



## RESOLUÇÃO Nº 20/2024.

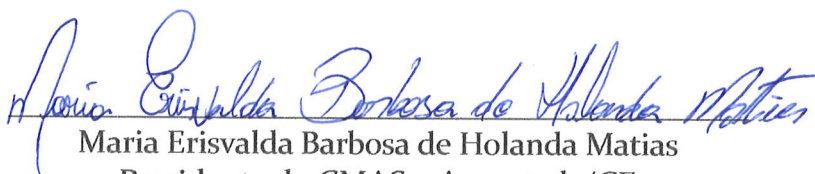
O Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Amontada/CE em Reunião Plenária, realizada no dia 16 de outubro de 2024, no uso das competências e das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e suas alterações, pela Lei Municipal nº 1.257/2021, 03 de março de 2021 que altera o artigo 3º da lei nº 1.198/2019, de 28 de maio de 2019, que alterou o artigo 1º da lei nº 1.030/2014 que alterou o artigo 1º da lei 318 de 1998 que, alterou o artigo 3º da lei nº 231/1996, que institui o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS),

### RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Relatório de Desempenho do Cofinanciamento Estadual dos Benefícios Eventuais – BE – Período: 1º semestre do ano de 2024.

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

Amontada-CE, 16 de outubro de 2024.

  
Maria Erisvalda Barbosa de Holanda Matias  
Presidente do CMAS – Amontada/CE

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

MUNICÍPIO:	Amontada
PORTE:	2
SECRETARIA MUNICIPAL DE:	TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO:	ERASMO RODRIGUES DE ARAUJO JUNIOR OLIVEIRA

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

META SEMESTRAL:	RS 4.855,48
SALDO EM (RS) REPROGRAMADO 31/12/2023:	RS 604,95
VL. EM (RS) DO COFINANCIAMENTO REF. JAN a JUN/2024:	RS 4.200,00
VL. TOTAL DISPONÍVEL PARA 1º SEMESTRE/2024:	RS 4.855,48

**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*	META PREVISTA	META EXECUTADA*
JANEIRO		0		0		0		0		0		0
FEVEREIRO	20	0	80	0	10	0		0		20		0
MARÇO		0		0		0		0				30
ABRIL		0		50		0		0				0
MAIO		0		0		0		0				0



JUNHO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>					

(\*) Meta Executada = N° 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

QUANTOS FORAM OFERTADOS: \_\_\_\_\_

QUANTOS FORAM OFERTADOS: \_\_\_\_\_

QUANTOS FORAM OFERTADOS: 30 (15 urnas com 15 kit mortalha)

**IDENTIFIQUE A COMPOSIÇÃO DO AUXÍLIO NATALIDADE E FUNERAL:**

COMPOSIÇÃO DO AUXÍLIO NATALIDADE E FUNERAL		AUXÍLIO FUNERAL	
AUXÍLIO NATALIDADE		AUXÍLIO FUNERAL	
ITENS/DESCRIÇÃO	QTD	ITENS/DESCRIÇÃO	QTD
BANHEIRA	01	URNA FUNERÁRIA INFANTIL: ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS: CONFECCIONADA EM MADEIRA DE PINOS COM 18 MM DE ESPESSURA; FORRO INTERIOR EM TECIDO TNT; ACABAMENTO COR BRANCA; TAMPA COM 04 CHAVETAS, SEM VISOR, COM 04 ALÇAS ARTICULADAS TIPO PARREIRA; DIMENSÕES: LARGURA PARTE INFERIOR OMBRO 43 CM, LARGURA PARTE SUPERIOR OMBRO 46 CM, COMPRIMENTO PARTE INFERIOR 140CM, NA PARTE SUPERIOR 146 CM, ALTURA 20CM. PADRÃO POPULAR MODELO : SEXTAVADO.	
PACOTES DE FRALDAS DE PANO	02	URNA FUNERÁRIA RECEM NASCIDO: ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS - CONFECCIONADA EM MADEIRA DE PINUS COM 18 MM DE ESPESSURA; FORRO INTERIOR EM TECIDO TNT; ACABAMENTO EM VERNIZ DE ALTO BRILHO; TAMPA COM 04 CHAVETAS, SEM VISOR, COM 04 ALÇAS ARTICULADAS TIPO PARREIRA; DIMENSÃO: COMPRIMENTO DA URNA: 0,50 CM COM LARGURA: 0,20 CM	
BOLSA GRANDE	01	KIT MORTALHA INFANTIL: ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS: EDREDOM, VÉU, E A MORTALHA CONFECCIONADA EM	

