



PROJETO DE LEI

Expediente PM 66/99

CM 345/99



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ

LEI nº

**Concede subvenção social à Associação
Congregação de Santa Catarina e autoriza a
abertura de crédito suplementar.**

EGON SCHNECK, Prefeito Municipal de São Sebastião do Caí.

FAÇO SABER que a Câmara Municipal aprovou e eu, no uso das atribuições que me confere a Lei Orgânica do Município, sanciono a seguinte

L E I:

Art. 1º - Fica o Executivo Municipal autorizado a conceder uma subvenção social de R\$ 1.175,60 (um mil, cento e setenta e cinco reais e sessenta centavos) à Associação Congregação de Santa Catarina (Hospital e Asilo Sagrada Família), inscrita no CGCMF sob nº 91681361/0001-04, com sede a Rodovia RS 122, nº 567, em São Sebastião do Caí.

Art. 2º - O auxílio financeiro de que trata o artigo anterior, servirá para o desenvolvimento de ações visando o atendimento da pessoa idosa em asilo, nos termos do Convênio em anexo, que fica fazendo parte integrante desta Lei.

Art. 3º - Fica o Executivo Municipal autorizado a abrir, mediante decreto, crédito suplementar, na importância de R\$1.175,60 (um mil, cento e setenta e cinco reais e sessenta centavos) para a cobertura de despesas decorrentes desta Lei, sob a seguinte codificação:

0600 - SECRETARIA DA SAÚDE, MEIO AMBIENTE E AÇÃO SOCIAL

0610 - ASSISTÊNCIA SOCIAL

0610.1581486 2.109 - Manutenção das Atividades da Assistência Social

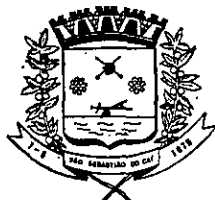
3.2.3.1 - Subvenção Social.....R\$ 1.175,60

Art. 4º - Servirá de recurso para a cobertura do crédito suplementar autorizado pelo artigo anterior, o auxílio do Governo do Estado através da Secretaria de Estado do Trabalho, Cidadania e Assistência Social - Convênio nº 903 - PAS/99.

Art. 5º - Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação.

Art. 6º - Revogam-se as disposições em contrário.
Gabinete do Prefeito Municipal de São Sebastião do Caí,

EGON SCHNECK
Prefeito Municipal



CÂMARA MUNICIPAL
S. SEBASTIÃO DO CAÍ
N.º 345/99
Rec. 21.12.99

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS:

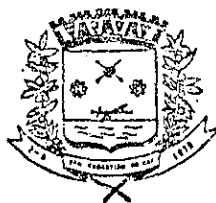
Senhor Presidente:

Senhores Vereadores:

O Hospital e Asilo Sagrada Família é mantido pela Associação Congregação de Santa Catarina. Através do convênio 903 – PAS/99, o Hospital foi contemplado com recursos da ordem de R\$ 1.175,60, a ser empregado em ações visando a pessoa idosa em asilo.

Este repasse se dará em parcela única e virá em benefício de vários idosos que residem no asilo, razão pela qual peço a aprovação do anexo projeto de lei no menor prazo possível.


EGON SCHNECK
Prefeito Municipal



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ



**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM
A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO
DO CAÍ E A ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE
SANTA CATARINA (HOSPITAL E ASILO SAGRADA
FAMÍLIA).**

CLÁUSULA PRIMEIRA

Concedente: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí, neste ato representada pelo seu Prefeito Municipal, Sr. EGON SCHNECK, brasileiro, casado, aposentado, residente e domiciliado a Rodovia RS 122, km 14, em São Sebastião do Caí, Estado do Rio Grande do Sul.

Conveniente: ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA, estabelecida a rua General Osório, 631, em Novo Hamburgo - RS, entidade mantenedora do Hospital e Asilo Sagrada Família de São Sebastião do Caí, inscrita no CGCMF sob nº 91 631 361/0001-04, representada neste ato por ROMI MARIA VOGT, CPF nº 131 234 160-20.

É objeto deste convênio o apoio financeiro ao Conveniente através de repasse de recursos provenientes de transferência oriunda do Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS, para custeio do serviço de atendimento à pessoa idosa em asilo, conforme disposto no Plano de Trabalho/Atendimento em anexo, que passa a fazer parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

O presente convênio vigorará a contar da data de sua assinatura, retroagindo a 27 de setembro de 1999 a 31 de março de 2000.

CLÁUSULA QUARTA - DA RESCISÃO

Este convênio poderá ser rescindido, automaticamente, por inexecução total ou parcial de quaisquer de suas cláusulas ou condições ou pela superveniência de norma legal ou evento que o torne material ou formalmente inexecutável, e particularmente quando constatadas as seguintes situações:

- a) utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho/Atendimento.

