ANEXO I

MUNICÍPIO DE XXXXXXXXXX

Ofício nº **xxxx** Local e data

Senhor Secretário-Chefe,

Cumprimentando-o cordialmente, vimos por meio deste solicitar o fornecimento dos itens de assistência elencados no Plano de Assistência anexo. O pleito supramencionado servirá para atender as famílias afetadas pelo (descrever o evento).

O evento foi registrado no S2ID, através do Formulário de Informações de Desastre - FIDE, e ocorreu no dia XX de xxxxxxxxx de 20XX, tipificado como (informar o desastre conforme o COBRADE).

Respeitosamente,
Prefeito Municipal

XXXXXXXXX
Secretário-Chefe da Defesa Civil
Defesa Civil de Santa Catarina

ANEXO II

PLANO DE ASSISTÊNCIA
Desastre Súbito

1 - DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE		
MUNICÍPIO CNPJ		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)		
E-MAIL DO ÓRGÃO PROPONENTE (Prefeitura)	TELEFONE	CELULAR
NOME DO COMPDEC CPF		
E-MAIL	TELEFONE	CELULAR
2 - INFORMAÇÕES DO DESASTRE		
TIPO DE DESASTRE COBRADE: DESABRIGADOS DESALOJADOS AFETADOS:		
DESCRIÇÃO SUCINTA DA SITUAÇÃO		
AÇÕES JÁ EMPREGADAS EM ÂMBITO LOCAL PELO MUNICÍPIO		

3 - SOLICITAÇÃO DOS ITENS DE ASSISTÊNCIA

Item	Descrição	Quantidade	Referência Máxima de Fornecimento
01	Água Potável		02 litros por pessoa/dia
02	Cesta Básica de Alimentos		01 cesta / família / 7 dias
03	Kit para Higiene Pessoal		01 Kit / pessoa
04	Kit para Limpeza Doméstica		01 Kit / família
05	Kit de Acomodação para Solteiro		01 Kit / pessoa
06	Kit de Acomodação para Casal		01 Kit / casal
07	Telha de Fibrocimento Ondulado de 4mm		62 unidades / residência

08	Cumeeiras para Telha de Fibrocimento Ondulado de 4m (par)		08 pares / residência
09	Telha de Fibrocimento Ondulado de 6mm		30 unidades / residência
10	Cumeeiras para Telha de Fibrocimento Ondulado de 4m (par)		04 pares / residência

*Os municípios deverão observar o quantitativo indicado nas referências máximas de fornecimento. Em situações em que seja necessário extrapolar a indicação máxima de fornecimento, a municipalidade deverá anexar justificativa formal que será analisada pelo setor competente da Defesa Civil de Santa Catarina.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que as informações apresentadas neste Plano de Assistência expressam a verdade e assumo o compromisso de aplicar os recursos repassados/disponibilizados pela Defesa Civil de Santa Catarina em ações destinadas a assistência às vítimas, em cenário de desastre, exclusivamente nas metas apresentadas e aprovadas neste Plano de Assistência, de acordo com as Leis Federais nº 12.340/2010 (e suas alterações posteriores), 12.608/2012, os Decretos Federais nº 7.505/2011, 7.257/2010, Instrução Normativa da Defesa Civil de Santa Catarina nº XX de xxxx de 2022, bem como demais orientações publicadas pela Defesa Civil.

Da mesma forma, declaro estar ciente da obrigação de comprovar a regular utilização dos recursos repassados/disponibilizados através de documentos específicos, solicitados pela Defesa Civil de Santa Catarina, necessários à prestação de contas final, em até 30 dias a contar do término da execução das ações.

Local / Data:

Prefeito Municipal

Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil

ANEXO III

PLANO DE ASSISTÊNCIA
Desastre Gradual

1 - DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE		
MUNICÍPIO CNPJ		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)		
E-MAIL DO ÓRGÃO PROPONENTE (Prefeitura)	TELEFONE	CELULAR
NOME DO COMPDEC CPF		
E-MAIL	TELEFONE	CELULAR
2 - INFORMAÇÕES DO DESASTRE		
TIPO DE DESASTRE COBRADE : DESABRIGADOS DESALOJADOS AFETADOS:		
DESCRIÇÃO SUCINTA DA SITUAÇÃO		
AÇÕES JÁ EMPREGADAS EM ÂMBITO LOCAL PELO MUNICÍPIO		

3 - SOLICITAÇÃO DOS ITENS DE ASSISTÊNCIA						
Meta	Localidade	População que será atendida pela solicitação (nº hab)	Capacidade instalada no local (litros)	Volume solicitado (litros)	Itens solicitados	Quantidade
					Kit Transporte de Água	
					Reservatório 5.000 l	
					Reservatório 5.000	
					Reservatório 5.000 l	
					Reservatório 5.000 l	

*Os municípios deverão observar o quantitativo indicado nas referências máximas de fornecimento. Em situações em

que seja necessário extrapolar a indicação máxima de fornecimento, a municipalidade deverá anexar justificativa formal que será analisada pelo setor competente da Defesa Civil de Santa Catarina.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que as informações apresentadas neste Plano de Assistência expressam a verdade e assumo o compromisso de aplicar os recursos repassados/disponibilizados pela Defesa Civil de Santa Catarina em ações destinadas a assistência às vítimas, em cenário de desastre, exclusivamente nas metas apresentadas e aprovadas neste Plano de Assistência, de acordo com as Leis Federais nº 12.340/2010 (e suas alterações posteriores), 12.608/2012, os Decretos Federais nº 7.505/2011, 7.257/2010, Instrução Normativa da Defesa Civil de Santa Catarina nº XX de xxxx de 2022, bem como demais orientações publicadas pela Defesa Civil.