		POLIESTER OU CETIM NA COR BRANCA , MASCULINA E FEMININA.	
CAMISETAS	01	KIT MORTALHA INFANTIL RECÉM NASCIDO : ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS: EDREDOM, VÊU, E A MORTALHA CONFECIONADA EM POLIESTER OU CETIM NA COR BRANCA , MASCULINA E FEMININA.	
MOSQUETEIRO	01	KIT MORTALHA ADULTO: ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS: EDREDOM, VÊU, E A MORTALHA( CONFECIONADA EM POLIESTER OU CETIM NA COR BRANCA ), MASCULINA E FEMININA.	
REDE	01	URNAS G ( ACIMA DE 120 KG ATE 150 KG), NO MODELO SEXTAVADO. CAIXÃO DE MADEIRA EM PINUS, COM 18 MM DE ESPESSURA, COM FORRO INTERIOR EM SAMILON BRANCO, TRAVESSEIRO SOLTO, ACABAMENTO EM VERNIZ DE ALTO BRILHO, COM TAMPA E VISOR COM 04 (QUATRO) CHAVETAS E 06 (SEIS) ALÇAS PAREIRAS. DIMENSÃO: COMPRIMENTO INTERNO 2.030 CM E COMPRIMENTO EXTERNO 2.100 CM. LARGURA INTERNA: 0,660 CM; LARGURA EXTERNA: 0,780 CM. ALTURA INTERNA: 0,390 CM E ALTURA EXTERNA: 0,435 CM	
SABONETE INFANTIL	01	URNAS GG ( ACIMA DE 150 KG ATE 230 KG),NO MODELO SEXTAVADO. CAIXÃO DE MADEIRA EM PINUS, COM 18 MM DE ESPESSURA, COM FORRO INTERIOR EM SAMILON BRANCO, TRAVESSEIRO SOLTO, ACABAMENTO EM VERNIZ DE ALTO BRILHO, COM TAMPA E VISOR COM 04 (QUATRO) CHAVETAS E 06 (SEIS) ALÇAS PAREIRAS. DIMENSÃO: COMPRIMENTO INTERNO 2.000 CM E COMPRIMENTO EXTERNO 2.050 CM. LARGURA INTERNA: 0,780 CM; LARGURA EXTERNA: 0,89 CM. ALTURA INTERNA: 0,395 CM E ALTURA EXTERNA: 0,435 CM	
MIJÃO	01	URNAS EXG ( ACIMA DE 230 KG),NO MODELO SEXTAVADO. CAIXÃO DE MADEIRA EM PINUS, COM 18 MM DE ESPESSURA, COM FORRO INTERIOR EM SAMILON BRANCO, TRAVESSEIRO SOLTO, ACABAMENTO EM VERNIZ DE ALTO BRILHO, COM TAMPA E VISOR COM 04 (QUATRO) CHAVETAS E 06 (SEIS) ALÇAS PAREIRAS. DIMENSÃO: COMPRIMENTO INTERNO 2.005 CM E COMPRIMENTO EXTERNO 2.055 CM. LARGURA INTERNA: 0,805	



			CM; LARGURA EXTERNA: 0,940 CM. ALTURA INTERNA: 0,530 CM E ALTURA EXTERNA: 0,590 CM
PAR DE LUYVA	01		COMPOSIÇÃO DO AUXÍLIO FUNERAL: TRANSLADO/URNAS /KIT MORTALHA. ACIMA TEM OS ITENS DESCRITOS NA SUA ESPECIFICIDADE.
TOALHA DE BANHO	01		
TANGA/CALÇA ENXUTA	01		
SAPATINHO	01		
PAR DE MEIA	01		

Obs.: No caso da oferta de itens compostos por kits (ex: kits de camisetas/mamdadeiras) 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 checked="" type="checkbox"/> ) NO CREAS <input type="checkbox"/> ) NA SEDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> ) OUTRO (S): _____	<input checked="" type="checkbox"/> ) NO CRAS <input checked="" type="checkbox"/> ) NO CREAS <input type="checkbox"/> ) NA SEDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> ) OUTRO (S): _____

Obs.: Múltipla escolha.

