTIDADE SOCIOASSISTENCIAL PRIVADA, SEM FINS LUCRATIVOS,  
INTEGRANTE DA REDE DE SERVIÇOS DO SUAS**

*Preencher o questionário somente quando o recurso for classificado como INVESTIMENTO (GND*

*4)*

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Prefeitura Municipal de Aliança do Tocantins - UF: TO

Contato do município para informações e esclarecimento de dúvidas relativas à  
Programação SIGTV:

Nome: Secretaria Municipal de Assistência Social E-mail: smasalianca01@gmail.com

DDD/Tel FIXO: 3377-1186 DDD/Tel CELULAR: 63 9 8108-9580

1. Nome da Entidade Socioassistencial: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Aliança de Tocantins/ APAE - (a entidade deve estar devidamente cadastrada no CNEAS)
2. CNPJ Nº 02.796.432/0001-86
3. Endereço da Entidade Socioassistencial - (necessariamente, o endereço deverá estar em conformidade com o CNEAS): Avenida Tocantins, Loteamento Sol Nascente, nº 00, saída para Brejinho de Nazaré, Centro, CEP: 77.455-000.
4. Informar a quantidade (nº) de pessoas que trabalham na Entidade, cujas atribuições tenham relação direta com a oferta do(s) Serviço(s) do SUAS (Ex: Assistente Social, Técnica de Referência, Orientador/Educador Social): 05 pessoas

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:** O preenchimento da informação **NÃO** deve considerar toda a estrutura de pessoal (Recursos Humanos) da Entidade, mas **somente** aqueles que realizam atividades diretamente relacionadas com o(s) Serviço(s) do SUAS ofertado(s) na Entidade. **NÃO** relacionar os nomes das pessoas e nem a denominação dos cargos.

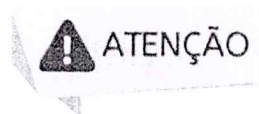
5. Informar os espaços/ambientes que são utilizados na entidade para a oferta de Serviço(s) Socioassistencial(ais) do SUAS, indicando as respectivas quantidades (Ex: Sala de atividades = 2).

ESPAÇOS/AMBIENTES	QUANTIDADE = PREENCHER COM O Nº DE ESPAÇOS/AMBIENTES (NÃO marque X)
Brinquedoteca	01
Quarto para cuidador	....
Quarto para usuários	....

F.M.A.S. Aliança - TO  
Fls. nº 2018

Sala de Atividades Individuais	01
Sala de Convivência	01
Sala de Coordenação	01
Sala de Estar	00
Sala de Estudo	06
Sala de Refeição	01
Sala para Atividades Coletivas	01
Sala para Repouso	01
Salão Multiuso	01
Outros (especificar):	00
<b>INFRAESTRUTUR A BÁSICA</b>	
Almoxarifado	01
Área de serviço/lavanderia	01
Banheiro (feminino)	01
Banheiro (masculino)	01
Banheiro adaptado (feminino)	01
Banheiro adaptado(masculino)	01
Banheiro para funcionário (feminino)	01
Banheiro para funcionário (masculino)	01
Copa	01
Cozinha	01
Depósito	01
Outros (especificar):	00

6. Marque o(s) Serviço(s) Socioassistencial(ais) do SUAS ofertado(s) na Entidade Socioassistencial beneficiária e preencha as correspondentes informações, quando for o caso:



**1** - A MARCAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) DEVE ESTAR EM CONFORMIDADE COM AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NO CNEAS.

**2** - OS ITENS A SEREM ADQUIRIDOS COM RECURSOS DA PROGRAMAÇÃO DEVEM ESTAR RELACIONADOS COM O(S) SERVIÇO(S) OFERTADO(S) NA ENTIDADE SOCIOASSISTENCIAL BENEFICIÁRIA, OBSERVANDO SUA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO, PÚBLICO E ESTRUTURA.

