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 01/2023 CMAS

O Conselho Municipal de Assistência Social, no uso de suas atribuições, em detrimento a Resolução Normativa nº. 783/2019, **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 10 de janeiro de 2023 a 28 de abril de 2023 (prazo máximo):**

- Cópia do Estatuto Social – caso tenha ocorrido alguma alteração;
- Cópia da Ata dos atuais dirigentes;
- Declaração de Funcionamento;
- 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 2022 (modelo anexo que deverá ser apresentado em papel timbrado da Entidade);
- Plano de Ação 2023 (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.

A entrega deverá ser realizada presencialmente no endereço Rua XV de novembro, n.º 183, na sede do CMAS, no horário das 9h às 14h. Preferencialmente com aviso prévio.

Santos, 04 de janeiro de 202e.

**JOSENICE PROFÍRIO DA SILVA
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social**

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

ANEXO I

Requerimento de Inscrição / Revalidação

Senhor (a) Presidente (a) do Conselho Municipal de Assistência Social de Santos:

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

A – Dados da Entidade:

Nome da Entidade _____

CNPJ: _____ Data de inscrição no CNPJ ____/____/____

Endereço _____ nº. _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: ____ CEP: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Atividade Principal _____

Inscrição:

CMDCA _____ CMI _____

OUTROS (especificar) _____

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

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

Relação de todos os estabelecimentos da Entidade (CNPJ e endereço completo)

B – Dados do Representante Legal:

Nome _____

Endereço _____ nº. _____ Bairro _____

Município _____ UF _____ CEP _____ Tel.: _____

Celular: _____ E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____ Data Nasc: ____/____/____

Escolaridade _____ Período do Mandato: _____

C - Informações adicionais:

Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da Organização Social

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

ANEXO II

Declaração de Funcionamento

DECLARO, para os devidos fins, que a (*nome da Organização Social*), com sede (*endereço*), na cidade de (*Município*), (Estado), inscrita no CNPJ nº., está em pleno e regular funcionamento, desde (*data da fundação*), cumprindo suas finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria atual, com mandato de / / à / /, constituída dos seguintes membros:

Presidente:

Nome completo:

N.º do RG:, Órgão expedidor:, CPF:

Endereço Residencial:

Vice-Presidente:

Nome completo:

N.º do RG:, Órgão expedidor:, CPF:

Endereço Residencial:

Tesoureiro:

Nome completo:

N.º do RG:, Órgão expedidor:, CPF:

Endereço Residencial:

DECLARO, que a referida entidade não remunera os membros de sua Diretoria pelo exercício específico de suas funções, não distribui resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela do seu patrimônio, sob nenhuma forma, e aplica as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas.

Santos, ____ de _____ de _____

Assinatura do representante legal da Organização Social

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

ANEXO III

Plano de Ação

(Um plano para cada oferta desenvolvida pela OS)

I – CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

TÍTULO DO PLANO DE AÇÃO

(Nome do serviço/programa ou projeto)

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: (Assinalar a Resolução Normativa do CNAS que embasa a execução da oferta prestada).

Resolução Normativa N.º 109/2009 – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais	
Resolução Normativa N.º 27/2011 – Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos	
Resolução Normativa N.º 33/2011 - Acesso ao Mundo do Trabalho	
Resolução Normativa N.º 34/2011 – Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência.	

REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço residencial: _____

N.º _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ Telefones: _____

E-mail: _____ Mandato de: _____ até _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

CNPJ: _____

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

Endereço: _____
N.º _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Telefones: _____ E-mail: _____
Site: _____ Inscrição CMAS: _____
CNEAS: _____ Inscrição CMDCA: _____ CMI: _____ Outros: _____
Tempo de atuação na prestação do serviço objeto: _____

ESTATUTO SOCIAL

Sobre o Estatuto Social da entidade, afirmo que os artigos elencados abaixo correspondem a **previsão expressa** dos seguintes itens:

Artigo	
	a) de finalidade de assistência social;
	b) que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio líquido seja transferido a outra pessoa jurídica de igual natureza e cujo objeto social seja, preferencialmente, o mesmo da entidade extinta.
	c) escrituração de acordo com os princípios fundamentais de contabilidade e com as Normas Brasileiras de Contabilidade.
	d) de mandato por período determinado da Diretoria da entidade ou organização de assistência social, com a possibilidade ou não de sua reeleição, observando-se os princípios constitucionais;
	e) de aplicação de suas receitas, rendas, rendimentos e o eventual superávit apurado em suas demonstrações contábeis, integralmente no território nacional, na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;
	f) de aplicação de subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;
	g) de não distribuição a seus associados, dirigentes, de forma direta ou indireta, resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto;

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

II – CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO / PROGRAMA / PROJETO

1.Objeto:

(Descrever a finalidade da oferta)

2.Técnicos Responsáveis:

(informar todos os responsáveis)

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Formação: _____ Nº inscrição no Conselho de Classe: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Formação: _____ Nº inscrição no Conselho de Classe: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

INFRAESTRUTURA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO/SERVIÇO/PROGRAMA:

1.Localização e abrangência da oferta:

Endereço completo : _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Imóvel: () cedido () próprio () alugado

Horário de funcionamento: _____

Abrangência territorial: *(quais locais atende)*

CRAS de Referência:

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

2. Espaço Físico para execução da oferta:

Descrição	Quantidade	Acessibilidade	Observações
Recepção			
Sala do Técnico Responsável (resguarda sigilo)			
Sala/espço de atividades coletivas			
Sala do administrativo			
Sanitários			
Cozinha			
Outros			

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1. Descrição do Projeto/Serviço/Programa:

(Descrever a oferta executada. Constar todas as ofertas (socioassistenciais) da entidade, identificando em qual município cada uma delas é prestada)

2. Descrição da realidade que será objeto, devendo ser demonstrado o nexó entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas: *(Lei Federal n.º 13.019/2014 artigo 22). (contextualizar a importância da oferta para a Política de Assistência Social e para seus usuários (público alvo) na atual conjuntura).*

3. Público Alvo:

(a quem se destina o atendimento da oferta apresentada)

4. Articulação rede socioassistencial:

(como é realizada a articulação de rede e quais serviços estão envolvidos)

5. Gratuidade:

(É garantida a gratuidade ou é exigido algum tipo de contraprestação ao usuário).

6. Capacidade de atendimento:

(número de usuários que a entidade pretende/consegue atender; meta de atendimento)

7. Critérios de elegibilidade para seleção dos usuários:

(descrever os critérios adotados para acesso do usuário a oferta)

8. Participação do usuário no planejamento e forma de avaliação:

(descrever a forma que o usuário participa do planejamento do plano de ação e como é feita a avaliação do mesmo de forma participativa).

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

OBJETIVOS E RESULTADOS

Objetivos Gerais: *(descrever o objetivo geral da oferta desenvolvida)*

Objetivos específicos <i>Indique especificamente os objetivos para alcance do objetivo geral.</i>	Ações <i>(descrever as ações realizadas para alcançar os objetivos específicos)</i>	Resultados esperados <i>(descrever os resultados esperados para as ações desenvolvidas)</i>	Indicadores de resultados <i>(mensurar os indicadores que demonstram os resultados alcançados a partir das ações realizadas).</i>

(inserir linhas, de acordo com a necessidade)

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

CRONOGRAMAS

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

Ações	Metodologia	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez

(inserir linhas de acordo com a necessidade)

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

2..Cronograma de atividades semanal para execução do Projeto/Serviço/Programa:

Ações	Responsável	Periodicidade (diária, semanal, quinzenal e mensal).	Dias da Semana e Horário						
			2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sab	Dom

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

RESPONSÁVEL (s) TÉCNICO PELO PLANO DE AÇÃO	
Nome:	_____
Função:	_____

APLICAÇÃO DOS RECURSOS	
Origem do Recurso	Valor
MUNICIPAL	
ESTADUAL	
FEDERAL	
PRÓPRIOS	
Custo Total da oferta	

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

Assinatura do Representante Legal _____

Local e data:

Rua XV de Novembro, 183 – Térreo – Centro – Santos/SP
Telefone: (13) 3261-5508 cmas@santos.sp.gov.br

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

ANEXO IV

Relatório de Atividades 2022

TÍTULO: *(Nome do serviço/programa ou projeto)*

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: *(Assinalar a Resolução Normativa do CNAS que embasa a execução da oferta prestada).*

Resolução Normativa N.º 109/2009 – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais	
Resolução Normativa N.º 27/2011 – Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos	
Resolução Normativa N.º 33/2011 - Acesso ao Mundo do Trabalho	
Resolução Normativa N.º 34/2011 – Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência.	

IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:
Nome: _____
CNPJ: _____
Endereço: _____
N.º _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Telefones: _____ E-mail: _____
Site: _____ InscriçãoCMAS _____
CNEAS: _____ InscriçãoCMDCA: _____ CMI: _____ Outros: _____
Tempo de atuação e prestação do serviço objeto: _____

ATIVIDADES, SERVIÇOS E PROGRAMAS, PROJETOS:
<i>(O relatório de atividades é relativo à execução da oferta no ano de 2022)</i>
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE REALIZADA: <i>(O que foi executado no ano de 2022. Elencar como a oferta foi desenvolvida)</i>

Rua XV de Novembro, 183 – Térreo – Centro – Santos/SP
Telefone: (13) 3261-5508 cmas@santos.sp.gov.br

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

Potencialidades e dificuldades relacionados à execução da oferta:

(Descrever as potencialidades e os desafios enfrentados no ano de 2022 de acordo com a realidade vivenciada.)

1. As atividades propostas foram realizadas de acordo com o apresentado no Plano de Ação

Ações	Totalmente realizada	Parcialmente realizada (justificar)	Não realizada (justificar)

PÚBLICO-ALVO:

(Quem foram as pessoas atendidas. **Necessário** caracterizar, citando dentre outros elementos a faixa etária, sexo e a escolaridade, entre outros. Citar a forma de seleção do público, informando se o CRAS ou CREAS encaminha pessoas para o atendimento da entidade ou de quais outras formas o usuário acessa a oferta)

QUANTIDADE DE PESSOAS ATENDIDAS:

(Qual o número de pessoas que foram atendidas no ano de 2022, O Serviço atendeu o número de usuários previstos no plano de ação de 2022? Justifique sempre que a meta atendida for diferente do número previsto)

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; houve interrupção?)

RECURSOS HUMANOS:

(Citar os profissionais nominalmente que atuaram no ano **de 2022** 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)

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)

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

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)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

(Descrever de que forma a organização fomentou, incentivou e qualificou a participação dos usuários e/ou estratégias que foram utilizadas em todas as etapas do seu plano: elaboração, execução, monitoramento e avaliação.

ARTICULAÇÃO COM A REDE PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS OU BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS.

(Descrever quais as articulações foram possíveis realizar para o desenvolvimento dos serviços, programas, projetos ou benefícios socioassistenciais junto aos usuários no ano, compreendendo a articulação efetuada com a rede de serviço existentes na comunidade, serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas sociais (saúde, educação, trabalho, habitação, etc.), entidades e organizações sociais, órgãos de defesa dos direitos, conselhos municipais, entre outros)

FOMENTO E PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL

(Citar se a Entidade participou dos Fóruns Regionais e da Conferência Municipal de Assistência Social, informando periodicidade, quantidade de participantes - usuários e trabalhadores -, bem como participação nas reuniões e comissões do CMAS)

CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES

(Descrever quais as atividades desenvolvidas e quantas horas foram dedicadas anualmente para capacitação e educação permanente dos trabalhadores.)

ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS:

(De onde vieram as receitas/verbas para a realização das atividades em 2022. Exemplo: Convênios e/ou Parcerias firmadas com prefeituras, secretarias, órgãos públicos, doações de pessoas físico-jurídica, entre outros)

DESTACAR SE AS ATIVIDADES foram 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:

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS - 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

- 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)

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.)

RESPONSÁVEL (s) TÉCNICO PELO PLANO DE AÇÃO

Nome: _____

Função: _____

Assinatura do Representante Legal _____

Local e data: