**ANEXO III**

(FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE DEMANDAS) *- PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO*

(OBS: Preencher um formulário para **cada** localidade, individualmente, quando for o caso)

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE DEMANDA(S)** | |
| Região fisiográfica da bacia do rio São Francisco:❒ Alto ❒ Médio ❒ Submédio ❒ Baixo  (Verificar Anexo I) | |
| Município: | |
| Prefeito(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Obrigatório anexar Termo de Posse)** | |
| End. da Prefeitura: | |
| CEP: | Telefone: ( ) |
| **O município possui sistema de informações sobre saneamento implantado e em operação, disponível na Internet?** | |
| ❒ SIM. Em caso positivo informar o **link** para acesso ao sistema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (comprovação obrigatória para pontuar na etapa de hierarquização).  ❒ NÃO | |
| **O município possui fundo legalmente instituído destinado, integral ou parcialmente, ao fomento do saneamento básico?** | |
| ❒ SIM. Em caso positivo anexar a Lei ou Decreto Municipal de instituição do fundo (comprovação obrigatória para pontuar na etapa de hierarquização).  ❒ NÃO | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Localidade RURAL indicada para ser contemplada com os sistemas individuais de esgotamento sanitário** | |
| Nome: | |
| Coordenadas de referência: | |
| Nº de **domicílios** beneficiados: | |
| É comunidade tradicional?  ❒ SIM. Em caso positivo anexar documento formal de identificação, reconhecimento e demarcação de terras ocupadas por comunidade tradicional (comprovação obrigatória para a etapa de habilitação).  ❒ NÃO | |
| Há associação legalmente instituída?  ❒ SIM. Em caso positivo anexar cópia do cartão CNPJ e do Estatuto da Associação da respectiva localidade (comprovação obrigatória para pontuar na etapa de hierarquização).  ❒ NÃO | |
| A localidade inscrita é indicada no **Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB)** como região a ser contemplada com investimentos em soluções individuais de esgotamento sanitário?  ❒ SIM. Em caso positivo anexar o relatório do PMSB e citar a página \_\_\_\_\_\_\_\_ em que haja indicação explícita da condição citada (comprovação obrigatória para pontuar na etapa de hierarquização).  ❒ NÃO | |
| **Gestor Responsável na Prefeitura:** | |
| Nome: | |
| Cargo: | |
| Telefone Fixo: ( ) | Celular: ( ) |
| E-mail: | |
| **Observações** | |
| (se necessário) | |

*(Município), (dia)* de *(mês)* de *(ano).*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(assinatura)*

*Prefeito(a) Municipal*