

# **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CMAS**

---

Lei Municipal nº 1378/94  
Reformulada e revogada pela Lei Municipal nº 2301/2005  
Alterada pela Lei nº 2344/2005 e Alterada pela Lei nº. 2781/2011

## **COMUNICADO 001/2019 CMAS**

O Conselho Municipal de Assistência Social, no uso de suas atribuições, em detrimento a Resolução Normativa nº. 209/2011 em seus artigos 15 e 22 **COMUNICA** a todas as Instituições com serviços, programas ou projetos inscritos neste Conselho a necessidade da entrega dos documentos abaixo descritos para **manutenção da inscrição no período de 07 de janeiro de 2019 a 30 de abril de 2019 (prazo máximo):**

- Cópia do Estatuto Social
- Cópia da Ata dos atuais dirigentes
- Cópia do CNPJ
- Cópia do RG , CPF e comprovante de endereço do Presidente
- Requerimento de Revalidação (modelo anexo que deverá ser apresentado em papel timbrado da Entidade)
- Relatório de atividades do exercício 2018 (modelo anexo que deverá ser apresentado em papel timbrado da Entidade)
- Plano de Ação 2019 (modelo anexo que deverá ser apresentado em papel timbrado da Entidade).

Após essa data, as instituições que não cumprirem o disposto na Resolução terão sua inscrição cancelada.

**Santos, 02 de janeiro de 2019.**

**Marina Carvalho Perez Peña**  
**Presidenta do Conselho Municipal de Assistência Social**

## Papel Timbrado da Instituição

### Requerimento de Revalidação de Inscrição

ANO 2019

**Senhor (a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Santos**

Eu, \_\_\_\_\_, data  
de nascimento \_\_\_\_\_, portador do  
CPF \_\_\_\_\_ e  
RG \_\_\_\_\_ representante legal da (o)  
\_\_\_\_\_,  
situada a  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Vem requerer a REVALIDAÇÃO de inscrição dos serviços, programas, projetos

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Inscrição

nº \_\_\_\_\_ nesse Conselho em conformidade a Lei Federal 8.742 de 07 de  
dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social, em seus artigos 3º e  
9º e a Resolução Normativa nº. 209/2011 – CMAS de 30 de março de 2011.

Termos em que,

Pede deferimento.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Papel Timbrado da Instituição

Assinatura do representante legal da Entidade

### *RELATÓRIO DE ATIVIDADES EXERCÍCIO 2018*

NOME DA ENTIDADE:

CNPJ:

E-MAIL:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO/UF:

CEP:

1.

OBJETIVO GERAL DA ENTIDADE:

Neste tópico deve ser abordada de forma ampla qual a finalidade da entidade. Devem ser descritos também os objetivos específicos.

2.

ATIVIDADES, SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS:

É fundamental que, em cada atividade desenvolvida pela entidade, contenha a descrição dos itens abaixo relacionados:

•  
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE REALIZADA: O que e como foi desenvolvida?

•  
PÚBLICO-ALVO: Quem foram as pessoas para as quais a oferta esteve direcionada? É necessário caracterizar o público-alvo, citando dentre outros elementos a faixa etária, sexo e a escolaridade. Citar a forma de seleção do público, informando se o CRAS ou CREAS encaminha pessoas para o atendimento da entidade;

•  
QUANTIDADE DE PESSOAS ATENDIDAS: Número total de pessoas que participaram das atividades/projetos/serviços/programas desenvolvidos pela entidade;

•  
DIA/HORÁRIO/PERIODICIDADE: A frequência com a qual a oferta foi realizada.

Exemplo: Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h; durante todo o ano;

•  
RECURSOS HUMANOS: Citar os profissionais que atuaram em cada atividade, a carga horária de trabalho e o vínculo trabalhista com a entidade - se é por contrato de trabalho ou se é trabalho voluntário.

Exemplo: 01 psicólogo funcionário da entidade com contrato de 40 horas semanais,

## Papel Timbrado da Instituição

01 assistente social cedido pela prefeitura com carga horária de 30 horas semanais,

02 voluntários com carga horária de 10 horas semanais;

•

INFRAESTRUTURA: Condições utilizadas/necessárias (instalações/equipamentos) na execução das atividades propostas.

•

ABRANGÊNCIA TERRITORIAL: Qual o alcance da atividade realizada pela entidade (Nacional, Estadual, ou Municipal). Diagnóstico dos territórios nos quais a atividade foi desenvolvida;

•

RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA ATIVIDADE REALIZADA: Descrever quais foram os resultados alcançados com o desenvolvimento da atividade, ou seja, quais foram os resultados e a repercussão do projeto para o público-alvo, mantendo coerência com os objetivos. Os resultados devem ser quantitativos e/ou qualitativos.

•

ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS: De onde vieram as receitas/verbas para a realização das atividades.

Exemplo: Convênios e/ou Parcerias firmadas com prefeituras, secretarias, órgãos públicos, doações de pessoas físico-jurídica, entre outros.

•

DESTACAR SE AS ATIVIDADES SÃO GRATUITAS PARA OS USUÁRIOS.

OBS. Para as Entidades que ofertam o Acolhimento Institucional aos Idosos deverão informar a participação do idoso no custeio da entidade nos termos e limites do Estatuto do Idoso (até 70 % do BPC ou benefício previdenciário) e juntar:

- Relação nominal dos idosos, com os valores correspondentes de seu benefício/aposentadoria/pensão na participação do custeio das atividades.
- Cópia do modelo de contrato de prestação de serviço firmado com idoso.

DESPESAS DAS ATIVIDADES: Destacar quanto foi gasto de recurso financeiro com cada atividade;

3.