PARÁGRAFO ÚNICO - Rescindido, extinto o presente convênio, os saldos financeiros remanescentes serão devolvidos ao Fundo Municipal de Assistência Social, conforme deliberação do Conselho Municipal de Assistência Social



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ



CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES

I – DO CONCEDENTE:

- a) transferir os recursos financeiros para a execução deste convênio, através do Fundo Municipal de Assistência Social, na forma do cronograma de desembolso aprovado, observada a sua disponibilidade financeira e as normas legais pertinentes e a liberação do FEAS;
- b) coordenar, supervisionar e fiscalizar a execução este convênio;
- c) examinar e aprovar os relatórios de atendimento.

II – DO CONVENIENTE

- a) executar o objeto deste convênio de conformidade com o Plano de Trabalho/Atendimento;
- b) prestar contas dos recursos objeto deste convênio, através de relatório de atendimento;
- c) arcar com quaisquer ônus de natureza trabalhista, previdenciária ou social, acaso decorrentes da execução deste convênio;
- d) manter arquivado por 5 anos toda a documentação pertinente, disponível para fiscalização quando necessário.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS E DO VALOR GLOBAL

Para a execução deste Convênio o Concedente repassará ao Conveniente o valor relativo às parcelas, de acordo com o per capita/mensal por ação, estabelecido pelo FEAS, na forma do disposto no Plano de Trabalho /Atendimento anexo.

PARÁGRAFO ÚNICO – Fica o conveniente obrigado a prestar serviços diários em atendimento à pessoa idosa em asilo, de acordo com a meta prevista no Plano de Atendimento, instrumento deste Termo.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas deverá ser feita através de apresentação do Relatório de Atendimento, comprovando a execução do serviço, mensalmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – As faturas, recibos, notas fiscais ou quaisquer outros documentos comprobatórios de despesa deverão permanecer arquivados pelo período de 5 anos.

[Handwritten signatures]



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ



CLÁUSULA OITAVA – DA PENALIDADE

Quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida neste instrumento e a prestação de contas não for apresentada no prazo exigido, bem como não for executado o objeto da avença, ressalvadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovada, o Conveniente deverá restituir o valor transferido acrescido de juros e correção monetária, segundo o índice oficial, a partir do seu recebimento ao FMAS.

CLÁUSULA NONA – DAS DÚVIDAS

As dúvidas suscitadas na execução deste convênio, serão dirimidas entre as partes.

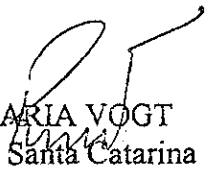
CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

Para dirimir os conflitos decorrentes deste Convênio fica eleito o Foro do Município de São Sebastião do Cai, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

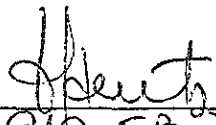
Para validade do que pelas partes foi pactuado, forma-se este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta os jurídicos e legais efeitos.

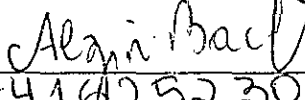
São Sebastião do Cai, 09 de dezembro de 1999.


EGON SCHNECK
Prefeito Municipal


ROMI MARIA VOGT
Ass. Cong. Santa Catarina
(Hospital e Asilo Sagrada Família)

TESTEMUNHAS


CPF 317816910-53


CPF 241625230-53



PLANO DE TRABALHO/ ATENDIMENTO		Folha 1 / 4
Convênio	Processo:	

1- DADOS CADASTRAIS

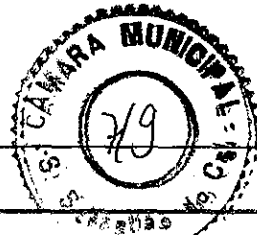
Orgão/ Entidade Proponente: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí		CGC: 88370879/0001-04	
Endereço: Rua Marechal Floriano Peixoto, 426 – Bairro Centro			
Cidade: São Sebastião do Caí	UF: RS	CEP: 95760-000	DDD/Telefone: (51) 635 1066
Conta Corrente: 0401209909	Banco: 041	Agência: 891	Praça de Pagamento: São Sebastião do Caí
Nome do Responsável: EGON SCHNECK		CPF: 04946324020	
Cart. Identidade/ Órgão Expedidor: 4006534145 - SSP/RS		Cargo/ Função: Prefeito Municipal	Matrícula:
Endereço: Rod. RS 122, km 13,5 - Bairro Quilombo - São Sebastião do Caí - RS			CEP: 95760-000

2- DESCRIÇÃO DO PROJETO

2.1 Título do Projeto:	Período de Execução	
Projeto Asilo	Início: Outubro	Término:
2.2 Justificativa – Descrever de forma sucinta a problemática detectada e as razões que levaram o Município a elaborar o projeto: Considerando o Asilo Sagrada Família como um amparo e local de convívio social para idosos nas mais diversas situações sócio-culturais; Necessidade de constantes cuidados em investimento com o prédio; Necessidade de equipamentos que venham a contribuir com o bem estar destes idosos.		
2.3 Objetivos: Geral: - Proporcionar abrigo e amparo a pessoas da terceira idade. Específicos: - Oportunizar melhor qualidade de vida. - Favorecer a integração entre os usuários (residentes) do asilo. - Prestar ajuda para com idosos em nível de dependência.		
2.4 Público-Alvo – Nº de pessoas a serem atendidas, por idade e em situação de risco social. - 17 idosos.		

