

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ENTIDADES, SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE ATUEM NA MODALIDADE DE ATENDIMENTO

Conforme Resolução CMAS nº. 44, de 10 de novembro de 2011. Publicada no Jornal Oficial do Município Edição - 1710 de 17 de novembro de 2011.

I – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE EXECUTORA:

01 – NOME DA ENTIDADE:		
02 – ENDEREÇO DA ENTIDADE (RUA, AVENIDA, ALAMEDA, TRAVESSA ETC., NÚMERO E COMPLEMENTO)		
03 - BAIRRO:		
04- MUNICÍPIO:	05- UF:	06- CEP:
07 - TELEFONE:	08 - FAX:	09 - E-MAIL:
10 – DATA DE FUNDAÇÃO:	11 – CNPJ (CASO EXISTA ESPECÍFICO DA EXECUTORA):	
12 – INFORMAR SE TEVE OUTRA DENOMINAÇÃO E/OU SEDE ANTERIOR:		

II – INFORMAÇÕES DO DIRIGENTE DA ENTIDADE:

01 – NOME COMPLETO DO DIRIGENTE DA ENTIDADE:		
02 – ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AVENIDA, ALAMEDA, TRAVESSA ETC, NÚMERO E COMPLEMENTO):		
03 - BAIRRO:		04 - CIDADE:
05 - UF:	06 - CEP:	07 – TELEFONE:
08 – TELEFONE CELULAR:	09 - E-MAIL:	
10 – RG:	11 - ÓRGÃO EXPEDIDOR	12 – CPF:

III – FINALIDADE DA ENTIDADE EXECUTORA:

01- MISSÃO ENTIDADE:

IV – OBJETIVO DA ENTIDADE EXECUTORA:

GERAL:

V – INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DA ENTIDADE

01 – Ata de posse da atual diretoria:
Registro em Cartório
Livro:.....Folha:.....Data:...../...../.....

02 – Período de mandato da atual diretoria: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____.

VI – INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS DOCUMENTOS:

01- UTILIDADE PÚBLICA:
 Municipal: Decreto/Lei Nº:..... de/...../.....
 Estadual: Decreto/Lei Nº:..... de/...../.....
 Federal: Decreto/Lei Nº:..... de/...../.....
 Nenhum

02 – ALVARÁ:
 Sanitário – Nº..... Data de validade:...../...../.....
 Localização – Nº..... Data de validade:...../...../.....
 Funcionamento - Nº..... Data de validade:...../...../.....

03 – REGIMENTO INTERNO: SIM NÃO
Se sim, anexar copia. Se não, justifique:

VII – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA COORDENAÇÃO DA ENTIDADE EXECUTORA (DIRETOR(A), COORDENADOR(A), SECRETÁRIO(A) OU SIMILAR DA UNIDADE):

Nome	Função	Carga horária

VIII – RELAÇÃO COM O CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

01 - ESTA ENTIDADE EXECUTORA JÁ ESTEVE OU ESTÁ INSCRITA NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL? NÃO SIM
INSCRIÇÃO DOS SERVIÇOS INSCRITOS (COLOCAR NÚMERO E DATA):
.....
.....
INSCRIÇÃO CANCELADA NÃO SIM MOTIVO: _____

IX – ATENDIMENTO AO PÚBLICO

<p>01 - PERIODICIDADE DO ATENDIMENTO:</p> <p>() atendimento eventual () atendimento continuado () atendimento por tempo limitado</p>
<p>02 - FORMA DE ATENDIMENTO: () Individual () Grupal</p> <p>03 - ENFOQUE DO ATENDIMENTO: () Multidisciplinar () SIM () NÃO Especificar áreas: _____ _____</p>
<p>04 – FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO:</p> <p>- Dias de atendimento: () ininterrupto (24 horas) () 5 dias da semana (segunda-feira a sexta-feira) () outro:.....</p> <p>- Horário de atendimento: () horário integral (24 horas) () horário parcial: qual?..... () 8 horas/dia das..... às</p> <p>() outro:.....</p>
<p>05– FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:</p> <p>() Quinzenal; () Mensal; () Semestral; () Anual; () Outros _____.</p>
<p>06 - DADOS SOBRE O ATENDIMENTO:</p> <p>Capacidade de atendimento: _____ Usuários(as) cadastrados(as): _____ Média mensal de freqüência: _____</p>
<p>07 - PROCEDÊNCIA DO PÚBLICO ATENDIDO:</p> <p>() Município () Região () Nacional () Outro</p>

