**RESOLUÇÃO N°. 08/2020**.

**DISPÕE SOBRE A INSCRIÇÃO DAS ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, BEM COMO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE GASPAR - CMAS**

O Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, no uso das atribuições conferidas pela Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993; pela Lei Complementar nº 1.648, de 16 de janeiro de 1997 e alterações, pela Lei Complementar nº 62, de 10 de agosto de 2015 e, de acordo com a deliberação da Sessão Plenária Ordinária 09 de julho de 2020.

**CONSIDERANDO:**

- a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de nº 8.742/93, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, arts. 2º, 3º e 9º;

- a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), que estabelece as atribuições dos Conselhos no Controle Social da Política Municipal de Assistência Social, em consonância com o art. 18, da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS);

**-** a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que trata da certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social;

- o Decreto nº 6.308, de 14 de dezembro de 2007, que dispõe sobre as entidades e organizações de assistência social de que trata o artigo 3º, da Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e dá outras providências;

- o Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, que regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências;

- a Resolução CNAS nº 53, de 14 de março de 2007, que aprova o Plano de Acompanhamento e Fortalecimento dos Conselhos de Assistência Social e propõe a criação da Comissão Temática de Conselhos de Assistência Social;

- a Resolução CNAS nº 191, de 10 de novembro de 2005, que institui orientação para a regulamentação do art. 3º, da LOAS;

- a Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais;

- a Resolução CNAS nº 16, de 05 de, que maio de 2010define os parâmetros nacionais para inscrição das entidades e organizações de assistência social e, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos de Assistência Social dos municípios e do Distrito Federal;

- Resolução nº 27, de 19 de setembro de 2011, que caracteriza as ações de assessoramento e defesa e garantia de direitos no âmbito da Assistência Social;

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

- as Orientações, do CNAS, de outubro de 2010, aos Conselhos de Assistência Social para Implementação da Resolução CNAS nº 16/2010;

- a Lei nº 1648 de 16 de janeiro de 1997 e alterações, que estabelece os Princípios da Política de Assistência Social no município de Gaspar e, as competências do CMAS;

- a Lei Complementar nº 62 de 10 de agosto de 2015 que dispõe sobre o Conselho Municipal da Assistência Social e dá outras providências;

- a competência do CMAS para a fiscalização e inscrição de entidades e organizações de assistência social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;

- que o reconhecimento público das ações realizadas pelas entidades e organizações sem fins econômicos/lucrativos, no âmbito da Política de Assistência Social, depende da inscrição no CMAS;

- a necessidade de regulamentar a inscrição das entidades e organizações de assistência social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, no CMAS, em consonância com a Lei no 12.101/09, o Decreto nº 7.237/10, alterado pelo Decreto nº 7.300/2010 e a Resolução nº 16/10, alterada pela Resolução nº 33/2010 e, demais normativas que integram a Política Nacional de do CMAS,

- a aprovação em Plenária Ordinária desta Resolução, conforme consta na Ata CMAS n° 009/2016. Assistência Social;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Estabelecer critérios para a inscrição e renovação de inscrição das entidades e organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, no Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar - CMAS.

**§ 1º** A inscrição é por prazo indeterminado, conforme estabelece o art. 15, da Resolução CNAS nº 14, de maio de 2014.

**§ 2º** A inscrição poderá ser cancelada a qualquer tempo, em caso de descumprimento dos requisitos previstos nesta Resolução, garantido o direito à ampla defesa e ao contraditório.

**CAPÍTULO I**

**DA CARACTERIZAÇÃO DAS ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES**

**Art. 2º** Consideram-se entidades e organizações de Assistência Social aquelas sem fins lucrativos e/ou econômicos que prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários da Lei nº 8.742/93 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e as que promovem a defesa de garantia de direitos.

**Parágrafo único.** As entidades e organizações são consideradas de Assistência Social, na forma do art. 1º, do Decreto no 6.308/07, quando seus atos constitutivos definirem expressamente sua natureza, objetivo, missão, público alvo, devendo:

**I** – realizar atendimento, assessoramento ou defesa e garantia de direitos na área da Assistência Social;

**II** – garantir a universalidade do atendimento independentemente da contraprestação do usuário;

**III** – ter finalidade pública e transparência nas suas ações.

**Art. 3º** As entidades e organizações de Assistência Social podem ser isolada ou cumulativamente:

**I –** de atendimento: que, de forma continuada, permanente e planejada, presta serviços, executa programas ou projetos e concede benefícios de proteção social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidades ou risco social e pessoal, nos termos da Lei nº 8.742/93 e da Resolução CNAS nº 109/09;

**II –** de assessoramento: 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 da Lei nº 8.742/93 e, respeitadas as competências do CNAS, conferidas pelo art. 18, incisos I e II, da referida lei, tais como:

**III -** de defesa e garantia de direitos: que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, 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 da Lei nº 8.742/93 e, respeitadas as competências do CNAS.

