



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE MOZARLÂNDIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOZARLÂNDIA
CAPA DO PROCESSO 1963/2026



229318

Numero Processo: 1963/2026	Data /Hora: 10/03/2026 10:22:47	Id: 229318
Interessado: 24887 - MARCIA ALVES DE SOUZA		CPF/CNPJ: 960.673.571-00
Endereço: AVENIDA CRISPIM , QD: UNICA, LT: 35, N°: S/N, SETOR BARCUS, CEP: 76.700-000		
Email: marcinhadesouza27@gmail.com		
Cidade: MOZARLÂNDIA	Bairro: SETOR BARCUS	Telefone:
Solicitante: 2221 - OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RUBIATABA-MOZARLANDIA		CPF/CNPJ: 20.104.606/0001-84
Email:		Telefone: (62) 8593-2485
Assunto: SOLICITAÇÃO		
Data documento:	Valor: 0,00	Número do documento:
Observação: SOLICITAÇÃO DE CIÊNCIA E APROVAÇÃO DOS PLANOS DE TRABALHO DO TERMO DE FORMENTO N°001//2025 E 002/2025		
USUARIO: murieli.costa	Local repartição: PROTOCOLO	

Ofício nº 31/2026

Mozarlândia/GO, 10 de março de 2026.

Ao

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MOZARLÂNDIA/GO

Assunto: Solicitação de ciência e aprovação dos planos de trabalho do termo de fomento nº 001/2025 e 002/2025

Prezados Conselheiros,

As Obras Sociais Rumo vêm respeitosamente à presença deste Conselho solicitar ciência e aprovação, por meio de Resolução, da alteração dos projetos “Laços que Transformam I” e “Laços que Transformam II”, integrantes, respectivamente, do Termo de Fomento nº 001/2025 e do Termo de Fomento nº 002/2025, firmados com o Município.

Esclarecemos que a alteração proposta refere-se exclusivamente à realocação interna de despesas na planilha de gastos, não havendo qualquer modificação no valor global dos projetos, tampouco alteração do objeto, das metas ou das atividades previstas nos respectivos planos de trabalho.

A referida adequação tem por finalidade **otimizar a execução financeira dos recursos**, garantindo maior eficiência na aplicação dos valores e melhor atendimento às demandas operacionais dos projetos, mantendo-se integralmente os objetivos e resultados inicialmente pactuados.

Diante do exposto, encaminhamos a documentação pertinente para análise, ciência e deliberação deste Conselho, solicitando, se possível, a aprovação da alteração por meio de Resolução do CMAS.

Sem mais para o momento, renovamos votos de estima e consideração e permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



Luis Ricardo Monteiro Costa

Secretário

IDENTIFICAÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO:											
USUÁRIO COM HIPERTENSÃO	CADASTRADO COMO HIPERTENSO: () SIM () NÃO	CADASTRO ATUALIZADO NO E-SUS COMO HIPERTENSO: SIM () NÃO ()				CONSULTA COM MÉDICO OU ENFERMEIRA NOS ÚLTIMOS 6 MESES: () SIM () NÃO							
	PLANO DE AUTO CUIDADO: (SIM () NÃO	EXTRATIFICAÇÃO DE RISCO REALIZADA: () SIM () NÃO				MÉDICO OU ENFERMEIRA: _____							
TEM PELO MENOS 1 REGISTRO DE AFERIÇÃO DE P.A NA UBS NO ÚLTIMO ANO: () SIM () NÃO		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
FOI REALIZADO NÓS ÚLTIMOS 6 MESES: () SIM () NÃO		A	E	A	B	A	N	U	G	E	U	O	E
Data: _____		N	V	R	R	I	H	L	O	T	T	V	Z
REALIZOU REGISTRO DE PESO E ALTURA NOS ÚLTIMOS 6 MESES: () SIM () NÃO		TER 2 VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS COM INTERVALO DE 30 DIAS, NÓS ÚLTIMOS 12 MESES: () SIM () NÃO Data: _____				USO DE MEDICAMENTO: () SIM () NÃO				ORIENTAR O PACIENTE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA A CADA 6 MESES.			
Data: _____		QUAL: _____				_____							

IDENTIFICAÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO:											
USUÁRIO COM HIPERTENSÃO	CADASTRADO COMO HIPERTENSO: () SIM () NÃO	CADASTRO ATUALIZADO NO E-SUS COMO HIPERTENSO: SIM () NÃO ()				CONSULTA COM MÉDICO OU ENFERMEIRA NOS ÚLTIMOS 6 MESES: () SIM () NÃO							
	PLANO DE AUTO CUIDADO: (SIM () NÃO	EXTRATIFICAÇÃO DE RISCO REALIZADA: () SIM () NÃO				MÉDICO OU ENFERMEIRA: _____							
TEM PELO MENOS 1 REGISTRO DE AFERIÇÃO DE P.A NA UBS NO ÚLTIMO ANO: () SIM () NÃO		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
FOI REALIZADO NÓS ÚLTIMOS 6 MESES: () SIM () NÃO		A	E	A	B	A	N	U	G	E	U	O	E
Data: _____		N	V	R	R	I	H	L	O	T	T	V	Z
REALIZOU REGISTRO DE PESO E ALTURA NOS ÚLTIMOS 6 MESES: () SIM () NÃO		TER 2 VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS COM INTERVALO DE 30 DIAS, NÓS ÚLTIMOS 12 MESES: () SIM () NÃO Data: _____				USO DE MEDICAMENTO: () SIM () NÃO				ORIENTAR O PACIENTE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA A CADA 6 MESES.			
Data: _____		QUAL: _____				_____							