PARCERIAS:

Identificar os apoios externos na execução dos projetos/programas/serviços desenvolvidos pela entidade, ou seja, órgãos da esfera pública (federal, estadual ou municipal), entidades privadas ou comunitárias que apoiaram de forma técnica, financeira ou administrativa.

---

Nome e assinatura do Técnico responsável pelo Serviço/Programa/Projeto

---

Nome e assinatura do Presidente da Entidade

## Papel Timbrado da Instituição

### PLANO DE AÇÃO EXERCÍCIO 2019

#### TÍTULO DO PLANO DE AÇÃO

#### I – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

##### IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome:  
CNPJ: Inscrição Municipal:  
Endereço: N°/complemento : Bairro: Telefones:  
E-mail  
Site:  
Inscrição CMAS: CNEAS:  
Inscrição CMDCA : CMI : Outros:  
Tempo de Atuação na prestação do serviço objeto da parceria:

##### REPRESENTANTE LEGAL

Nome  
CPF: RG:  
Endereço residencial: N° complemento Bairro:  
Município: Telefones:  
E-mail:  
Mandato de: até:

##### FINALIDADE ESTATUTÁRIA

##### HISTÓRICO E OBJETIVOS (breve resumo conforme Estatuto da Instituição)

1.Histórico da Instituição

2.Objetivos gerais da Instituição

3.Objetivos específicos da Instituição

## Papel Timbrado da Instituição

### II – CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PARCERIA

**1.Objeto da Parceria:** (breve descrição)

**2.Técnicos Responsáveis:** (informar todos os envolvidos)

Nome:

CPF:

Formação:

Telefone:

Nome:

CPF:

Formação:

Telefone:

RG :

Nº inscrição no Conselho DE Classe:

E-mail:

RG :

Nº inscrição no Conselho DE Classe:

E-mail:

#### INFRAESTRUTURA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO/SERVIÇO/PROGRAMA - CONTRAPARTIDA

**1.Localização e abrangência**

Endereço completo:

Tel.:

e-mail:

Imóvel: ( ) cedido ( ) próprio ( ) alugado

Horário de funcionamento:

Abrangência:

**2.Espaço Físico:** colocar a quantidade de sala/cômodos: ex. sala de coordenação técnica, equipe técnica para atendimento individual, dormitórios, banheiros para usuários e funcionários, cozinha, refeitório, áreas externas, e outros (com acessibilidade e sem acessibilidade).

#### CONTEXTUALIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**1.Descrição do Projeto/Serviço/Programa:**

**2. Descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas:** (Lei 13019/2014 artigo 22)

**3. Público Alvo:**

**4. Meta de atendimento / Capacidade de atendimento:**

**5. Critérios de elegibilidade para seleção dos usuários:** (Ex. Encaminhados por; situação específica; com medida de proteção; famílias específicas; cumprimento de medidas socioeducativas; situação de isolamento/violência e/ou negligência; trabalho Infantil; abuso e/ou exploração sexual; situação de Rua; pessoas com deficiência; etc)

**6.Pesquisa de satisfação com os usuários:** (forma e periodicidade da execução)

## Papel Timbrado da Instituição

### OBJETIVOS E RESULTADOS

Objetivos Gerais:

| Objetivos específicos | Ações a serem realizadas | Resultados esperados | Indicadores de resultados |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|
|                       | a.                       |                      |                           |
|                       | b.                       |                      |                           |
|                       | c.                       |                      |                           |
|                       | d.                       |                      |                           |
|                       | e.                       |                      |                           |
|                       | f.                       |                      |                           |
|                       |                          |                      |                           |

### CRONOGRAMA

1.Cronograma de atividades para execução do Projeto/Serviço/Programa: (relacionadas às ações descritas no item acima)

| Ações | Atividades | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|-------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| a.    | 1.         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|       | 2.         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| b.    | 3.         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|       | 4.         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| c.    |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| d.    |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|       |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Informar todas as atividades

## Papel Timbrado da Instituição

### RECURSOS HUMANOS PARA EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**1. Composição da equipe para execução do projeto/serviço/programa:** Recursos Humanos, conforme: NOB-RH/SUAS, Resolução CNAS Nº 17 de 20 de junho de 2011 e Resolução CNAS Nº 9 de 15 de abril de 2014.

| Nome | Vínculo | Cargo/<br>Função | Formação | Carga<br>horária<br>semanal | Horário de<br>trabalho |
|------|---------|------------------|----------|-----------------------------|------------------------|
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |
|      |         |                  |          |                             |                        |

**2. O projeto/serviço/programa conta com trabalho voluntário?** (Lei nº 9.608 de 18/02/1998 e Lei nº 13.297 de 16/06/2016)

( ) Não

( ) Sim (sem Termo de Adesão)

( ) Sim (com Termo de Adesão)

Identificar nominalmente os voluntários, bem como as atividades propostas e executadas:



## Papel Timbrado da Instituição

### RESPONSÁVEL (s) TÉCNICO PELO PLANO DE AÇÃO

Nome:

Função:

### APLICAÇÃO DOS RECURSOS

| Origem do Recurso | Valor |
|-------------------|-------|
| MUNICIPAL         |       |
| ESTADUAL          |       |
| FEDERAL           |       |
| PRÓPRIOS          |       |
| Total             |       |

**Planilhas em anexo: (verificar os modelos das planilhas. Precisa conter a contrapartida da Instituição (recursos próprios), caso tenha, para realização do proposto)**

Na qualidade de representante legal do Proponente, APROVO o presente Plano de Ação.

Assinatura do Representante Legal \_\_\_\_\_

**Local e data:**