**CAPÍTULO II**

**DOS CRITÉRIOS PARA INSCRIÇÃO**

**Art. 4º** Os critérios para inscrição das entidades e organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais são cumulativos sendo:

**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 e universalidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;

**IV -** garantir a existência de processos participativos 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.

**CAPÍTULO III**

**DO FUNCIONAMENTO**

**Art. 5º** O funcionamento das entidades e organizações de Assistência Social, no Município de Gaspar depende de prévia inscrição da entidade e/ou do serviço no CMAS, independente do recebimento ou não de recursos públicos, observando-se o disposto no art. 9º, da Lei no 8.742/93.

**§ 1º** Compete ao CMAS fiscalizar as entidades e organizações inscritas.

**§ 2º** Entende-se por fiscalização aquela aplicada às entidades ou organizações de Assistência Social e ao conjunto das ofertas dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais inscritos;

**§ 3º** Caso a entidade ou a organização de Assistência Social de atendimento e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos, com sede no município de Gaspar, não desenvolva qualquer serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial, a sua inscrição deverá ser feita no CMAS do município onde desenvolva o maior número de atividades.

**§ 4º** O CMAS avalia as inscrições de entidades ou Organizações de Assistência Social de atendimento e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos, de acordo com o Plano de Ação e Relatório Anual de Atividades e a emissão de nova certificação mediante aprovação em plenária do CMAS;

**§ 5º** As entidades ou organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos, que atuem na defesa e garantia de direitos e/ou assessoramento deverão inscrever suas ofertas de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais em todos os Municípios onde realiza sua ação.

**Art. 6º** Somente poderão executar serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais as entidade e organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos, vinculadas à rede que integra o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, inscritas no CMAS de Gaspar, que atendam ao disposto no art. 4º, desta Resolução e, estejam de acordo com a Resolução CNAS no 109/09 e, com o Decreto nº 6.308/07.

**Art. 7º** Em caso de interrupção de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, a entidade ou a organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos deverá comunicar ao CMAS, apresentando motivação, alternativas e perspectivas para o atendimento do usuário, bem como o prazo para a retomada das atividades.

**§ 1º** O prazo de interrupção não poderá ultrapassar 6 (seis) meses, sob pena de cancelamento da inscrição da entidade e/ou do serviço, programa, projeto ou benefícios socioassistenciais, observado o disposto no § 2º deste artigo.

**§ 2º** Ao CMAS cabe acompanhar, discutir e encaminhar as alternativas para a retomada dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais interrompidos ou encerrados;

**§ 3º** Ocorrendo o encerramento de atividades, as entidades farão a comunicação ao CMAS, no prazo de 30 (trinta) dias.

**CAPÍTULO IV**

**DOS DOCUMENTOS PARA A INSCRIÇÃO E RENOVAÇÃO**

**Art. 8º** As entidades e organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos no ato da inscrição demonstrarão:

**I -** ser pessoa jurídica de direito privado, devidamente constituída,

**II -** que aplicam suas rendas, seus recursos e eventual resultado integralmente no território nacional bem como na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

**III –** a existência do plano de ação anual contendo:

**a)** identificação da entidade ou organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos

**b)** histórico da entidade ou organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos;

**c)** finalidades estatutárias;

**d)** objetivos;

**e)** origem dos recursos;

**f)** infraestrutura;

**g)** identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial, identificando:

**g.1)** metodologia;

**g.2)** público alvo;

**g.3)** capacidade de atendimento;

**g.4)** recursos financeiros utilizados;

**g.5)** recursos humanos envolvidos;

**g.6)** abrangência territorial;

**g.7)** forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

**IV -** relatório de atividades anual indicando:

**a)** finalidade (s) estatutária (s);

**b)** objetivos;

**c)** origem dos recursos;

**d)** infraestrutura;

**e)** identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial executado, informando:

**e.1)** público alvo;

**e.2)** capacidade de atendimento;

**e.3)** recurso financeiro utilizado;

**e.4)** recursos humanos envolvidos;

**e.5)** abrangência territorial;

**g.6)** forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

**§ 1º** Para fins de inscrição é vedado aos Conselhos de Assistência Social fazer a análise das Demonstrações Contábeis;

**§ 2º** Para fins de inscrição é vedado aos Conselhos de Assistência Social exigir a alteração estatutária das entidades ou organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos

**Art. 9º** Para a obtenção da Inscrição no CMAS, as entidades e organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos deverão apresentar os seguintes documentos:

**I -** requerimento, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos conforme **ANEXO I - A**;

**II -** cópia do Estatuto Social (ato constitutivo) registrado no cartório competente, comprovando que os objetivos institucionais estão em conformidade com a Lei nº 8.742/93, o Decreto no 6.308/07 e a Resolução CNAS no 109/09;

**III -** cópia da ata de eleição e posse da atual diretoria, registrada no cartório competente e, do documento comprobatório da representação legal, quando for o caso;

**IV -** cópia do comprovante atualizado, em situação ativa, de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, apresentando como atividade econômica principal ou secundária a área socioassistencial;

