



RESOLUÇÃO Nº 07 DE 01 DE JULHO DE 2024

Resolução que dispõe sobre os parâmetros e requisitos necessários para a obtenção de inscrição de Entidades e Organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no Conselho Municipal de Assistência Social de São João do Cariri - PB.

A Plenária do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, do Município de São João do Cariri – PB, no uso de suas atribuições estabelecidas na **Lei Municipal nº 158/1995, Reunião** Extraordinária, realizada no dia 01 de Julho de 2024;

Considerando, a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e delibera o formato dos serviços de caráter socioassistencial para indivíduos e famílias;

Considerando, Resolução nº 14, de 15 de maio de 2014, que define os parâmetros nacionais para a inscrição das entidades ou organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos de Assistência Social;

Considerando que os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais prestados por entidades e organizações de assistência social deverão estar em consonância com o conjunto normativo da Política Nacional de Assistência Social em vigor, a Normas Operacionais Básicas e NOB/SUAS RH, instrumentos que deliberam padrões de qualidade na prestação de serviços e condições de trabalho;

RESOLVE:

Artigo 1º - Estabelecer os parâmetros para inscrição de Entidades e Organizações de Assistência Social em consonância com o conjunto normativo da Política Nacional de Assistência Social em vigor e suas Normas Operacionais Básicas, visando garantir padrões de qualidade na prestação de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e nas condições de trabalho para que sejam integradas na rede socioassistencial do Município de São João do Cariri-PB.

Artigo 2º - O funcionamento das Entidades e Organizações de Assistência Social depende de prévia inscrição e deferimento no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social.



Artigo 3º - Compete ao Conselho Municipal de Assistência Social a inscrição, monitoramento e fiscalização das Entidades, Organizações, Serviços, Programas e Projetos de Assistência Social não-governamental. E sendo entidade governamental o CMAS de São João do Cariri-Paraíba atuará conforme legislação vigente.

Artigo 4º - Os critérios para inscrição de Entidades e Organizações de Assistência Social, bem como os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais são cumulativamente:

- I- Executar ações de caráter continuado, permanente e planejado;
- II- Assegurar que os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários;
- III- Garantir a gratuidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;
- IV- Garantir a existência de processos de participação dos usuários na busca do cumprimento da missão da entidade ou organização, bem como da efetividade na execução de seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

Artigo 5º - A inscrição de Entidades, Organizações, Serviços, Programas, Projetos e Benefícios socioassistenciais no Conselho Municipal de Assistência Social é o **RECONHECIMENTO PÚBLICO** das ações realizadas pelas entidades e organizações sem fins econômicos, ou seja, sem fins lucrativos, no âmbito da Política de Assistência Social.

§ 1º Os serviços de atendimento deverão estar de acordo com a Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, e com o Decreto nº 6.308, de 14 de dezembro de 2007.

§ 2º Os serviços de assessoramento, defesa e garantia de direitos deverão estar de acordo com o Decreto nº 6.308, de 2007, que orienta sobre a regulamentação do art. 3º da Lei 8.742, de 1993, Lei 12.435/2011, Resolução CNAS 27 de 2011 e com esta resolução.

Artigo 6º - As Entidades e Organizações, bem como os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais desenvolvidos no município de São João do Cariri-PB deverão estar de acordo com a Lei Federal 8.742/1993, Lei 12.435/2011, o Decreto Federal nº 6.308, de 14 de dezembro de 2007, a Resolução CNAS nº 109/2009 que trata da tipificação dos serviços sócioassistenciais e a Resolução CNAS 27 de 2011.

Artigo 7º - Poderá se inscrever no Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS/ São João do Cariri, as entidades sem fins lucrativos e que atuem em conformidade com os objetivos da assistência social, Lei Orgânica da Assistência Social e Política Nacional de Assistência Social no desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

Parágrafo Único: Para requerer a inscrição no CMAS a entidade e/ ou serviço deverá estar sediada no município de São João do Cariri – PB e terá um prazo de 60 dias úteis para o

CMAS analise toda documentação, realize visita técnica, caso necessário e outros, até o Parecer final.

Artigo 8º - Será **deferida** inscrição no CMAS para as entidades que prestem, isolada ou cumulativamente, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários atingidos pela LOAS, bem como às que atuem na defesa e garantia de seus direitos, e que atendam aos requisitos dispostos na presente Resolução, conforme o artigo 3º da Lei Federal 8.742, de 7.12.1993, e o Decreto Federal nº. 6.308, de 14 de dezembro de 2007, e demais normas.

§ 1º - Considera-se, para fins dessa resolução, Entidades de atendimento como sendo aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de proteção social básica e especial, dirigidos as famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos da Lei n.º 8.742 de 07 de dezembro de 1993, e Resolução do CNAS n.º 109 de 11 de novembro de 2009;

§ 2º Considera-se Entidades de assessoramento, aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações de usuários, formação e capacitação de lideranças, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos do art. 18, inc. I e II da Lei Federal n.º 8.742/93.

§ 3º Considera-se Entidades de defesa e garantia de direitos, aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos sociassistenciais, construção de novos direitos, promoção da cidadania, enfrentamento das desigualdades sociais, articulação com órgãos públicos de defesa de direitos, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos do art. 18, inc. I e II da Lei Federal n.º 8.742/93.

Artigo 9º - Para **pleitear o deferimento da inscrição** no CMAS, as entidades e organizações deverão ter em seu estatuto, expressamente, as seguintes disposições:

- I – Ser pessoa jurídica de direito privado, beneficente, sem fins lucrativos;
- II - aplicar suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;
- III - Plano de ação anual, conforme modelo anexo VI;
 - a) Finalidades estatutárias;
 - b) Objetivos;
 - c) recursos financeiros a serem utilizados
 - d) Infra-estrutura (de acordo com os serviços prestados, e dentro das normas de acessibilidade e ABNT);
 - e) Identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial, informando respectivamente:
 - 1) Público alvo;
 - 2) Capacidade de atendimento;
 - 3) Recurso financeiro utilizado;
 - 4) Recursos humanos envolvidos;

- 5) Abrangência territorial;
- 6) Demonstração da forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

Artigo 10 – Ter expresso em seu relatório de atividades, conforme anexo VII:

- a) finalidades estatutárias;
- b) objetivos;
- c) origem dos recursos;
- d) infraestrutura; (de acordo com os serviços prestados, e dentro das normas de acessibilidade e ABNT)
- e) identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial executado, informando respectivamente:
 - 1) público alvo;
 - 2) capacidade de atendimento;
 - 3) recurso financeiro a serem utilizados;
 - 4) recursos humanos envolvidos (conforme NOB/SUAS/RH);
 - 5) abrangência territorial;
 - 6) demonstração da forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento. (itens incluídos pela resolução CNAS 33/2010).

V - Realizar atendimento, assessoramento ou defesa e garantia de direitos na área da assistência social e aos seus usuários, de forma permanente, planejada, contínua, sem qualquer discriminação;

VI - Garantir o acesso gratuito do usuário a serviços, programas, projetos, benefícios e a defesa e garantia de direitos, sendo vedada cobrança em qualquer espécie;

VII- Possuir finalidade pública e transparência nas suas ações, comprovadas por meio de apresentação de planos de trabalho, relatórios ou balanço social de suas atividades ao Conselho Municipal de Assistência Social;

VIII- Garantir a participação da sociedade civil na fiscalização, acompanhamento e controle da gestão da instituição.

Artigo 11 - Não se caracterizam como Entidades/ Organizações de Assistência Social, as entidades religiosas, templos, clubes esportivos, partidos políticos, grêmios estudantis, sindicatos, conselhos e associações que visem somente ao benefício de seus associados, que dirigem suas atividades a público restrito, categoria e classe.

