



Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS São Francisco do Sul - SC

Lei nº 0817/09 – Decreto de Regulamentação nº 038/97 de 23.05.97
Rua: Coronel Oliveira, 274, Centro – CEP: 89.240-000
Fone: (047) 3444-5577

1

RESOLUÇÃO Nº 009, de 17 de Abril de 2015.

*Dispõe sobre a **ALTERAÇÃO** da Resolução Nº 001 de 12 de fevereiro de 2015 que dispõem sobre os novos procedimentos municipais para a inscrição das Entidades e Organizações de Assistência Social, bem como dos Serviços, Programas, Projetos e Benefícios Socioassistenciais no Conselho Municipal de Assistência Social- CMAS- de São Francisco do Sul e dá outras providências:*

O Conselho Municipal da Assistência Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais que lhe são conferidas pela Lei Municipal 817/09;

Considerando: a explanação da Coordenação de Apoio à Gestão do SUAS da SDSC, que sugere a padronização dos formulários;

Considerando: a provação desta Resolução, em Plenária Ordinária do CMAS, conforme consta na Ata nº 005/2015 da reunião do CMAS, de 17 Abril de 2015;

RESOLVE: SUBSTITUIR, o anexo IV – do Plano de Ação Anual e Anexo V Relatório das Atividades publicado em Resolução Nº 001 de 12 de fevereiro de 2015 pelos formulários abaixo, ficando inalterado os demais conteúdos.

Art. 23 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Francisco do Sul, 17 de Abril de 2015

Carlos Eduardo Freitas do Rosário

Presidente do CMAS

Decreto nº 2.101, de 30 de julho de 2014.

Resolução Nº002, de 10 de Fevereiro de 2015.



Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS São Francisco do Sul - SC

Lei nº 0817/09 – Decreto de Regulamentação nº 038/97 de 23.05.97
Rua: Coronel Oliveira, 274, Centro – CEP: 89.240-000
Fone: (047) 3444-5577

2

ANEXO IV

PLANO DE AÇÃO ANUAL

1. IDENTIFICAÇÃO UNIDADE EXECUTORA

Unidade Executora/Razão Social			C.N.P.J.		
Endereço			(DDD) Telefone/Fax		
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade:					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo	E-mail do responsável		
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	

2. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS E/OU INSTITUCIONAIS

(preencher conforme estatuto): Descrever sobre as finalidades estatutárias e/ou institucionais da Unidade e como esta vem historicamente executando-as.

3. OBJETIVO GERAL

Descrever sobre o objetivo geral da Unidade.

3.1 Objetivos Específicos

Elencar os objetivos específicos da Unidade.

4. METAS



Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS São Francisco do Sul - SC

Lei nº 0817/09 – Decreto de Regulamentação nº 038/97 de 23.05.97

Rua: Coronel Oliveira, 274, Centro – CEP: 89.240-000

Fone: (047) 3444-5577

3

Definir as metas a serem alcançadas pela Unidade, visando o aprimoramento da execução dos serviços, programas, projetos e benefícios.

5. ORIGEM DOS RECURSOS

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	50.000,00
Ex:Fundo Nacional de Assistência Social	40.000,00
TOTAL GERAL	90.000,00

6. INFRAESTRUTURA

6.1 Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE
Ex: Recepção	01
Sala de Atendimento individualizado	03

6.2 Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE
Ex: Computador com acesso a internet	02
Automóvel	01

6.3 Recursos Humanos

NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS
------	--------------	---------	-------

			SEMANAIS
João da Silva	Assistente Social	CLT	30

7 – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

7.1 – A entidade pertence a uma instituição que atua em âmbito:

☐ Nacional ☐ Estadual ☐ Municipal

7.2 - Categoria da entidade:

☐ Atendimento ☐ Assessoramento e Defesa e garantia de Direitos

7.3 - Atividade Preponderante da instituição

() Assistência Social () Saúde () Educação () Outras (quais)

8 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROJETOS, PROGRAMAS E BENEFÍCIOS