**V –** declaração, assinada pelo responsável legal da entidade e/ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos quando não constar no seu estatuto social previsão dispondo da aplicação integral de suas rendas, recursos ou eventual resultado operacional, no território nacional e, na manutenção e desenvolvimento da sua finalidade institucional;

**VI -** disposição estatutária prevendo que, no caso de dissolução ou extinção, havendo patrimônio líquido, o mesmo seja destinado à outra (s) entidade (s) sem fins lucrativos e/ou econômicos ou que, por deliberação de seus associados seja indicada outra (s) instituição de fins idênticos ou semelhantes e, em se tratando de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP’s, deverá constar dispositivo prevendo a destinação a outra entidade qualificada como OSCIP, inscrita no CMAS;

**VII -** plano de ação anual, conforme **ANEXO II,** observado o disposto no art. 8º, inciso III, desta Resolução;

**VIII -** relatório de atividades anual assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos conforme **ANEXO III**, observando-se o disposto no art. 8º, inciso IV, desta Resolução;

**IX -** cópia do balancete anual das Atividades de caráter socioassistencial, referente ao exercício anterior a solicitação de inscrição, assinado por contador com registro no Conselho Regional de Contabilidade – CRC;

**X -** cópia da Carteira de Identidade (RG), do Cadastro de Pessoa Física (CPF) e, do comprovante de residência dos dirigentes da entidade ou organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos;

**XI -** cópia da declaração de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, quando for o caso;

**XII -** cópia do Alvará Sanitário e do Alvará de Localização e Permanência, dentro do prazo de validade, exceto para entidade ou organização de Assistência Social de assessoramento ou de defesa e garantia de direitos;

**Art. 10.** As entidades e organizações de Assistência Social, **que atuam em mais de um Município**, deverão inscrever seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais apresentando:

**I)** requerimento endereçado ao CMAS, conforme **ANEXO I - B**, preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou organização de Assistência Social;

**II)** plano de ação, assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de assistência social, conforme **ANEXO II**, observado o disposto no art. 8º, inciso III;

**III)** relatório de atividades anual assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos conforme **ANEXO III**, observando-se o disposto no art. 8º, inciso IV, desta Resolução;

**IV)** comprovante de inscrição no CMAS de sua sede ou de onde desenvolve suas atividades principais;

**V)** cópia do Alvará Sanitário e do Alvará de Localização e Permanência, dentro do prazo de validade, exceto para entidade ou organização de assistência social de assessoramento ou de defesa e garantia de direitos;

**Art. 11.** As entidades e organizações sem fins lucrativos **que não tenham atuação preponderante na área da Política de Assistência Social,** mas desenvolvam ações socioassistenciais, deverão inscrever seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais mediante apresentação de:

**I)** requerimento ao CMAS, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou organização de Assistência Social, conforme **ANEXO I - C**;

**II)** cópia do Estatuto Social (ato constitutivo) registrado no cartório competente, comprovando que os objetivos institucionais estão em conformidade com a Lei no 8.742/93, o Decreto no 6.308/07 e a Resolução CNAS no 109/09;

**II)** cópia da ata de eleição e posse da atual diretoria, registrada no cartório competente e, do documento comprobatório da representação legal, quando for o caso;

**IV)** plano de ação, conforme **ANEXO II**, observado o disposto no art. 8º, inciso III, assinado pelo representante legal da entidade e/ou organização de assistência social;

**V)** relatório de atividades anual assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos conforme **ANEXO III**, observando-se o disposto no art. 8º, inciso IV, desta Resolução;

**VI)** cópia do Alvará Sanitário e do Alvará de Localização e Permanência, dentro do prazo de validade, exceto para entidade/organização de Assistência Social de assessoramento ou de defesa e garantia de direitos;

**Parágrafo único.** Caberá a entidade com atuação na área de Saúde e/ou de Educação, apresentar ao CMAS parecer de conselho competente a respeito do seu funcionamento.

**Art. 12** As entidades e organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos no ato da renovação da inscrição demonstrarão:

**I -** requerimento, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos conforme **ANEXO I - D**;

**II -** cópia do comprovante atualizado, em situação ativa, de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, apresentando como atividade econômica principal ou secundária a área socioassistencial;

**III -** plano de ação, assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de assistência social, conforme **ANEXO II**, observado o disposto no art. 8º, inciso III;

**IV-** relatório de atividades anual assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos conforme **ANEXO III**, observando-se o disposto no art. 8º, inciso IV, desta Resolução;

**CAPÍTULO V**

**DO PRAZO DE APRESENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO E DO RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES**

**Art. 13.** As entidades e organizações de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos deverão apresentar ao CMAS, anualmente, no prazo máximo de 30 de abril:

**I –** plano de ação do corrente ano, atendendo ao disposto inciso III, do art. 8º;

**II -** relatório de atividades do ano anterior que evidencie o cumprimento do plano de ação, destacando as informações contidas nos incisos I, II e III, do art. 10, desta Resolução.