Artigo 12 - A Entidade, Organização e serviço que pretende pleitear inscrição ao CMAS, deverão montar um processo com os seguintes documentos:

- I – Requerimento, conforme o modelo anexo I;
- II – Cópia do estatuto social registrado em cartório de registro civil de pessoa jurídica, bem como das últimas alterações devidamente registradas, se houver;

- III – Cópia da ata de eleição e posse dos membros da atual diretoria, devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica;
- IV – Relação nominal dos membros da diretoria atual com número de RG, CPF, endereço e telefone, assinada pelo dirigente da instituição;
- V – Plano de Ação, conforme modelo anexo VI;
- VI – Cópia de comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, do Ministério da Fazenda, atualizado;

Artigo 13 - A Entidade ou Organização sem fins econômicos, **com sede em São João do Cariri**, que não tenha atuação preponderante na área de assistência social, mas que também atue nessa área deverá inscrever seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no CMAS, além de demonstrar que cumprem os critérios do art. 3º e art. 4º desta resolução, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- I – Requerimento, conforme o modelo anexo III;
- II – Cópia do estatuto social registrado em cartório de registro civil de pessoa jurídica, bem como das últimas alterações devidamente registradas, se houver;
- III – Cópia da ata de eleição e posse dos membros da atual diretoria, devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica;
- IV – Relação nominal dos membros da diretoria atual com número de RG, CPF, endereço e telefone, assinada pelo dirigente da instituição;
- V – Plano de Ação, conforme modelo anexo VI;
- VI – Cópia de comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, do Ministério da Fazenda, atualizado;

Artigo 14 - A Entidade ou Organização de Assistência Social, **com sede em outro município**, mas que também desenvolve atividades em São João do Cariri deverá inscrever seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no CMAS, desde que cumpridos os critérios estabelecidos nesta Resolução, apresentando os seguintes documentos:

- I – Requerimento, na forma do modelo anexo II;
- II – Cópia do estatuto social registrado em cartório de registro civil de pessoa jurídica, bem como das últimas alterações devidamente registradas, se houver;
- III – cópia da ata de eleição e posse dos membros da atual diretoria, devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica;
- IV – Cópia de comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- V – Plano de Ação, conforme modelo anexo VI;
- VI – comprovante de inscrição no conselho de sua sede ou de onde desenvolver o maior número de atividade, nos termos do art. 4º e inciso 1º e 2º do art. 5º desta resolução.

Artigo 15 - As Entidades ou Organizações que têm inscrição de seus serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais no CMAS deverão apresentar anualmente, **até o último dia de Outubro** do ano correspondente, imprerivelmente:

- I - Plano de ação do corrente ano, conforme modelo fornecido pelo Conselho e que integra esta Resolução, para todos os fins;
- II - Relatório de atividades do ano anterior que evidencie o cumprimento do plano de ação, destacando informações sobre o público atendido e os recursos utilizados, nos termos do modelo fornecido pelo Conselho e que integra esta Resolução, para todos os fins;
- III – Caso a entidade não entregue o devido relatório poderá ter seu registro suspenso no CMAS/Itatuba e demais combinações cabíveis, se for o caso;

Artigo 16 - Cabe ao Conselho Municipal de Assistência Social:

- I – Receber e analisar os pedidos de inscrição e a documentação respectiva;**
- II – Providenciar visita à entidade, organização e serviços de assistência social e emissão de parecer sobre as condições para o funcionamento;**
- III – Pautar, discutir e deliberar os pedidos de inscrição em reunião plenária;**
- IV – Publicar deliberação em Semanário Municipal e emitir comprovante de inscrição, na forma do modelo do anexo IV;**
- V – Encaminhar a documentação ao órgão gestor para inclusão no Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social de que trata a Lei 12. 101, de 27 de novembro de 2009, e garantir o acesso aos documentos sempre que se fizer necessário, em função do exercício do controle social;**

Artigo 17 - A inscrição é por prazo indeterminado, podendo ser suspensa ou indeferida, a qualquer tempo, se a entidade ou organização de assistência social descumprir os requisitos exigidos, sendo-lhe garantido o direito à ampla defesa e ao contraditório.

