

REQUERIMENTO SIMPLIFICADO

COFINACIAMENTO FEDERAL PARA O SERVIÇO DE PROTEÇÃO EM SITUAÇÕES DE CALAMIDADES PÚBLICAS E EMERGÊNCIAS

Secretaria de Assistência Social solicitante

<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Distrito Federal
Município _____	UF _____	
Nome do Gestor _____		
Nome do Contato para referência _____		
Telefone _____	E-mail _____	

Requerimento referente ao mês:

Nº de Pessoas Acolhidas nos Alojamentos Provisórios	Nº do Decreto Municipal/Estadual que declara a situação de emergência ou calamidade

Relação dos Alojamentos Provisórios Implantados:

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

Neste ato, fica o Gestor/Chefe do Poder Executivo ciente de que o não atendimento das condições previstas no art. 2º da Portaria MC nº 735, de 31 de dezembro de 2021, no prazo de até 90 (noventa) dias, poderá acarretar devolução integral do recurso repassado.

Assinatura do
Gestor de Assistência Social
ou do Chefe do Poder Executivo do ente federativo