**CAPÍTULO VI**

**DA COMPETÊNCIA DO CMAS**

**Art. 14.** Compete ao CMAS:

**I -** receber e analisar os pedidos de inscrição e renovação de inscrição e a documentação respectiva;

**II -** providenciar visita técnica à entidade ou organização de Assistência Social e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos e, emissão de parecer sobre as condições para o funcionamento;

**III** - pautar, discutir e deliberar os pedidos de inscrição, em reunião plenária;

**IV -** encaminhar a documentação ao órgão gestor para inclusão no Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social de que trata a Lei 12.101/09, devendo manter guarda da mesma, garantido-se acesso aos documentos, sempre que se fizer necessário, em função do exercício do controle social. - CNEAS, conforme art. 19, inciso XI da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

**V -** promover audiência pública anualmente, a ser regulamentada mediante regulamentação específica, preferencialmente no mês de novembro, com as entidades ou organizações de Assistência Social inscritas, com o objetivo de efetivar a apresentação destas à comunidade, permitindo a troca de experiências, ressaltando a atuação na rede socioassistencial e o fortalecimento do SUAS;

**VI -** estabelecer plano de acompanhamento e fiscalização das entidades e organizações de Assistência Social, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais inscritos, com os respectivos critérios, mediante regulamentação específica;

**VII –** No caso de cancelamento de inscrição, o CMAS deverá encaminhar, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, cópia do ato cancelatório ao órgão gestor, para as providências cabíveis junto ao Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social - CNEAS, atendendo ao disposto no inciso IV, deste artigo.

**CAPÍTULO VII**

**DO TRÂMITE DA INSCRIÇÃO**

**Art. 15.** O CMAS, em cumprimento ao disposto no art. 16, da Resolução CNAS nº. 14/14 passa a utilizar, única e exclusivamente, o termo INSCRIÇÃO para os fins desta Resolução.

**§ 1º** O Conselho fornecerá Comprovante de Inscrição, conforme **ANEXO IV.**

**§ 2º** Para emissão de inscrição, nos termos desta Resolução, será estabelecida numeração única e seqüencial, independentemente da mudança do ano.

**Art. 16.** A entidade ou organização de assistência social, munida de todos os documentos especificados nesta Resolução, protocolará na Secretaria Municipal de Assistência Social, junto à assessoria do CMAS, Requerimento de Inscrição e/ou Renovação de inscrição.

**Art. 17.** A partir da data do protocolo do Requerimento de Inscrição, **ANEXO V**, o Conselho terá o prazo de até 120 (cento e vinte) dias para emitir comprovante de inscrição ou ideferimento.

**Art. 18.** No recebimento do Requerimento, a assessoria do CMAS emitirá comprovante de protocolo, **ANEXO V**, contendo: número, nome da entidade, número de inscrição, Nº. CNPJ, data, finalidade, assinatura e carimbo da pessoa responsável pelo recebimento.

**§ 1º** No caso de divergência de documentação ou da falta de alguns dos requisitos/critérios, previstos nesta Resolução, será encaminhado ofício com protocolo e a entidade terá o prazo de 10 (dez) dias para os devidos esclarecimentos.

**§ 2º** Não sendo atendido o prazo previsto no § 3º, deste artigo, caberá ao CMAS emitir parecer a respeito da inscrição, devendo o mesmo ser encaminhado à plenária para deliberação.

**§ 3º** No prazo máximo, de 60 (sessenta) dias, deverá ser realizada a visita técnica avaliativa, **ANEXO VI,** que subsidiará a elaboração de relatório sobre as condições para funcionamento, sendo observadas as normativas legais pertinentes.

**§ 5º** Após emissão do relatório da visita técnica, o CMAS apresentará o mesmo à plenária para deliberação.

**Art. 19.** No caso de indeferimento ou cancelamento da inscrição as entidades e organizações de Assistência Social podem, para defesa de seus direitos, recorrerem inicialmente ao próprio CMAS e, mantido o indeferimento, ao Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS, conforme dispõe o art.16, § 1º e 4º, da Resolução CNAS nº 16/10;

**§ 1º** O prazo para apresentação de recurso ao CMAS, será de 30 (trinta) dias, contados da formalização do recebimento da decisão final, atendendo ao disposto no art. 16, § 6º, da Resolução CNAS nº 16/10.

**§ 2º** No prazo de 30 (trinta) dias, o CMAS deverá manifestar-se sobre a tempestividade, a materialidade e a legalidade do recurso.

**Art. 20.** Em atenção ao princípio constitucional da publicidade, as deliberações do CMAS, que disporem sobre concessão, indeferimento e cancelamento de inscrição, bem como suspensão e cancelamento de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, serão publicadas no Diário Oficial do Município.

**Parágrafo único.** Nos casos de indeferimento ou de cancelamento de inscrição as entidades ou as organizações de Assistência Social interessadas, deverão ser comunicadas da respectiva decisão, via ofício com protocolo.