Parágrafo Único – Os recursos das decisões, indeferimento ou suspensão, deverão ser apresentados pelas entidades ou organizações perante o Conselho Estadual de Assistência Social, no prazo de 60 (trinta) dias úteis, a contar do dia seguinte a intimação do indeferimento ou suspensão.

Artigo 18º - Em caso de **suspensão da inscrição**, o Conselho Municipal de Assistência Social deverá encaminhar, no **prazo de 05 (cinco) dias úteis**, cópia do ato de suspensão ao órgão gestor, para providências cabíveis junto ao Cadastro Nacional.

Artigo 19 - As Entidades ou Organizações de assistência social deverão manter a documentação, relativa à entidade, devidamente atualizada junto ao Conselho Municipal de Assistência Social, conforme artigo 15;

Artigo 20 - Em caso de cancelamento e interrupção de serviço, a entidade deverá comunicar ao CMAS/ Areia, apresentando a motivação, as alternativas e as perspectivas para atendimento do usuário, bem como o prazo para retorno do serviço.

§ 1º - O prazo de interrupção dos serviços não poderá ultrapassar seis meses sob pena de cancelamento da inscrição da entidade e/ ou do serviço.

§ 2º - Cabe ao CMAS acompanhar, discutir e encaminhar as alternativas para a retomada dos serviços, programas e projetos interrompidos.



Artigo 21 - Caso encerrem suas atividades, as entidades ou organizações inscritas deverão comunicar ao Conselho de Assistência Social, no prazo de 30 dias, sob pena das cominações legais cabíveis.

Artigo 22 - Todos os atos e decisões da plenária do CMAS serão publicizados.

Artigo 23 - Os casos omissos serão deliberados pela plenária do CMAS.

Artigo 24 - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Artigo 25 - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Dayane Almeida Dias
Presidente do Conselho Municipal de
Assistência Social do Município



ANEXO I

Requerimento de Inscrição

Senhor (a) Presidente do Conselho de Assistência Social

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho.

1 - DADOS DA ENTIDADE:

NOME:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE:	E-MAIL:	
CNPJ:		
CÓDIGO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL E SECUNDÁRIO:		
DATA DE INSCRIÇÃO NO CNPJ:		

1.1 - ATIVIDADE PRINCIPAL:

1.2- INSCRIÇÃO:

CEAS:
CMDCA:
CONSELHO DO IDOSO:
COMAD:
CONSELHO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:
Outros (especificar):

1.3 - Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos):



1.4 - Relação de todos os estabelecimentos da entidade (CNPJ e endereço completo):

2 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:

NOME:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:		
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
TELEFONE:	E-MAIL:	
RG:	EMIÇÃO:	
CPF:		
DATA DE NASCIMENTO:		
ESCOLARIDADE:		
PERÍODO DE MANDATO:		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		

Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade



ANEXO II

Requerimento de Inscrição

Senhor (a) Presidente do Conselho de Assistência Social

A entidade abaixo qualificada, **com atuação também neste município**, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos **serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais** abaixo descritos, nesse Conselho.

1. DADOS DA ENTIDADE:

NOME:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE:	E-MAIL:	
CNPJ:		
CÓDIGO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL E SECUNDÁRIO:		
DATA DE INSCRIÇÃO NO CNPJ:		
A ENTIDADE ESTÁ INSCRITA NO CONSELHO MUNICIPAL DE:		
SOB O NÚMERO _____, DESDE _____		

1.1 - ATIVIDADE PRINCIPAL:

1.2- INSCRIÇÃO:

CEAS:
CMDCA:
CONSELHO DO IDOSO:
COMAD:
CONSELHO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:
Outros (especificar):



1.3 - Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos):

2 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:

NOME:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:		
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
TELEFONE:	E-MAIL:	
RG:	EMIÇÃO:	
CPF:		
DATA DE NASCIMENTO:		
ESCOLARIDADE:		
PERÍODO DE MANDATO:		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		

Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade



ANEXO III

Requerimento de Inscrição

Senhor (a) Presidente do Conselho de Assistência Social

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos **serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais** abaixo descritos, nesse Conselho.