6.1 Oferta o SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS ?

( ) SIM

( x ) NÃO

F.M.A.S. Aliança LDB  
Fls. n° 03

⇒ Preencher a informação abaixo, somente se a resposta foi SIM.

a) Endereço do CRAS a que o Serviço está referenciado:

(necessariamente, o endereço deverá estar em conformidade com o CadSUAS)

\_\_\_\_\_

—

6.2 Oferta o SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS – SCFV ?

( ) SIM ( x ) NÃO

⇒ Preencher as informações abaixo, somente se a resposta foi SIM.

a) Endereço do CRAS a que o Serviço está referenciado:

(necessariamente, o endereço deverá estar em conformidade com o CadSUAS)

\_\_\_\_\_

—

b) Capacidade de atendimento da Entidade Socioassistencial beneficiária, para a oferta desse Serviço:

( x ) Até 30 pessoas/turno ( ) Até 60 pessoas/turno ( ) Até 90 pessoas/turno

c) Público (usuários do Serviço)

PÚBLICO	Nº TOTAL DE USUÁRIOS DO SCFV (SOMAR A QUANTIDADE DE USUÁRIOS DE TODOS OS TURNOS)
Crianças até 6 anos	---
Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos	---
Adolescentes de 15 a 17 anos	---
Jovens de 18 a 29 anos	---
Adultos de 30 a 59 anos	---
Idosos(as)	---

6.3 Oferta o SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS ?

( x ) SIM ( ) NÃO

⇒ Preencher as informações abaixo, somente se a resposta foi SIM.

a) Capacidade de atendimento da Entidade Socioassistencial beneficiária, para a oferta desse Serviço:

( X ) Até 10 pessoas/turno ( ) Até 20 pessoas/turno ( ) Até 30 pessoas/turno

b) Público (usuários do Serviço)

( X ) Pessoas com Deficiência e suas famílias ( ) Idosos e suas famílias

6.4 Oferta o SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ABORDAGEM SOCIAL ?

( ) SIM ( x ) NÃO

F.M.A.S. Aliança  
Fls. n° 04/15

6.5 Oferta o SERVIÇO DE ACOLHIMENTO ?

SIM  NÃO

⇒ Preencher as informações abaixo, somente se a resposta foi SIM.

a) Considerando o público usuário, indicar a Unidade de Acolhimento e informar a correspondente capacidade de vagas ofertadas:

Abrigo Institucional, para crianças e adolescentes: Vagas ofertadas:  até 10  até 20.

Abrigo Institucional, para adultos e famílias:  
Vagas ofertadas:  até 20  até 30  até 40  até 50

Abrigo Institucional, para idosos (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI) Vagas ofertadas: até ..... (informar o quantitativo)

Abrigo Institucional, para mulheres em situação de violência  
: Vagas ofertadas:  até 10  até 20

Casa de Passagem, para adultos e famílias  
Vagas ofertadas:  até 20  até 30  até 40  até 50

Casa Lar, para crianças e adolescentes, com até 10 vagas ofertadas.

Casa Lar, para idosos, com até 10 vagas ofertadas.

Residência Inclusiva, para jovens e adultos com deficiência  
Vagas ofertadas: até ..... (informar o quantitativo)

República, para jovens de 18 a 21 anos, com até 10 vagas ofertadas.

República, para adultos em processo de saída das ruas  
Vagas ofertadas: até ..... (informar o quantitativo)

República, para idosos, com até 07 vagas ofertadas.

F.M.A.S. Aliança/TO  
Fls. n° 05

O SIGTV é o sistema que atende ao § 5º do art. 38 da LDO para as emendas parlamentares que adicionam recursos a transferências automáticas e regulares, sejam de custeio (incremento temporário) ou investimento (aquisição de bens), a serem realizadas pela União a ente federativo e serão executadas em conformidade com a Portaria MC Nº 580, de 31 de dezembro de 2020, não sendo permitido a destinação dos recursos para obras.

Número da Programação: 170035020210001
Ano: 2021
Valor da Programação: R\$ 200.000,00
Descrição do Objeto: Estruturação da Rede de Serviços do SUAS – Políticas Públicas – RP2 Fonte 100
Funcional Programática: 08.244.5031.219G.0001
Situação Programação: Aprovada pelo FNAS
Data de assinatura: por se tratar de repasse direto não existe assinatura
Início da vigência: a partir da data de recebimento dos recursos
Término da vigência:
Dados do Convenente (Ente Federado Indicado):
CNPJ: 14.837.176/0001-07
Nome: Fundo Municipal de Assistência Social
Unidade socioassistencial beneficiária:
CNPJ: 02.796.432/0001-86
Nome: APAE de Aliança do Tocantins
Item indicado para a socioassistencial beneficiária:
Veículo Utilitário com carroceria tipo pick-up
Dados do Concedente:
Nome: Fundo Nacional de Assistência Social

F.M.A.S. Aliança  
Fls. nº 00