**CAPÍTULO VIII**

**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

**Art. 21.** Os casos omissos serão resolvidos pelo CMAS, em sessão plenária.

**Art. 22.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CMAS nº 08/2016 e a Resolução CMAS nº 011/2018 e demais disposições em contrário.

Gaspar 09 de julho de 2020.

**JULIUANA MENEZES LAPA**

Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar/SC

**ANEXOS**

[**ANEXO I – A:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/REQUERIMENTO_DE_INSCRICAO_IA.doc)Requerimento de Inscrição de entidades e ou organizações de Assistência Social, bem como de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, **estabelecidas no município de Gaspar/SC.**

[**ANEXO I – B:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/REQUERIMENTO_DE_INSCRICAO_IB.doc)Requerimento de Inscrição de entidades e organizações de Assistência Social **que atuam em mais de um Município.**

[**ANEXO I – C:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/REQUERIMENTO_DE_INSCRICAO_IC.doc) Requerimento de Inscrição de entidades e organizações sem fins lucrativos que **não tenham atuação preponderante na área da Política de Assistência Social**, mas desenvolvam ações socioassistenciais, deverão inscrever.

**ANEXO I – D:** Requerimento de **Renovação de Inscrição** de entidades e organizações de Assistência Social

[**ANEXO II:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/Plano_de_Acao.doc)Plano de Ação Anual.

[**ANEXO III:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/RelatoriodeAtividades.doc)Relatório de Atividades.

[**ANEXO IV:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/COMPROVANTE_DE_INSCRICAO.doc)Comprovante de Inscrição.

[**ANEXO V - A:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/PROTOCOLO_DE_INSCRICAO_E_COMPROVANTE.doc)Protocolo de Inscrição Comprovante.

[**ANEXO V - B:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/PROTOCOLO_DE_INSCRICAO_E_COMPROVANTE.doc)Protocolo de Renovação de Inscrição – Comprovante

[**ANEXO VI:**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/RELATORIO_DE_VISITA_TECNICA.doc)Relatório de Visita Técnica.

[**ANEXO VII**](http://files.comunidades.net/cmdcagaspar/COMPROVANTE_CANCELAMENTO_DE_INSCRICAO_NO_CONSELHO.doc)**:** Comprovante de Cancelamento de Inscrição.

**ANEXO I - A**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

(Requerimento de Inscrição de entidades e ou organizações de Assistência Social, bem como de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, estabelecidas no município de Gaspar/SC).

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar/SC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a entidade abaixo qualificada por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho.

**A - Dados da Entidade:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atividade Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**B - Dados do Representante Legal:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data nasc.\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Escolaridade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período do Mandato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Termos em que, Pede deferimento.

Local, de de 20\_\_\_

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

Assinatura do representante legal da entidade

**ANEXO I – B**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

(Requerimento de Inscrição de entidades e organizações de Assistência Social que atuam em mais de um Município)

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar/SC, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a entidade abaixo qualificada, **com atuação em mais de um município**, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais abaixo descritos.

**A - Dados da Entidade:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A entidade está inscrita no Conselho Municipal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sob o número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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

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

Relação de todos os estabelecimentos da entidade (CNPJ e endereço completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B - Dados do Representante Legal:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data nasc.\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Escolaridade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período do Mandato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

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

Termos em que, Pede deferimento.

Local,\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura do representante legal da entidade

**ANEXO I - C**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

(Requerimento de Inscrição de entidades e organizações sem fins lucrativos que não tenham atuação preponderante na área da Política de Assistência Social, mas desenvolvam ações socioassistenciais, deverão inscrever)

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar/SC, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.

**A - Dados da Entidade:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atividade Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**B - Dados do Representante Legal:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data nasc.\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Escolaridade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período do Mandato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

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

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

Termos em que,

Pede deferimento.

Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura do representante legal da entidade

**ANEXO I - D**

**REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

Requerimento de renovação de Inscrição de entidades e ou organizações de Assistência Social, bem como de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais).

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar/SC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a entidade abaixo qualificada por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho.

**A - Dados da Entidade:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atividade Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**B - Dados do Representante Legal:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data nasc.\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Escolaridade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período do Mandato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Termos em que, Pede deferimento.

Local, de de 20\_\_\_

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

Assinatura do representante legal da entidade

**ANEXO II**

**PLANO DE AÇÃO**

O Plano de Ação se refere às ações futuras

1. **Identificação da entidade ou organização de Assistência Social:**

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

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

1. **Histórico da entidade ou organização de Assistência Social:**

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

1. **Finalidades estatutárias:**

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

1. **Objetivos.**

**4.1. Objetivo Geral:**

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

**4.2**. **Objetivos Específicos:**

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

1. **Origem dos recursos da Entidade/Organização**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos**  | **Valores** |
| Doações de Associados: |  |
| Promoções próprias:  |  |
| Doações externas: |  |
| Contribuições de Associados: |  |
| **5.1. Subvenção Social** | **Valores** |
| Repasse da União: |  |
| Repasse Estadual: |  |
| Repasse Municipal: |  |
| Outros? Quais: |  |

OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. **Infraestrutura**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição**  | **Quantidade** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial, informando respectivamente:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do serviço, programa, projeto ou benefício | Público-alvo | Capaci-dade de Atendi-mento | Recursos financeiros a serem utilizados | Recursos Humanos envolvidos | Abran-gência Territorial | Atividades a seremDesenvolvidas |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Breve descrição do projeto (Metodologia):**

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

**Impacto social esperado com esse serviço/projeto:**

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

**OBS:**

Total de atendimentos de todos os serviços/programas/projetos ou benefícios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor total a ser investido pela Entidade: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Demonstração da forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do serviço, programa, projeto ou benefício | Participação do usuário na elaboração do plano | Participação do usuário na execução do plano  | Participação do usuário naavaliação do plano | Participação do usuáriono monitoramento do plano  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Nome e Assinatura do representante Legal

**ANEXO III**

**RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES**

O Relatório de Atividades do ano anterior que evidenciem o cumprimento do Plano de Ação

1. **Finalidades estatutárias:**

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

1. **Objetivos.**

**2.1. Objetivo Geral:**

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

**2.2**. **Objetivos Específicos:**

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

1. **Origem dos recursos da Entidade/Organização**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos**  | **Valores** |
| Doações de Associados: |  |
| Promoções próprias:  |  |
| Doações externas: |  |
| Contribuições de Associados: |  |
| **3.1. Subvenção Social** | **Valores** |
| Repasse da União: |  |
| Repasse Estadual: |  |
| Repasse Municipal: |  |
| Outros? Quais: |  |

OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. **Infraestrutura**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição**  | **Quantidade** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial, executado respectivamente:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do serviço, programa, projeto ou benefício | Público-alvo | Capacidade de Atendimento | Recursos financeiros utilizados | Recursos Humanos envolvidos | Abran-gência Territorial | Atividades Desenvolvi-das |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**OBS:**

Total de atendimentos realizados efetivamente de todos os serviços/programas/projetos ou benefícios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor total investido pela Entidade: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Demonstração da forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do serviço, programa, projeto ou benefício | Participação do usuário na elaboração do plano | Participação do usuário na execução do plano  | Participação do usuário naavaliação do plano | Participação do usuáriono monitoramento do plano  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Justificativa (quando não executado totalmente o Plano de Ação, conforme planejado):**

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

 Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 Nome e Assinatura do representante Legal

**ANEXO IV**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO ( ) RENOVAÇÃO ( ) NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS DE GASPAR**

Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar/SC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**INSCRIÇÃO Nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A entidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NA Rua:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_ - Bairro: - CEP:\_\_\_\_\_\_\_, 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 desenvolvam mais de uma unidade/estabelecimento no mesmo município):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A presente inscrição é por tempo indeterminado mediante apresentação e deliberação em plenária do Plano de Ação e Relatório Anual de Atividades.

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

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

Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social

**ANEXO V – A**

**PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO - COMPROVANTE**

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Protocolo nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentos conforme Resolução CMAS nº 08/2020.

( ) I – Requerimento, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social;

( ) II – Comprovante de inscrição no CMAS de sua sede ou de onde desenvolve suas atividades principais, se for o caso;

( ) III – Cópia do Estatuto Social registrado no cartório competente, comprovando que os objetivos institucionais estão em conformidade com a Lei nº 8.742/93, o Decreto nº 6.308/07 e Resolução CNAS nº 109/09;

( ) IV – Cópia da ata de eleição e posse da atual diretoria, registrada no cartório competente e, do documento comprobatório da representação legal, quando for o caso;

( ) V – Cópia do comprovante atualizado, em situação ativa, de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, apresentando como atividade econômica principal ou secundária a área socioassistencial;

( ) VI – Declaração assinada pelo responsável legal da entidade e/ou da organização de Assistência Social quando não constar no seu estatuto social previsão disposto da aplicação integral de suas rendas, recursos ou eventual resultado operacional, no território nacional e, na manutenção e desenvolvimento de sua finalidade institucional;

( ) VII – Disposição estatutária prevendo que, no caso de dissolução ou extinção, havendo patrimônio líquido, o mesmo seja destinado a outra (s) entidade (s) sem fins lucrativos e/ou econômicos ou que, por deliberação de seus associados seja indicada outra (s) instituição de fins idênticos ou semelhantes e, em se tratando de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP´s, deverá constar dispositivo prevendo a destinação a outra entidade qualificada como OSCIP, inscrita no CMAS;

( ) VIII – Plano de ação anual, conforme **Anexo II**, observado o disposto no art. 8º, inciso III, desta resolução;

( ) IX – Relatório de atividades assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social, conforme **Anexo III**, observando-se o disposto no art. 8º, inciso IV, desta Resolução.