1. DADOS DA ENTIDADE:

NOME:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE:	E-MAIL:	
CNPJ:		
CÓDIGO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL E SECUNDÁRIO:		
DATA DE INSCRIÇÃO NO CNPJ:		
ATIVIDADE PRINCIPAL:		

1.1 - Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos):

2 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:

NOME:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:		
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
TELEFONE:	E-MAIL:	
RG:	EMIÇÃO:	
CPF:		
DATA DE NASCIMENTO:		
ESCOLARIDADE:		
PERÍODO DE MANDATO:		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		



Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade



ANEXO IV

Comprovante de Inscrição no Conselho Municipal

Conselho Municipal de Assistência Social

INSCRIÇÃO Nº _____

A entidade _____, CNPJ _____, com sede em _____, é inscrita neste Conselho, sob número _____, desde ____/____/____.

A entidade executa (rá) o(s) seguinte(s) serviço(s)/programa(s)/ projeto(s)/benefício(s) socioassistenciais (listar todos, constando os endereços respectivos caso a entidade os desenvolva em mais de uma unidade/estabelecimento no mesmo município):

A presente inscrição é por tempo indeterminado.

Local _____ Data ____/____/____

Presidente do CMAS/São João do Cariri



ANEXO V

Comprovante de Cancelamento de Inscrição no CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social

INSCRIÇÃO Nº _____

O Conselho Municipal de Assistência Social de São João do Cariri, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 9º da Lei 8.742/1993 e Lei 12.435/2011, ao examinar o Parecer nº _____ que trata do cancelamento da inscrição da entidade _____

CNPJ _____, Com sede no endereço, _____,
inscrita neste conselho, sob o número _____, desde a data de _____/_____/_____.

Conforme descrito, o CMAS delibera pelo **cancelamento da inscrição** da referida entidade por não cumprir com as seguintes determinações legais abaixo qualificados:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Conforme descrito, o CMAS torna pública a decisão conforme Resolução _____, do dia ____/____/____,

Local, _____ Data ____/____/____

Presidente do CMAS/São João do Cariri



ANEXO VI

PLANO DE AÇÃO ANUAL ANO _____

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome:	
Endereço:	
Ponto de referência:	
Bairro:	Município:
CEP:	Telefone/Fax:
E-mail:	
Representante Legal:	
Profissão:	Contato:
OBS:	

2. DESCRIÇÃO DO PLANO

Finalidades Estatutárias:
Objetivos:
Origem dos recursos a serem utilizados:
() próprios _____
() convênios _____
() doações _____
() outros _____

INFRA-ESTRUTURA¹ :**Possui condições de acessibilidade para pessoas idosas ou com deficiência?**

- ☐ Sim, em conformidade com a Norma da ABNT (NBR 9050)
☐ Sim, mas que não estão em conformidade com a Norma da ABNT (NBR 9050)
☐ Não possui

EQUIPAMENTOS

- ☐ Possui equipamentos (telefone, computador, data show, impressora, DVD, televisão, entre outros) necessários para desempenhar as atividades que a entidade se propõe a realizar, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços sócio assistenciais.
☐ Não possui. Justificar.

Identificação do Serviço (Nome) :**Ações que serão desenvolvidas:**

- ☐ Recepção e acolhida
☐ Acompanhamento de famílias
☐ Acompanhamento de indivíduos
☐ Grupo ou oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias
☐ Grupo ou oficina de convivência e atividades socioeducativas geracionais /intergeracionais
☐ Visitas Domiciliares
☐ Busca ativa
☐ Atividades de inclusão digital
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas
☐ Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único
☐ Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais
☐ Produção de Material socioeducativo
☐ Campanhas socioeducativas
☐ Palestras
☐ Outros. Especificar: OBS. Poderá ser anexado informações complementares caso ache relevante, para complementação desde documento.

