



REQUERIMENTO

() INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

() RENOVAÇÃO DA INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Senhor(a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS

Cidade/UF:

A Entidade Social, denominada _____

_____ ,

representada por _____

representante legal da Instituição, portador(a) do CPF nº

_____, vem **REQUERER INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO**

junto ao Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, com base na Lei nº

8.742, de 7 de dezembro de 1993.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário Responsável

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

I – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE EXECUTORA:

01 – Nome da Entidade:		
02 – Endereço da Entidade:		
– Bairro:		
– Município:	– UF:	– CEP:
– DDD – Telefone:	– FAX:	– E-MAIL:
03 – Data de fundação:	04 – CNPJ (caso exista específico da executora):	
05 – Informar se teve outra denominação e/ou sede anterior:		

II – INFORMAÇÕES DO DIRIGENTE DA ENTIDADE:

01 – Nome completo do dirigente da Entidade:		
02 – Endereço residencial:		
03- Bairro:		04 – Cidade:
05 – UF:	06 – CEP:	07 – Telefone:
08 – N.º do RG:	09- Órgão expedidor	09 – N.º CPF:

III – FINALIDADE DA ENTIDADE EXECUTORA:

01- MISSÃO:

02 – Identificar a atividade principal: (assinalar com “x” apenas uma opção).

() Assistência Social

() Educação

() Saúde

() Cultura

() Pesquisa

() Assessoramento

() Religiosa:

() outros:

IV – OBJETIVO DA ENTIDADE EXECUTORA:

GERAL:

V – INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DA ENTIDADE

03 – Ata de posse da atual diretoria:

Registro em Cartório

Livro:.....Folha:.....Data:...../...../.....

04 – Período de mandato da atual diretoria:

de ____/____/____ até ____/____/____

VI – INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS DOCUMENTOS:

– UTILIDADE PÚBLICA:

- () Municipal : Decreto N^o:.....de/...../.....
() Estadual: Decreto N^o:.....de/...../.....
() Federal: Decreto N^o:.....de/...../.....
() Nenhum

– ALVARÁ:

- () Sanitário – N^o:..... Data de validade:...../...../.....
() Localização – N^o:..... Data de validade:...../...../.....
() Funcionamento - N^o:..... Data de validade:...../...../.....

– REGIMENTO INTERNO:

- () SIM () NÃO

– PLANEJAMENTO DAS AÇÕES:

- () Plano de Trabalho ou Plano de Ação () Anual () Permanente
() Inexistente

* apresentar em anexo cópia do último Planejamento.

VII – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTIDADE EXECUTORA:

Nome	Função	RG	CPF

VIII – RELAÇÃO COM O CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

– A ENTIDADE JÁ ESTEVE INSCRITA NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

- () SIM- REGISTRO N^o:...../...../.....
() NÃO – Por quê ?.....

IX – ATENDIMENTO AO PÚBLICO:

– PÚBLICO ATENDIDO (especificar quantidade):
() Feminino: () adultas (acima de 25 anos) () jovens (18 – 24 anos)
() adolescentes (12-17anos) () crianças (0 – 11 anos)
() Masculino: () adultos (acima de 25 anos) () jovens (18 – 24 anos)
() adolescentes (12-17anos) () crianças (0 – 11 anos)

- PERIODICIDADE DO ATENDIMENTO:
() atendimento eventual () atendimento continuado () atendimento por tempo limitado

- FORMA DE ATENDIMENTO
() Individual () Grupo

- ENFOQUE DO ATENDIMENTO
() Multidisciplinar () SIM () NÃO
Especificar áreas: _____

– FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO:

- Dias de funcionamento:
() ininterrupto (24 horas)
() 5 dias da semana (segunda-feira a sexta-feira)
() outro:.....

- Horário de funcionamento:
() horário integral (24 horas)
() horário parcial: qual?.....
() 8 horas/dia das..... .. às intervalo: dasàs.....
() outro:.....

- DADOS SOBRE O ATENDIMENTO:
Capacidade de atendimento: _____

Usuários(as) cadastrados(as): _____

Média de freqüência: _____

- PROCEDÊNCIA DO PÚBLICO ATENDIDO:
() Município () Região () Nacional

-DEMANDA REPRIMIDA:

Situação da Demanda Local:

- () atendida totalmente
- () não atendida totalmente

Há demanda reprimida: Quanto?.....

- DADOS SOBRE O PÚBLICO ATENDIDO:

- (.....) Crianças e Adolescentes
- (.....) Idosos
- (.....) Pessoas com Deficiência
- (.....) Famílias
- (.....) outros:.....

X – COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO

- NÍVEL DE PROTEÇÃO:

- Proteção Social Básica
- Proteção Social Especial

- MODALIDADE DE ATENDIMENTO:

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

- Centro de Convivência
- Atendimento Infantil Complementar
- Infante Juvenil
- Apoio Sócio Familiar
- Apoio Sócio Educativo
- Educação Profissional
- Inclusão Produtiva (geração de trabalho e renda)
- Outro. Qual? _____

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

- Abrigo
- Habilitação e Reabilitação
- Atenção a vítimas de violência
- Medidas sócio educativas
- Centro Dia
- Atenção a pessoas em situação de rua
- Outro. Qual? _____

- DEFESA DE DIREITOS

- CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO:

- Domicílio/área geográfica
- Renda familiar e per capita
- Idade
- Nº membros/família
- Existência PPD/Idoso/Doente crônico
- Avaliação Diagnóstica
- Grau risco pessoal e social
- Violação de direitos, etc
- Famílias chefiadas por mulheres
- Outros

- PROCESSO DE DESLIGAMENTO DO USUÁRIO DO SERVIÇO PRESTADO PELA ENTIDADE:

- Adota critérios de desligamento do usuário no programa/projeto

() Sim () Não

Se

sim,

quais:

- PROCEDIMENTOS QUANTO AO REGISTRO DO ATENDIMENTO REALIZADO:

Documentação utilizada:

() Cadastro eletrônico

() Ficha de Atendimento/Cadastro

() Ficha de Acompanhamento/intercorrências

() Outros (especificar) _____

XI – ACOMPANHAMENTO:

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

Quais: _____

-Recebeu visitas dos órgãos abaixo:

() Gerência de Monitoramento e Avaliação / Secretaria Municipal de Assistência Social

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

() outro Qual _____

Foram sugeridas adequações: () sim () não Quais: _____

XII – SOCIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO:

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

- () Sim
- () Parcialmente. Quais?.....
- () Não, Por quê ?

XIII - METODOLOGIA DE ATENDIMENTO DA ENTIDADE:

- As ações desenvolvidas tem caráter preventivo e formativo:

- () SIM
- () NÃO Explique: _____

_ Prioriza o enfoque intersetorial e ou articulação da rede na execução das ações:

- () SIM
- () NÃO Explique: _____

Considerações:

Para a garantia de atendimento integral ao segmento populacional beneficiado, o atendimento deve ser complementar e não concorrente de outros serviços de atendimento já disponíveis quando houver. A formação de parcerias pode facilitar tal complementaridade.

- Apresenta capacidade de promover ações que possibilitem a remoção de condicionantes que determinam ou reforçam o problema:

() SIM () NÃO Explique _____

- Implementa ações que expressam o respeito e contribua na promoção da cidadania do público atendido:

() SIM () NÃO Explique _____

- O programa desenvolvido está em consonância com a Política de Assistência Social:

() SIM () NÃO Explique _____

- A entidade se propõe a efetuar as mudanças/ adequações propostas para atender as urgências e necessidades apontadas pela demanda:

() SIM () NÃO Explique _____

XIV – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O propósito da avaliação na entidade é determinar o mérito de sua missão, finalidade e objetivos. A avaliação auxilia na decisão sobre a implementação ou não de outros projetos e/ou atividades e eventos (treinamento de capacitação de pessoal, mudança de procedimentos no atendimento aos usuários, etc.) Ela contribui para o melhor funcionamento da entidade e trazendo como consequência a melhoria da condição de vida do público atendido.

- A Entidade realiza avaliação do trabalho com a equipe operacional:
() Sim () Não

Em caso afirmativo, com que frequência
() semanal () mensal () trimestral () anual () Outros

- Utiliza algum instrumental para registro:

() Sim () Não

Se sim, qual _____

- A Entidade realiza avaliação do trabalho com o usuário:
() Bianual () Semestral () Anual () Outro:
Qual.....

A Entidade introduziu ações inovadoras nos últimos 12 meses:

() Sim () Não

Em caso afirmativo, quais ?.....

- A Entidade promove eventos e espaços para a participação das pessoas atendidas e respectivas famílias:

() Sim () Não

- Em caso afirmativo, com que frequência

() semanal () mensal () trimestral () anual () Outros

- Nível de participação:

() Ótima () Bom () Regular

XV – FINANCIAMENTO:

- Receita bruta auferida pela entidade nos balanços contábeis dos últimos três anos:

Ano I (_____)

Ano II (_____)

Ano III (_____)

Considerações:

Conforme identificado pela auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU, tal informação vai permitir que o CNAS possa identificar o porte da entidade beneficente de assistência social.

- Percentual de recursos aplicados na execução da Política de Assistência Social:

() Não aplica () até 10% () até 50% () mais de 50%

- Possui benefícios provenientes de:

() Isenção da cota patronal

() Contrapartida financeira de benefício de Idoso e pessoa portadora de deficiência que recebe o Benefício de Prestação Continuada - BPC (ou seja, o benefício recebido é repassado no seu total ou em parte para a entidade).