Da mesma forma, declaro estar ciente da obrigação de comprovar a regular utilização dos recursos repassados/disponibilizados através de documentos específicos, solicitados pela Defesa Civil de Santa Catarina, necessários à prestação de contas final, em até 30 dias a contar do término da execução das ações.

Local / Data:

Prefeito Municipal	Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil

ANEXO IV

RELATÓRIO DE VISTORIA PARA FORNECIMENTO DE ITENS DE ASSISTÊNCIA DESASTRE GRADUAL

Relatório Nº XXXX / REGIONAL / ANO	**SGPe:** XX/XXXXXX/XXXX
1. Dados da vistoria	
Data da vistoria: Pessoas que acompanharam:	
2. Localização	
Município:	
3. Informações a respeito do desastre	
Protocolo S2iD: Data do Desastre: COBRADE: Denominação (Tipo ou Subtipo)	
4. Dados do Decreto de Situação de Emergência Municipal	
Início da Vigência: Término da Vigência Comentários adicionais: - **Ainda existe a situação anormal em virtude do evento informado no decreto?** Sim ( ) Não ( )	
5. Análise da pertinência das solicitações constantes no Plano de Assistência apresentado pelo município	
Visa confirmar: *A quantidade de famílias atendidas* *Se já existe abastecimento nas localidades* *Frequência de abastecimento*	

NOME E ASSINATURA
Coordenador Regional de Defesa Civil

ANEXO V

OFÍCIO Nº
local e data

Assunto: Disponibilização de itens de assistência.

Em referência à solicitação de itens de assistência para resposta a desastre, **informa-se a disponibilização dos itens aprovados, conforme plano de assistência encaminhado:**

O prazo para entrega dos itens aos beneficiários é de xx dias após o recebimento pelo município.

Frisa-se que **os recursos repassados destinam-se exclusivamente à execução do plano de assistência enviado**, conforme aprovação da Defesa Civil de Santa Catarina.

Conforme Artigo 9° da Instrução Normativa nºXX, a **prestação de contas** deve ser enviada à Defesa Civil, **em até 30 dias após o encerramento do prazo para o município realizar a entrega dos itens de assistência à população afetada e deve contemplar os seguintes documentos:**

a) Declaração de recebimento e distribuição de itens de assistência (Anexo V);

b) Relatório fotográfico, instruído com fotografias datadas e georreferenciadas (Anexo VI);

c) Relação de beneficiários, na qual conste o nome completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF, ou Registro Geral - RG, endereço dos beneficiários, e suas assinaturas (Anexo VII ou VIII),

Atenciosamente,

Secretário-Chefe da Defesa Civil
(assinado digitalmente)

XXXX
Prefeito municipal de XXX

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ITENS DE ASSISTÊNCIA

Eu *(nome), (cargo/órgão)*, responsável pelas ações de resposta ao desastre *(classificação conforme decretação/data)* executadas com recurso estadual, **declaro que os Ítens de Assistência (IA) foram entregues à população diretamente afetada pelo desastre em** *(data ou período)*, **conforme Plano de Assistência aprovado por esta Defesa Civil, nas quantidades informadas abaixo**.

Itens	Quantidade total recebida	Quantidade total distribuída aos afetados pelo desastre	Observação/ Justificativa

Anexo a esta declaração segue relatório fotográfico e a relação de beneficiários comprovando a quantidade total distribuída aos afetados conforme quadro acima.

Estou ciente que devo manter em arquivo, por prazo estabelecido em Lei, a relação dos beneficiários – na qual conste o nome completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF, ou Registro Geral - RG, endereço e suas assinaturas para atendimento a possíveis demandas de órgãos administrativos e fiscalizatórios.

Local, ___ de _____ de _____.

Assinatura do responsável

_____

Nome/Cargo/Registro

ANEXO VII

RELATÓRIO FOTOGRÁFICO

Imagem 01
Fig.1 Ação/Resultado Data: 00/00/0000 Localização: xxxxxx
Imagem 02
Fig.2 - Ação/Resultado Data: 00/00/0000 Localização: xxxxxx

Local, ___ de _____ de _____.

Assinatura do responsável

_____

Nome/Cargo/Registro

ANEXO VIII

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
RECIBO DE ENTREGA DE ITENS DE ASSISTÊNCIA

Desastre Súbito

Nome do Beneficiado:
CPF ou RG: Tel:
Endereço completo:
Nº de membros na família:
Produtos recebidos:

Descrição dos Itens de Assistência Humanitária	Quantidades	Rubrica

Observações:

Declaro que recebi os itens de acordo com as quantidades descritas neste recibo.

local e data

_____

Assinatura do Beneficiário

ANEXO IX

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
RECIBO DE ENTREGA DE ITENS DE ASSISTÊNCIA
Desastre Gradual

Item:
Quantidade: Data da Entrega: / /
Local:
Beneficiários:

Nome (responsável pela família)	**CPF ou RG Endereço**	**Quantidade (membros família)**	**Assinatura**