08 – PÚBLICO ATENDIDO (QUANTIFICAR):

Feminino:

Idade	Quantificar:
Crianças (00 a 05 anos)	
Crianças (06 a 11 anos)	
Adolescentes (12 a 17 anos)	
Jovens (18 a 29 anos)	
Adultos(30 a 59 anos)	
Idosos	
Outros:	

Masculino:

Idade	Quantificar:
Crianças (00 a 05 anos)	
Crianças (06 a 11 anos)	
Adolescentes (12 a 17 anos)	
Jovens (18 a 29 anos)	
Adultos(30 a 59 anos)	
Idosos	
Outros:	

Famílias	
----------	--

TOTAL GERAL QUANTIFICADO DA POPULAÇÃO ATENDIDA: _____

09 - SITUAÇÃO DA DEMANDA LOCAL: () atendida totalmente () não atendida totalmente

Demanda reprimida de quanto?.....

10- Como foi o processo de identificação das demandas desta modalidade?

11– De que forma são executadas as ações?

X – COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO

01- NA ASSISTÊNCIA SOCIAL, ESPECIFICAR.

- NÍVEL DE PROTEÇÃO:

() Proteção Social Básica () Proteção Social Especial

- MODALIDADE DE ATENDIMENTO:

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

- () Serviço de proteção e atendimento integral às famílias - PAIF
() Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos
() Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos
() Serviços de Convivência para idosos
() Serviço de Promoção da Inclusão Produtiva (geração de trabalho e renda)
() Outro. Qual? _____

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

- () Serviço especializado de Proteção e Atendimento à pessoas em situação de violência
() Serviço especializado em abordagem social
() Serviços de especializado para pessoas em situação de rua
() Serviço de proteção e atendimento especializado à famílias e indivíduos – PAEFI.
() Serviço de proteção social e à adolescentes em cumprimento de medida sócio-educativa de liberdade assistida (L.A), e de prestação de serviços à comunidade (P.S.C)
() Serviço de referência e apoio à habitação e reabilitação de pessoas com deficiência e de promoção da sua integração à vida comunitária
() Serviço de proteção em situação de calamidades públicas e de emergências
() Serviço de acolhimento Institucional para crianças e adolescentes. Modalidade de:
 a- Abrigo Institucional ()
 b - Casa lar ()
 c- Casa de Passagem ()
 d- Residência Inclusiva ()
() Serviços de acolhimento Institucional de Longa Permanência para Idosos - ILPIs
() Serviço de acolhimento institucional para adultos modalidade:
 a- Abrigo Institucional ()
 b - Casa lar ()
 c- Casa de Passagem ()
 d- Residência Inclusiva ()
() Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora
() Serviço de Acolhimento em República
() Serviço de Prevenção à Violência e a Drogadição – PAEFI
() Outro. Qual? _____

02- ESPECIFICAR QUANDO A ENTIDADE TIVER AÇÃO PREPONDERANTE EM OUTRA POLÍTICA PÚBLICA:

- () SAÚDE
() EDUCAÇÃO (Educação infantil, Educação profissional, Educação Especial)
() CULTURA
() ESPORTE
() OUTROS. Especificar: _____

03 - DESCREVA OS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO:

04 - PROCESSO DE DESLIGAMENTO DO USUÁRIO DO SERVIÇO PRESTADO PELA ENTIDADE: Adota critérios de desligamento do usuário no programa/projeto:

() Sim () Não. Se sim, quais:

05 – Descreva quais os instrumentos/ procedimentos utilizados para o registro dos atendimentos realizados: (cadastro eletrônico, plano de acompanhamento individualizado, etc.)

XI – ACOMPANHAMENTO:

01 - A Entidade participa de reuniões da rede sócio-assistencial?

