

Tipo de serviço(denominação em conformidade com a Tabela Básica de Serviços)

Vagas ou capacidade de AtendimentoInformar o número de vagas ou nº de usuários estimados para o serviço)

PREVISÃO DE VIGÊNCIA

- Por até 2 anos (quando a fonte do recurso é municipal)
- Até 31/12 (quando a fonte do recurso é estadual)

ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO PARA SUA INSTALAÇÃO

- No âmbito do Centro de Referência de Assistência Social Regional – CRAS
.....
- Macrorregional - Quais(Identificar quais os CRAS ou CAS que serão abrangidas pelo serviço)
- Municipal ou de Caráter especial

INSTALAÇÃO DO SERVIÇO CONFORME A NECESSIDADE

- Distrito –(identificar o distrito)
- Subprefeitura –(identificar a Subprefeitura)

BEM IMÓVEL A SER UTILIZADO

- Disponibilizado pela própria organização
- Locado pela organização com repasse de recurso da SMADS (informar o endereço quando já houver)
- Próprio municipal disponibilizado pela SMADS
(informar o endereço – rua, número e bairro)
- Locado pela SMADS
.....
(informar o endereço – rua, número e bairro)

VALOR DE REPASSE MENSAL

Para organização com isenção de cota patronal junto ao INSS- valor R\$.....

Para organização sem isenção de cota patronal junto ao INSS- valor R\$

FONTE DO RECURSO FINANCEIRO PARA O REPASSE MENSAL – DETALHAMENTO

	Valor organização isenta		Valor organização não isenta	
	Repasse	Aluguel	Repasse	Aluguel
Recurso municipal				
Recurso estadual				
Recurso federal				
Outras fontes – Qual ?				

MOTIVO DO LANÇAMENTO DO EDITAL

- Em função de rescisão do convênio *
- Em função da proximidade do término da vigência do convênio e a organização conveniada não têm interesse na continuidade. *
- Em função da proximidade do término da vigência do convênio e a avaliação negativa na continuidade com a mesma organização pela unidade que supervisiona o serviço. *
- Em função da necessidade identificada pautada em estudo de vulnerabilidade social
- Em função da necessidade de implantação de serviço com repasse de recurso de fonte estadual ou federal
- Outro. Qual

*INFORMAR

nome da organização.....

tipo de serviço.....

número do processo administrativo do convênio.....

data termino/vigência do convênio

VERBA DE IMPLANTAÇÃO

- É necessária. Qual o valor? R\$
Especificar a fonte do recurso para a verba de implantação.....
- Não é necessária

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES NA CAS

Nome do responsável data/...../.....

Assinatura e cargo