() Isenção de imposto de importação.

() Isenção do IPVA

() Outros: Qual.....

- Possui convênio com:

() Gestor Federal () com contrapartida

() Gestor Estadual () com contrapartida

() Gestor Municipal () com contrapartida

() Órgãos internacionais() com contrapartida

() Outros (especificar) _____

() com contrapartida

- Se há convênio, os recursos já foram recebidos de acordo com o cronograma de repasse?

() Sim

() Não

() Parcialmente

- Os recursos recebidos são aplicados de acordo com os objetivos previstos no convênio?

() Sim

() Não

- Especificar o impacto social da aplicação dos recursos recebidos por meio de convênios

QUADRO DE RECURSOS FINANCEIROS

FONTE	VALOR	PERCENTUAL	PERIODICIDADE
FEDERAL			
ESTADUAL			
MUNICIPAL			
DOAÇÃO PESSOA FÍSICA			
DOAÇÃO PESSOA JURÍDICA			
*** DOAÇÃO ORGANISMO INTERNACIONAL			
TOTAL			

- Especificar doações recebida em espécie:

- () vestuário
- () alimento
- () equipamento de infra-estrutura
- () material de consumo
- () medicamento
- () recursos financeiros
- () Outros _____

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

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

Obs.: _____

- Outro apoio da esfera governamental e não governamental

Benefício	Municipal	Estadual	Outros
Água			
Luz			
Aluguel			
Gêneros Alimentícios			
Material Didático			
Cedência de RH			

XVI – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

-QUADRO DE FUNCIONÁRIOS:

- nº. de funcionários: _____ Escolaridade _____
- nº. de voluntários: _____ Escolaridade/Regularidade _____
- nº de funcionários cedidos por órgãos públicos: _____

Considerações:

Este item pretende responder à pergunta: até que ponto a entidade dispõe em seu quadro de recursos humanos bem qualificados para desenvolver sua atividade fim e responder aos seus desafios. O referido exame não está ligado diretamente à avaliação de currículos, mas sobretudo às habilidades específicas exigidas para o desenvolvimento dos objetivos da entidade para o atendimento ao público alvo da Assistência Social.

- Recursos Humanos disponíveis ao atendimento:

Total de funcionários: _____

- Quantidade de funcionários, conforme função:

RH Técnico: _____ RH apoio: _____

- Vínculo de Trabalho dos RH:

RH próprios: _____ RH cedidos: _____ RH Voluntários

- Quanto à quantidade:

RH Técnico: () suficiente () insuficiente

RH Apoio: () suficiente () insuficiente

- Quanto à Formação/Escolaridade:

RH Técnico: () Adequado () inadequado

RH Apoio: () Adequado () inadequado

- Percentual de funcionários e voluntários com formação na área social compatível com a especificidade do atendimento

() de 0 a 5% () 6% a 10% () 11% a 20%

() 21% a 50% () 51% a 100%

- Quanto à formação e capacitação:

Participam em cursos

- diretores

- técnicos () Sim () Não

- administrativos () Sim () Não

- apoio* () Sim () Não

- voluntários () Sim () Não

Se afirmativo, com que frequência:

() mensal () semestral () anual

() Outros _____

* Compreende pessoal de apoio aqueles que ocupam as funções de serviços gerais; cozinha, vigilância, etc.

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

Data: ____/____/____ Cargo/Função: _____

Nome/Assinatura: _____

Anexo 1
DADOS DA ENTIDADE MANTENEDORA

I – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE MANTENEDORA:

01 – Nome da Entidade:		
02 – Endereço da Entidade:		
– Bairro:		
– Município:	– UF:	– CEP:
– DDD – Telefone:	– FAX:	– E-MAIL:
03 – Data de fundação:	04 - CNPJ:	
05 – Informar se teve outra denominação e/ou sede anterior:		
14- Natureza Jurídica: <input type="checkbox"/> Fundação <input type="checkbox"/> Associação <input type="checkbox"/> Sociedade Civil <input type="checkbox"/> Outros:.....		

II –FINALIDADE ESTATUTÁRIA DA ENTIDADE MANTENEDORA:

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

--

02 – Identificar a atividade principal: (assinalar com “x” apenas uma opção).

Assistência Social

Educação

Saúde

Cultura

Pesquisa

Assessoramento

Religiosa:

outros:

III – OBJETIVO DA ENTIDADE MANTENEDORA:

GERAL:

IV – INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DA ENTIDADE

02 – Dados do estatuto:

Registro em Cartório

Livro:.....Folha:.....Data:...../...../.....

03 – Ata de posse da atual diretoria:

Registro em Cartório

Livro:.....Folha:.....Data:...../...../.....