Quais: _____

02 -Recebeu visitas dos órgãos abaixo:

() Secretaria Municipal de Assistência Social

() Conselho (Criança; Assistência Social; Idoso; PCD; Mulher, outros).

() outro Qual _____

03 - Foram sugeridas adequações: () sim () não Quais:

04- Foram realizadas estas adequações:

XII – SOCIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO:

01- A Entidade autoriza a liberação de informações de seu cadastro para órgão gestor, Conselhos, bem como, estudantes e professores universitários e outros, para fins diversos, tais como: banco de dados, pesquisas, avaliações, doações, etc.?

() Sim

() Parcialmente. Quais?.....

() Não, Por quê ?

XIII - METODOLOGIA DE ATENDIMENTO DA ENTIDADE/ SERVIÇOS:

01 - As ações desenvolvidas têm caráter preventivo e formativo: () SIM () NÃO

Comente: _____

02 - O trabalho realizado é articulado com a rede de serviços e com outras políticas públicas?
Comente como isso se efetiva:

03 - Realiza ações que possibilitem a melhoria na qualidade de vida e promovam o desenvolvimento de habilidades dos usuários do serviço prestado? () SIM () NÃO

Comente: _____

04 - Implementa ações que expressem o respeito e contribuam na promoção da cidadania do público atendido: () SIM () NÃO. Comente:

XIV - FINANCIAMENTO:

01 - Possui benefícios provenientes de:

- () Isenção da cota patronal
- () Isenção de imposto de importação.
- () Isenção do IPVA
- () Isenção do IPTU
- () Outros: Qual(is).....

02 - Possui convênio/parceria com:

- () Gestor Federal
 () Gestor Estadual
 () Gestor Municipal
 () Órgãos internacionais
 () Outros (especificar) _____

Algum dos convênios/parcerias acima citados possui contrapartida de outros órgãos?

Detalhe:

03 - Relacionar os convênios/parcerias que tem natureza continuada:

04 - QUADRO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA MANUTENÇÃO DO SERVIÇO

FONTE	VALOR	PERIODICIDADE
FEDERAL		
ESTADUAL		
MUNICIPAL		
DOAÇÃO PESSOA FÍSICA		
DOAÇÃO PESSOA JURÍDICA		
DOAÇÃO ORGAN. INTERNACIONAL		
MENSALIDADES		
RECURSOS PRÓPRIOS		
TOTAL		

05 – Quais as principais formas de arrecadação dos recursos próprios?

06 - Especificar doações recebidas em espécie:

- () vestuário
 () alimento
 () equipamentos, mobiliário e utensílios.
 () material de consumo
 () medicamento
 () recursos financeiros
 () Outros _____

Relacione os principais doadores:

07 - Como a entidade tem aplicado suas receitas advindas das isenções de impostos, doações e de eventual resultado operacional?

- () melhoria de infra-estrutura física e operacional
 () capacitação e contratação de novos funcionários
 () aumento do número de beneficiários atendidos
 () melhoria na qualidade de atendimento dos beneficiários
 () Outro

08 - Outro apoio da esfera governamental e não governamental:

BENEFÍCIO	VALOR	FONTE
Água		
Aluguel		
Equipamentos		
Gêneros alimentícios		
Infraestrutura		
Internet		
Luz		
Material Didático		
Recursos Humanos		
Telefone		
Outros:		

XV – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

01 - QUADRO DE FUNCIONÁRIOS (INCLUIR VOLUNTÁRIOS/ ESTAGIÁRIOS)

Nome	Função	Escolaridade	Carga Horária	Salário

XVI – INFRAESTRUTURA DISPONIVEL NA ENTIDADE PARA O SERVICO (Espaço físico, acessibilidade, equipamentos, mobiliário, veiculo etc)

XVII - PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA ENTIDADE

01 - Como se dá o processo de avaliação do trabalho com a equipe? (metodologia, frequência, instrumentos etc.)

02 - Como se dá o processo de avaliação do trabalho com o usuário? (metodologia, frequência, instrumentos etc.)

03 - Relate os impactos e resultados alcançados a partir das ações realizadas:

04 - Como se dá o processo de monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido (metodologia, frequência, instrumentos, etc).

Declaro que as informações constantes neste documento são expressão da verdade.