( ) X – Cópia do balancete anual das atividades de caráter socioassistencial, referente ao exercício anterior a solicitação de inscrição, assinado por contador com registro no Conselho Regional de Contabilidade – CRC;

( ) XI – Cópia da Carteira de Identidade (RG), do Cadastro de Pessoa Física (CPF) e, do comprovante de residência dos dirigentes da entidade ou organização de Assistência Social;

( ) XII – Cópia da declaração de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, quando for o caso;

( ) XIII – Cópia do Alvará Sanitário e do Alvará de Localização e Permanência, dentro do prazo de validade, exceto para entidade ou organização de assistência social de assessoramento ou de defesa e garantia de direitos;

( ) XIV – Declaração da realização de ações socioassistenciais, de forma gratuita, continuada e planejada, sem qualquer discriminação, pelo representante legal da entidade ou organização de Assistência Social;

( ) XV - Quando da realização deste protocolo foi orientado e esclarecido pela Assessoria do CMAS, referente ao que estabelece a Resolução ..........

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

Nome Legível e assinatura (representante da entidade)

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

(Responsável pelo recebimento)

Assessoria CMAS

Carimbo e assinatura

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ANEXO V – B**

**PROTOCOLO DE RENOVAÇÃO DE INSCRIÇÃO - COMPROVANTE**

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Protocolo nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentos conforme Resolução CMAS nº 08/2020.

( ) I – Requerimento, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social;

( ) VIII – Plano de ação anual, conforme anexo II, observado o disposto no art. 8º, inciso III, desta resolução;

( ) IX – Relatório de atividades assinado pelo representante legal da entidade ou da organização de Assistência Social, conforme anexo III, observando-se o disposto no art. 8º, inciso IV, desta Resolução.

( ) V – Cópia do comprovante atualizado, em situação ativa, de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, apresentando como atividade econômica principal ou secundária a área socioassistencial;

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

Nome Legível e assinatura (representante da entidade)

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

(Responsável pelo recebimento)

Assessoria CMAS

Carimbo e assinatura

**ANEXO VI**

**RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA**

**1 – IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pela entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsáveis pelas informações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Início das atividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsáveis pela visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 – INTRODUÇÃO:** Breve histórico do objetivo da visita da Comissão de Entidades

**3 – OBJETIVO DA VISITA**

( ) Inscrição de Entidade e Organização de Assistência Social ( ) Inscrição de Serviços, Programas, Projetos e Benefícios Socioassistenciais

( ) Acompanhamento

**4 – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE**

( ) de atendimento

( ) de assessoramento

( ) de defesa e garantia de direitos

( ) entidade correlata a área preponderante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5 – CARACTERIZAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) (Conforme Resolução nº. 109/2009 do CNAS)**

**5.1 - Serviços de Proteção Social Básica**

( ) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - Paif;

( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;

( ) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas;

( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.2 – Proteção Social Especial Média Complexidade**

( ) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI;

( ) Serviço Especializado de Abordagem Social;

( ) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);

( ) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas

Famílias;

( ) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua;

( ) Outros. Qual?

**5.3 – Alta Complexidade**

( ) Serviço de Acolhimento Institucional;

( ) Serviço de Acolhimento em República;

( ) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;

( ) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências;

( ) Outros. Qual?

**6 – CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Publico Alvo** | **Capacidade de Atendimento** | **Números de Atendimentos** | **Faixa Etária** | **Demanda Reprimida** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**7 – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS USUÁRIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Renda Familiar Nº** | **Nº. de Famílias** |
| Menos de 01 Salário |  |  |
| De 01 a 02 Salários |  |  |
| Acima de 02 Salários |  |  |

**8 – ABRANGÊNCIA:** Referência territorializada da procedência dos usuários, que corresponde ao território de abrangência do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Identifique:

CRAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CREAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9 – ORIGEM DOS RECURSOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Procedência** | **Espécie** | **Fixos** | **Pontuais** |
| Doações de Associados |  |  |  |
| Promoções próprias |  |  |  |
| Doações externas |  |  |  |
| Contribuições de associados |  |  |  |
| Subvenção Social/Federal/Estadual/Municipal |  |  |  |
| Outros /especificar |  |  |  |

**10 – RECURSOS HUMANOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quant.** | **Cargo / função** | **Formação** | **Vínculo\*** | **Carga horária semanal** |
|  |  |  |  |  |

**\*** Forma de contratação/vínculo: (1) CLT (2) cedido (3) estatutário (4) voluntário (5) autônomo (6) estagiário.

**10.1 – De acordo com a NOB-SUAS RH?**

Totalmente ( ) Parcialmente ( ) Não ( )

Comentário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**10.2 – Possui profissional habilitado para atendimento à pessoa com deficiência:**

Sim ( ) Não ( )

Comentário:

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

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

**10.3 – Formas de participação do voluntariado:**

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

**11 – CAPACITAÇÃO/APERFEIÇOAMENTO DOS PROFISSIONAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Capacitação** | **Tema da Capacitação** | **Período da Realização** |
|  |  |  |

\*Tipo da Capacitação: (1) Cursos, (2) Encontros, (3) Oficinas, (4) Seminários, (5) Congressos, (6) Conferências, (7) Palestras, treinamentos (8), Reunião de equipe (9), Outros (10)

