

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

000007

*20*

0000 8



## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO CONSELHO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Eu, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA PEIXOTO, CONSELHEIRO(A) PRESIDENTE do Conselho de Assistência Social MUNICIPAL de (a, o) ITABAIANA-SE, 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 de programação de nº 280290820240001 para Estruturação da Rede de Serviços do SUAS - DEMANDAS INDIVIDUAIS 2024, foi aprovado pelo Conselho de Assistência Social na reunião de 03/04/2024 conforme registro constante da ata de nº 03 e (o) da resolução de nº 07, de 03/04/2024 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 121, de 29 de junho de 2017, e disponível para consulta por servidores do Ministério da Cidadania, órgãos de controle interno do Poder Executivo Federal: interno 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, cível e penal, pelas quais me comprometo nos termos da lei, podendo ser disponibilizadas de forma transparente, em formato aberto, para conhecimento da sociedade.

Nome: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA PEIXOTO

CPF: 026.683.375-69

Cargo: CONSELHEIRO(A) PRESIDENTE

Assinatura eletrônica: 172.26.2.1-02668337569-03042024-105858

Data do aceite do termo: 03/04/2024