gcl

Punt gcl



2.5 Metodologia – Atividades a serem desenvolvidas, duração em horas – semanas
O acompanhamento dos idosos é coordenado por uma religiosa que dispõe de uma equipe de trabalhadores para o atendimento diário em uma rotina de asilo. São desenvolvidas atividades de recreação, encontros diários para orações, assistir TV (Mundo Animal e TV Vida), canto (músicas regionais), contatos com o jardim e muitas atividades prestadas pela comunidade com apresentações artísticas.

2.6 Entidades Executoras: Citar as entidades executoras, incluindo ações desenvolvidas pela Prefeitura na execução e no financiamento.

Especificação	Tot.Conv.	Tot.Atend.	Cap.Tot.
1- Nome: Assoc.Congregação de Santa Catarina(Hosp.e Asilo Sagrada Família) Endereço: Rod. RS 122, km 16, nº 567 – SSdo Cai	17		17
2- Nome: Endereço:			
3- Nome: Endereço:			
4- Nome: Endereço:			
5- Nome: Endereço:			

2.7 Parcerias – Indicar os parceiros envolvidos na execução, nas atividades e no financiamento

- Comunidade

2.8 Monitoramento e Avaliação – Apresentar os indicadores priorizados para as ações do projeto, formas de supervisão e controle físico-financeiro.

- Será elaborado visitas da prefeitura para avaliação das aquisições dos equipamentos e relatado através de um relatório.

[Handwritten signature]

3- DESCRIÇÃO

3.1 Espaço Físico	
Existente	Necessário
-Área: 480 m² 17 quartos, 01 sala de estar e TV, 01 copa, 01 refeitório, 01 rouparia, 01 posto de enfermagem	- Precisa aumentar o prédio. <i>[Handwritten signature]</i>



PLANO DE TRABALHO/ ATENDIMENTO	Folha 3 / 4 Convênio:
---------------------------------------	--------------------------

3.2 Equipamentos	
Existente	Necessário
- Uma televisão - Uma geladeira - 17 camas - Um refeitório (mesa com cadeiras) - Aquecedores	-Fogão 4 bocas -Botijão de gás -Vídeo cassete -Camas, cadeiras, mesas, roupeiros, bidês -Aparelho de telefone -Armário -Televisão -Conjunto de sofás -Aquário
3.3 Recursos Humanos	
Existente	Necessário
- Uma religiosa - Dez funcionários	

4- CRONOGRAMA

4.1 – Execução (para projetos sem obras):

ORDEM	ESPECIFICAÇÃO/ MODALIDADE	META MENSAL	INDICADOR FÍSICO/ MENSAL
			Beneficiário

4.2 – Execução (para projetos com obras):

ORDEM	ETAPA/ FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UNID.	QUANT.	INICIO	TÉRMINO
	Pesquisa de preço Aquisição	-Fogão 4 bocas -Botijão de gás -Vídeo Cassete -Camas -Aparelho de telefone -Aquário		01 01 01 03 01 01	Outubro	

5 – PLANO DE APLICAÇÃO

Natureza da Despesa		TOTAL	CONCEDENTE	PROPONENTE #
Código	Especificação			
	Despesas Correntes (Material de Consumo e Serviços de Terceiros)			
	Despesas de Capital (Obras e Equipamentos)	1.469,50	1.175,60	293,90
	Despesas de Pessoal			
TOTAL GERAL		1.469,50	1.175,60	293,90

PLANO DE TRABALHO/ ATENDIMENTO	Folha 4/4 Convênio: ASIL 2000
---------------------------------------	----------------------------------

6- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

CONCEDENTE/ CONVENIENTE

Ordem	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
	----	1.175,60	----	----	----	----
Ordem	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto
	----	----	----	----	----	----

PROPONENTE/ CONVENIADA (CONTRAPARTIDA)

Ordem	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
	----	293,90	----	----	----	----
Ordem	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto
	----	----	----	----	----	----

7- DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de junto STCAS, para todos os efeitos legais e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o TESOIRO ESTADUAL, ou qualquer órgão ou entidade da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do ESTADO na forma deste Plano de Trabalho.

São Sebastião do Caí, 26 de agosto de 1999.

[Assinatura]
Proponente/ Conveniada

8- PARECER DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

São Sebastião do Caí, 26 de agosto de 1999.

[Assinatura]
Presidente

São Sebastião do Caí, 26 de agosto de 1999.

[Assinatura]
Vice - Presidente

São Sebastião do Caí, 26 de agosto de 1999.

[Assinatura]
Secretária

9- APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

APROVADO

Local e data

Concedente/ Estado

[Assinatura]
[Assinatura]