**11.1 – Se há interesse em participar de cursos de formação/capacitação:**

( ) Não ( ) Sim

Exemplos: ( ) Elaboração de Projetos ( ) Tipificação dos Serviços Socioassistenciais

( ) Política Nacional de Assistência Social ( ) Legislação específica de outras política públicas

( ) Gestão (administração, planejamento e orçamento) ( ) outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12 – PATRIMÔNIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patrimônio** | **Alugado** | **Próprio** | **Cedido** |
| **Imóvel** |  |  |  |
| **Veículos** |  |  |  |
| **Outros** |  |  |  |
| **Área Total** |  |  |  |
| **Área Construída** |  |  |  |

**14 - FORMA DE ACESSO DO USUÁRIO**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº de Famílias** | **Formas de Acesso – Assinalar e quantificar** |
|  | **Procura Espontânea** | **Procura Espontânea** | **Busca Ativa** | **Encaminhada de Outras Políticas** |
|  |  |  |  |  |

Descrever outras situações se houver:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**15 – ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC e DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA – BOLSA FAMÍLIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numero de Famílias** | **BPC** | **PBF** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**16 – ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Deficiência** | **Numero de Atendimentos** |
| Física |  |
| Auditiva |  |
| Visual |  |
| Intelectual |  |
| Mobilidade Reduzida\* |  |

\* Pessoa com Mobilidade Reduzida é a pessoa que não se enquadra no conceito de pessoa com deficiência, mas que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção. Enquadram-se ainda pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactentes e pessoas com criança de colo.

**17 – FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO:** Reuniões, Conselhos de Direitos e outros, eventos, redes socioassistenciais, serviços públicos locais de educação, saúde (em especial, programas e serviços de reabilitação), cultura, esporte e, meio-ambiente e outros conforme necessidades.

**18 – PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA ENTIDADE:** (especificar horários de funcionamento)

**19 – REFEIÇÕES:** Informar quantidade e horários de refeições oferecidas/dia.

**20 – RECURSOS DE DIVULGAÇÃO DA ENTIDADE:** Forma de divulgação da entidade.

**21 – DESLIGAMENTO:** Como ocorre o desligamento dos usuários.

**22 – DESCRIÇÕES DAS ATIVIDADES:** Esta descrição tem por objetivo demonstrar se, na prática, a entidade desenvolve atividades com o público da assistência social e de que forma está se dando o cumprimento dos objetivos e princípios da Política de Assistência Social, definidos pela Loas. Perceber, ainda, se os serviços ofertados estão de acordo com aqueles elencados na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais - Resolução CNAS nº. 109/2009, demonstrando a relação entre as atividades e o alcance da garantia de necessidades básicas do público atendido, bem como de sua promoção à cidadania. Tal descrição deverá apresentar tanto os aspectos positivos quanto os que falta aprimorar.

**23 – ATUAÇÃO POLÍTICA DA ENTIDADE**

**23.1 -** Participação da entidade nos espaços de discussão política como: Conferências Municipais, Estaduais e Nacional, Conselhos, Fóruns, espaços organizacionais comunitários, audiências públicas, outros.

**24 – INFORMAÇÕES QUALITATIVAS PRESTADAS PELA ENTIDADE**

24.1 – Dificuldades;

24.2 – Avanços;

24.3 - Impactos Sociais (resolutividade e efetividade dos serviços);

**24.4 -** Repercussão do trabalho desenvolvido junto à sociedade/comunidade.

**25 – ORGANIZAÇÃO TÉCNICO METODOLÓGICA DA ENTIDADE**

**25.1 -** Referenciamento da Entidade em relação às áreas de vulnerabilidade social (conhecimento da realidade em que atua)

**25.2 -** Articulação com o CRAS e o CREAS

**26 – CONSIDERAÇÕES:** Análise da equipe frente às pontuações do relatório.

**27 – RECOMENDAÇÕES:** Sugestões da equipe para qualificar a ação.

DATA:

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

Assinatura e número do registro no Conselho de Classe dos Profissionais que realizaram a visita

**Fonte:** Resolução CNAS nº. 16/2010, Resolução CNAS nº. 109/2009, Resolução CNAS nº. 191/2009, Orientações do CNAS para implementação da Resolução CNAS nº. 16/2010, Modelo de Relatório de M&A/ 2010 e Termo de Visita Técnica Institucional do Conselho Municipal de Assistência Social de Florianópolis/SC.

**ANEXO VII**

**COMPROVANTE DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO NO**

**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Conselho Municipal de Assistência Social de Gaspar no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. da Lei Complementar nº 62/2015, ao examinar o Parecer nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que trata do cancelamento da inscrição da entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

com sede no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita neste Conselho, sob número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desde \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, delibera pelo **cancelamento da inscrição** da referida entidade por essa não cumprir com as seguintes determinações legais:

a)

b)

A decisão será encaminhada para publicação no Diário Oficial dos Municípios

Conforme Resolução CMAS nº 08 **/**2020.

Gaspar, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social**