04 – Período de mandato da atual diretoria:

de ____/____/____ até ____/____/____

05 – “A Entidade aplica integralmente suas rendas, recursos e eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento dos objetivos institucionais no território nacional.”

SIM – encontra-se no art.

NÃO consta esta redação no estatuto da entidade.

06 – “Não percebam seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes remuneração, vantagens ou benefícios direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos.”

() SIM – consta no art. () NÃO consta esta no estatuto da entidade.

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

() SIM – consta no art. () NÃO consta esta no estatuto da entidade.

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

() SIM – consta no art. () NÃO consta esta no estatuto da entidade.

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

V – INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS DOCUMENTOS:

– UTILIDADE PÚBLICA:

- () Municipal : Decreto N^o:.....de/...../.....
() Estadual: Decreto N^o:.....de/...../.....
() Federal: Decreto N^o:.....de/...../.....
() Nenhum

– ALVARÁ:

- () Sanitário – N^o:..... Data de validade:...../...../.....
() Localização – N^o:..... Data de validade:...../...../.....
() Funcionamento - N^o:..... Data de validade:...../...../.....

– REGIMENTO INTERNO:

- () SIM () NÃO

– PLANEJAMENTO DAS AÇÕES:

- () Plano de Trabalho ou Plano de Ação () Anual () Permanente
() Inexistente

* apresentar em anexo cópia do último Planejamento.

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA:

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

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

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

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

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

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

Observação:

Caso o espaço acima não seja suficiente, solicitamos apresentar relação, em separado, contendo as mesmas informações do quadro acima.

LISTA DE DOCUMENTOS A SEREM PROTOCOLADOS PARA PEDIDO DE REGISTRO

Confira na lista, abaixo, os documentos essenciais para a formalização de processo.

01 - REQUERIMENTO/QUESTIONÁRIO

- [• Requerimento e formulário fornecido pelo CMAS, preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade, que deverá rubricar todas as folhas.

02 – ESTATUTO

- [• cópia autenticada do estatuto registrado no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, nos termos da lei, com identificação do mesmo Cartório em todas as folhas e transcrição dos dados do registro no próprio documento ou em certidão

03 - INSCRIÇÃO EM OUTROS CONSELHOS ASSISTÊNCIA SOCIAL

- [• comprovante de inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social do município de **sua mantenedora**, se houver, ou no Conselho Estadual de Assistência Social.

04 - DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

- [• declaração de que a entidade está em pleno e regular funcionamento, assinada pelo representante legal.

05 - RELATÓRIO DE ATIVIDADES

- [• relatório de atividades do ultimo exercício, assinado pelo representante legal da entidade.

06 - ATA DE ELEIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA

- [• cópia da ata de eleição dos membros da atual diretoria, devidamente registrada no cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

07 - CNPJ (O ANTIGO CGC)

- [] • cópia atualizada do documento de inscrição no CNPJ (antigo CGC) do Ministério da Fazenda.
Observação: na ausência, APENAS, deste documento, não será objeto de devolução, uma vez que o mesmo poderá ser obtido via Internet.

08 - PLANO DE TRABALHO

- () . Último Plano de Trabalho em vigência

Em se tratando de Fundação, além dos documentos acima relacionados, observar também:

09 - ESCRITURA PÚBLICA DA CRIAÇÃO DA FUNDAÇÃO

- [] • cópia autenticada da escritura pública da entidade, registrada no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

10 – APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

- comprovante de aprovação dos estatutos, bem como de suas respectivas alterações, se houver, pelo Ministério Público

11 – DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

- Conforme modelo em anexo;

12 – CERTIFICADO DE REGULARIDADE DO FGTS - CRF

- cópia atualizada do documento do FGTS da Caixa Econômica Federal.

13 – CERTIDÃO LIBERATÓRIA

- Cópia atualiza do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

14 – CERTIDÃO NEGATIVA INSS

- Cópia atualiza do Ministério da Fazenda.

15 – ATA DE FUNDAÇÃO DA ENTIDADE

- cópia da ata de eleição dos membros da atual diretoria, devidamente registrada no cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

MODELO
DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que a(nome da entidade), com sede(endereço) na cidade de(nome do Município), Estado(UF), inscrita no CNPJ (antigo CGC) n.º, está em pleno e regular funcionamento, desde(data de fundação)....., cumprindo suas finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria atual, com mandato de/...../..... a/...../....., 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, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que a entidade acima identificada 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 está vinculada.

....., de de

.....
(assinatura do Presidente da Entidade)
(qualificação de quem assina)

Observação:

A exigência deste documento encontra-se prevista no inciso IV do artigo 4º da Resolução nº 31, de 24/02/99, alterado pela Resolução CNAS nº 01, de 04/01/2001.