Público Alvo:

¹ Deve corresponder com os serviços prestados, e dentro das normas de acessibilidade da ABNT.



Capacidade de Atendimento previsto:

Assinatura do Técnico Responsável

Assinatura do Representante Legal da Entidade



ANEXO VII

PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES ANO _____

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome:	
Endereço:	
Ponto de referência:	
Bairro:	Município:
CEP:	Telefone/Fax:
Email:	
Representante Legal:	
Profissão:	Contato:
OBS:	

2. OBJETIVO DO RELATÓRIO

3. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Identificação do Serviço:
Nível de Proteção Social: () Básica () Média () Alta complexidade
Origem dos recursos que foram utilizados:

- () próprios _____
- () convênios _____
- () doações _____
- () outros _____

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	CAPACIDADE DE ATENDIMENTO	ATENDIMENTO ANUAL	PERIODICIDADE DO ATENDIMENTO
Assistência a família			() diário () semanal () quinzenal () outro
Criança e adolescente			() diário () semanal () quinzenal () outro
Pessoa Idosa			() diário () semanal () quinzenal () outro
Promoção da integração ao mundo do trabalho			() diário () semanal () quinzenal () outro
Habilitação e reabilitação das pessoas com deficiências			() diário () semanal () quinzenal () outro
Promoção e integração à vida comunitária			() diário () semanal () quinzenal () outro
Outros. Especificar:			() diário

			☐ semanal ☐ quinzenal ☐ outro
Ações desenvolvidas: ☐ Recepção e acolhida ☐ Acompanhamento de famílias ☐ Acompanhamento de indivíduos ☐ Grupo ou oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias ☐ Grupo ou oficina de convivência e atividades socioeducativas geracionais / intergeracionais ☐ Visitas Domiciliares ☐ Busca ativa ☐ Atividades de inclusão digital ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas ☐ Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único ☐ Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais ☐ Produção de Material socioeducativo ☐ Campanhas socioeducativas ☐ Palestras ☐ Outros, especificar. OBS.: Poderá ser anexado informações complementares caso ache relevante, para complementação desde documento.			
Público Alvo Atendido:			
Capacidade de Atendimento da Entidade: Nº de usuários Atendidos no ano: Nº de usuários encaminhados para outros serviços de proteção social: Nº de famílias atendidas no ano: Nº de famílias do Programa Bolsa Família: Nº de famílias do Programa PETI: Nº de família no BPC: Nº de usuários do Programa Projovem Adolescente:			

Nº de usuários Cumprindo Medida Sócioeducativa Meio Aberto:		
Nº de usuários portadores de deficiência:		
Nº de usuários idosos:		
Nº de usuários Cadastrados/referenciados no Serviço:		
Situação sócio- econômica dos beneficiários:	Renda familiar	N.º De famílias
Menos de 1 salário		
De 1 a 2 salários		
Acima de 02 salários Acima de 03 salários		
Beneficiário Atendido		N.º
Em tempo integral, com vínculo familiar		
Em tempo integral, sem vínculo familiar		
Em meio período		
Eventualmente		
Recursos Humanos Envolvidos**:		
Categoria Profissional	Nº	Nº de registro nos respectivos conselhos da profissão
Assistente Social		
Psicólogo		
Advogado		
Monitor		
Cuidador		

Cozinheira		
Área Administrativa		
Voluntários		
Pedagogo		
Orientador Social		
Educador de Arte		
Educador Físico		
Técnico de Nível Médio		
Estagiário		
Outro. Especificar:		
Forma de participação dos usuários nas atividades: () Reuniões () Avaliação do Serviço () Caixa de Sugestão () Instrumento de coleta de dados () Atividades de convivência () Outros. Especificar:		

*Deve corresponder com os serviços prestados, e dentro das normas de acessibilidade da ABNT.

* Conforme NOB/SUAS/RH.

** Demonstração da e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento. (itens incluídos pela resolução CNAS 33/2010).

Data:

Assinatura do Técnico Responsável



Assinatura do Representante Legal da Entidade