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

☐ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

- ☐ Crianças de 0 a 06 anos;
- ☐ Crianças e adolescentes de 06 a 15 anos;
- ☐ Adolescentes de 15 a 17 anos;
- ☐ Jovens e adultos de 18 à 59 anos;
- ☐ Idosos com idade igual ou superior a 60 anos em situação de vulnerabilidade social;
- ☐ Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

☐ Benefícios eventuais às famílias:

- ☐ Kit natalidade
- ☐ Auxílio funeral
- ☐ Cesta básica
- ☐ Auxílio documentação
- ☐ Calamidade Pública para o atendimento das vítimas de modo a garantir sobrevivência e reconstrução da autonomia destas.
- ☐ Outro.

Especifique: _____

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

☐ Serviço Especializado de Abordagem Social.

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

Famílias.

☐ **Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.**

☐ **Serviço de Acolhimento Institucional**

- ☐ Para crianças e adolescentes em casa- lar;
- ☐ Para crianças e adolescentes em abrigo institucional;
- ☐ Para adultos e famílias em Abrigo institucional em decorrência de situação de rua, desabrigo por abandono, pessoas em transito, migração e/ou ausência de residência;
- ☐ Para adultos e famílias em Casa de Passagem em decorrência de situação de rua, desabrigo por abandono, pessoas em transito, migração e/ou ausência de residência;
- ☐ Mulheres em situação de violência - Abrigo Institucional;
- ☐ Jovens e adultos com deficiência – Residência Inclusivas;
- ☐ Idosos – Casa lar;
- ☐ Idosos – Abrigo institucional (instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI).

☐ **Serviço de Acolhimento em República para jovens entre 18 e 21 anos após desligamento de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes ou em outra situação que demande este serviço.**

☐ **Serviço de Acolhimento em República para adultos em processo de saída das ruas.**

☐ **Serviço de Acolhimento em República para idosos**

☐ **Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para crianças e adolescentes.**

☐ **serviço de proteção à população atingida por situações de calamidades públicas e de emergências, com oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais.**

***Conforme Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS Nº109/2009)**

9. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS (obs: para cada serviço, programa, projeto ou benefício, deverá ser preenchido um quadro específico).

9.1 TIPOLOGIA

- ☐ **Proteção Social Básica**
- ☐ **Proteção Social Especial Média Complexidade**
- ☐ **Proteção Social Especial Alta Complexidade**
- ☐ **Assessoramento e Defesa e Garantia de Direitos**

9.1.1 Nome do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício

Descrever o nome oficial, conforme as normas legais.

9.1.2 Endereço do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício

Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

9.2 DESCRIÇÃO

Descrever no que consiste este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício que a Unidade presta

demonstrando como este trabalho tem vinculação com a Política de Assistência Social.			
9.3 PÚBLICO ALVO			
Descrever qual é o público-alvo atendido por este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc..			
9.4 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO			
Descrever a capacidade de atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.			
9.5 PREVISÃO DO NÚMERO DE INDIVÍDUOS/FAMÍLIAS ATENDIDOS			
Descrever o número de indivíduos/famílias que serão atendidas mensalmente, considerando a média dos últimos 06 meses.			
9.6. OBJETIVOS			
Descrever os objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.			
Situação que se deseja obter por meio da implementação do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício. Exemplo: reduzir taxa de analfabetismo de jovens e adultos.			
9.7 METAS			
Definir as metas a serem alcançadas pelo Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, considerando o resultado do Monitoramento e Avaliação.			
É um objetivo acompanhado das dimensões quantitativas e referências temporal e territorial. Número de atendimentos por mês esperado. Exemplo: atender 25 crianças por mês.			
9.8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES			
Nome da atividade	Descrição das Atividades	Periodicidade	Quantidade de atendidos (mensal)
	Elencar as atividades que serão realizadas para alcançar cada um dos objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.		

9.9 RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS

Descrever qual o montante de recursos financeiros que são utilizados para manutenção deste Serviço, Programa, projeto ou Benefício.

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	6.000,00
Ex: Fundo Nacional de Assistência Social	5.000,00
TOTAL GERAL	11.000,00

9.10 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Descrever quais os recursos humanos envolvidos no desenvolvimento deste Serviço, Programa, projeto ou Benefício.

NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS
Ex.: João da Silva	Assistente Social	CLT	10

9.11 ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Descrever qual é a abrangência territorial deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, de acordo com a territorialização do SUAS.

- () Todas as regiões
() Outras especificar:

9.12 ARTICULAÇÃO COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL E INTERSETORIAL

Descrever se este serviço realiza ações em conjunto com a rede socioassistencial e intersetorial.

9.13 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

Descrever como os usuários deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício participam na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, demonstrando as estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do Plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

9.14 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Descrever como este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício é monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual a periodicidade da elaboração de relatórios quantitativos, quem tem acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, se há monitoramento e avaliação de órgãos externos, quais os indicadores de monitoramento e avaliação.

9.15 DOCUMENTAÇÃO E INSTRUMENTOS DE REGISTRO PARA O ACOMPANHAMENTO E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO/AÇÃO JUNTO AOS USUÁRIOS

Assinalar quais os instrumentos que a instituição possui:

- () Ficha de cadastro dos usuários ;
- () Ficha de acompanhamento/evolução;
- () Relatórios.
- () Lista de presença/controle de frequência;
- () Instrumento para controle de entrega dos benefícios eventuais ;
- () Plano individual de atendimento personalizado ao usuário;
- () Plano de acompanhamento familiar
- () Cópia de documentação pessoal dos usuários;
- () Ficha de avaliação do serviço;
- () Ficha de encaminhamento para a rede de serviços;
- () Sistema de informação (informatizado)
- () **Outros documentos. Descrever quais:**

10. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da instituição, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

, / / Local e data	_____ Nome do Responsável Legal Nome da Unidade
----------------------------------	--



Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS São Francisco do Sul - SC

Lei nº 0817/09 – Decreto de Regulamentação nº 038/97 de 23.05.97
Rua: Coronel Oliveira, 274, Centro – CEP: 89.240-000
Fone: (047) 3444-5577

9

ANEXO V

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

LOGOMARCA DA ENTIDADE	Nº INSCRIÇÃO DO CMAS: nº/ ano
------------------------------	--------------------------------------

I – IDENTIFICAÇÃO (dados cadastrais):

ENTIDADE: Nome	CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
-----------------------	---

II – FINALIDADES ESTATUTÁRIAS: Preencher conforme estatuto

III – OBJETIVOS: O objetivo deve traduzir a finalidade da entidade, ou seja, o que se pretende obter com a sua realização.

IV – ORIGEM DO RECURSO: Convênio, Contrato ou ajuste (municipal, estadual, federal) e ou privado

V – INFRAESTRUTURA: Detalhamento do espaço físico

VI – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROJETOS, PROGRAMAS E BENEFÍCIOS:

1 – SERVIÇO, PROJETO, PROGRAMAS E BENEFÍCIOS:

Indicar o título do serviço, programa, projeto ou benefício.

2 – PÚBLICO ALVO:

Especificar o público a ser beneficiado, o tipo de vulnerabilidade que a população apresenta.

3 –CAPACIDADE DE ATENDIMENTO:

Número de pessoas beneficiadas

4 – RECURSOS FINANCEIROS UTILIZADOS:

Privado ou público (municipal, estadual, federal)

5 – RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS:

Quantidade, especialidade e vínculo.



Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS São Francisco do Sul - SC

Lei nº 0817/09 – Decreto de Regulamentação nº 038/97 de 23.05.97

Rua: Coronel Oliveira, 274, Centro – CEP: 89.240-000

Fone: (047) 3444-5577

10

7 – DEMONSTRAÇÃO DA FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E OU ESTRATÉGIAS QUE SERÃO UTILIZADAS EM TODAS AS ETAPAS DO PLANO:

Elaboração, execução (periodicidade), avaliação e monitoramento.

RESPONSÁVEL PELA DESCRIÇÃO: Preencher

NOME/CPF: Preencher

FUNÇÃO: Preencher

Assinatura do Responsável Legal

____/____/____
Data