Data: ____/____/____

Cargo/Função: _____

Nome/Assinatura:

ANEXO I DADOS DA ENTIDADE MANTENEDORA

I – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE MANTENEDORA:

01 – Nome da Entidade:		
02 – Endereço da Entidade:		
– Bairro:		
– Município:	– UF:	– CEP:
03 - Telefone:	04 - FAX:	05 - E-mail:
06 – Data de fundação:	07 - CNPJ:	
08 – Informar se teve outra denominação e/ou sede anterior:		
09 - Natureza Jurídica: () Fundação () Associação () Sociedade Civil () Outros:.....		

II –FINALIDADE ESTATUTÁRIA DA ENTIDADE MANTENEDORA:

01- MISSÃO (apresentar a finalidade da instituição de acordo com a definição estatutária):
--

02 – Identificar a atividade principal: (assinalar com “x” apenas uma opção).		
() Assistência Social	() Educação	() Saúde
() Cultura	() Pesquisa	() Assessoramento
() Religiosa:	() outros:	

III – OBJETIVO DA ENTIDADE MANTENEDORA:

GERAL:

IV – INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DA ENTIDADE

01 – Dados do estatuto: Registro em Cartório Livro:.....Folha:.....Data:...../...../.....
--

02 – Ata de posse da atual diretoria: Registro em Cartório Livro:.....Folha:.....Data:...../...../.....
--

03 – Período de mandato da atual diretoria: de ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____
--

TODAS AS PÁGINAS DEVEM SER RUBRICADAS PELO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO. (11-13)

04 – Seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes:

não recebem remuneração, vantagens ou benefícios direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos pelo exercício específico de suas funções – conforme artigo. _____

tem a remuneração facultada por ser uma OSCIP, conforme artigo. _____

05 – “A entidade não distribui resultados, bonificações, participações ou parcela de seu patrimônio, sob nenhuma forma.”

SIM – consta no artigo. NÃO consta esta no estatuto da instituição.

06 – “Em caso de dissolução ou extinção da entidade, o eventual patrimônio remanescente será destinado a uma entidade congênere devidamente registrada no Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS .”

SIM – consta no artigo. NÃO consta esta no estatuto da entidade

É fundamental que a entidade informe o artigo do estatuto, como solicitado.

V – INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS DOCUMENTOS:

01 - UTILIDADE PÚBLICA:

Municipal : Decreto Nº:.....de/...../.....

Estadual: Decreto Nº:.....de/...../.....

Federal: Decreto Nº:.....de/...../.....

Nenhum

02 - ALVARÁ:

Sanitário – Nº..... Data de validade:...../...../.....

Localização – Nº..... Data de validade:...../...../.....

Funcionamento - Nº..... Data de validade:...../...../.....

03 - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES:

Plano de Trabalho ou Plano de Ação

Anual Permanente Inexistente

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA:

Nome	RG	CPF
Presidente:		
Vice Presidente:		
Secretário:		
Tesoureiro:		

VII – RELACIONAR OS ESTABELECIMENTOS (Sede, Filiais e Serviços), inclusive AS ENTIDADES COM PERSONALIDADE JURÍDICA PRÓPRIA MANTIDA PELA REQUERENTE. (Se houver).

Nome:		
Endereço:		
Cidade/UF:	CNPJ:	Inscrição no CMAS:

Nome:		
Endereço:		
Cidade/UF:	CNPJ:	Inscrição no CMAS:

Nome:		
Endereço:		
Cidade/UF:	CNPJ:	Inscrição no CMAS:

OBS.: CASO O ESPAÇO ACIMA NÃO SEJA SUFICIENTE, SOLICITAMOS APRESENTAR RELAÇÃO, EM SEPARADO, CONTENDO AS MESMAS INFORMAÇÕES DO QUADRO ACIMA.

A entidade se propõe a efetuar mudanças/adequações nos serviços sob sua responsabilidade, caso necessário, para atender as exigências de sua área de atuação?

() SIM () NÃO . **Explique:**

- Receita bruta aferida pela entidade nos balanços contábeis dos últimos três anos:
Ano I (_____)
Ano II (_____)
Ano III (_____)