

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE DO CONSELHO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Eu, IONE AMARAL DA SILVA, CONSELHEIRO(A) PRESIDENTE do Conselho de Assistência Social MUNICIPAL de (a, o) SANTA LUZIA DOESTE-RO, tendo sob minha responsabilidade o preenchimento deste parecer do Conselho de Assistência Social no Sistema de Gestão de Transferências Voluntárias - SIGTV, confirmo que:

- O objeto da programação de nº 110029620240001 para Estruturação da Rede de Serviços do SUAS - EMENDAS INDIVIDUAIS 2024, foi aprovado pelo Conselho de Assistência Social na reunião de 10/04/2024 conforme registro constante da ata de nº 3/2024 e(ou) da resolução de nº 8/2024, de 10/04/2024 e corresponde ao conteúdo submetido à apreciação do conselho e respectiva decisão; bem como atende às exigências contidas na Portaria MC nº 580, de 31 de dezembro de 2020;

Afirmo ainda que estou ciente de que a Ata da reunião citada neste Parecer deverá ser mantida em arquivo pelo prazo mínimo de 10 anos após a aprovação da prestação de contas pelo Fundo Nacional de Assistência Social, conforme dispõe o art. 8º da portaria MDS nº 124, de 29 de junho de 2017, e disponível para consulta por servidores do Ministério da Cidadania, órgãos de controle interno do Poder Executivo Federal e externo da União e outros que, por razão justificada, tenham a necessidade de consultá-la.

DECLARO que as informações constantes neste Termo, por mim prestadas sob inteira expressão da verdade, são exatas, legítimas e de minha inteira responsabilidade, civil e penal, pelas quais me comprometo nos termos da lei, podendo ser disponibilizadas de forma transparente, em formato aberto, para conhecimento da sociedade.

Nome: IONE AMARAL DA SILVA

CPF: 651.853.902-04

Cargo: CONSELHEIRO(A) PRESIDENTE

Assinatura eletrônica: 172.26.2.1-65185390204-11042024-091522

Data do aceite do termo: 11/04/2024