

**PROTOCOLO Nº /CMDCA**

**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE**

I – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE EXECUTORA

|  |
| --- |
| 01) Nome da Entidade: |
|  |
| 02) Endereço da Entidade (rua, avenida... número, complemento): |
|  |
| 03) Bairro/vila/Jardim: | 04) Município: | 05) UF |
|  |  |  |
| 06) CEP | 07) Endereço Eletrônico (e-mail) |
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
| 08) DDD – Telefone: | 09) FAX: | 10) Site/Página na internet |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11) Data de fundação: | 12) CNPJ (caso exista específico da executora): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13) Informar se teve outra denominação e/ou sede anterior:  |
|  |

II – INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE

|  |
| --- |
| 14) Nome completo do presidente da Entidade: |
|  |
| 15) Endereço residencial: |
|  |
| 16) CEP | 17) Cidade | 18) UF |
|   |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
| 19) Telefone | 20) Celular | 21) e-mail: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22) Registro Geral e órgão expedidor | 23) Cadastro de Pessoa Física |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

III – OBJETIVO DA ENTIDADE EXECUTORA

|  |
| --- |
| 24) OBJETIVO GERAL: |
| 25) Identificar a atividade principal: (assinalar com “x” apenas uma opção). |
| ( ) Assistência Social | ( ) Educação | ( ) Saúde |
| ( ) Cultura  | ( ) Pesquisa | ( ) Assessoramento |
| ( ) Religiosa:  | ( ) outros:  |

IV – INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DA ENTIDADE

|  |  |
| --- | --- |
| 26) Ata de posse da atual diretoria | 27) Período de mandato da atual diretoria: |
| Registro em Cartório  | Inicio | Final |
| Livro: | Folha | Data |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

V – INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS DOCUMENTOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 28) UTILIDADE PÚBLICA |  | Tipo e número do documento | Vigência |
| Municipal | Lei/Decreto |  |  |  |  |
| Estadual | Lei/Decreto |  |  |  |  |
| Federal | Lei/Decreto |  |  |  |  |
| Nenhuma |  |  |  |  |
| 29) ALVARÁ DE LICENÇA |
| Tipo |  | Área | Tipo e número de documento | Data de validade |
| Sanitário |  | Saúde |  |  |  |  |
| Localização |  | Fazenda |  |  |  |  |
| Funcionamento |  | Educação |  |  |  |  |
| Outro |  |  |  |  |  |  |
| 30) REGIMENTO INTERNO  | 31) PLANEJAMENTO DAS AÇÕES |
| SIM |  | NÃO |  | (\*) Plano de Trabalho ou Plano de Ação |
| Anual ( )  | Permanente ( ) | Inexistente ( ) |
| \* apresentar em anexo cópia do último Planejamento. |

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTIDADE EXECUTORA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Função | RG/CPF |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

VII – RELAÇÃO COM O CMDCA

|  |
| --- |
| 33) A Entidade já esteve registrada no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente?  |
| SIM. ( 1 ) | REGISTRO Nº. De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | NÃO ( 2 ) | Por quê? |

VIII – ATENDIMENTO AO PÚBLICO

|  |
| --- |
| 34) Público atendido (especificar quantidade) |
| Feminino | Criança | 00 a 05 anos |  | 06 a 12 anos |  |
| Adolescente/jovem | 13 a 17 anos |  | 18 a 24 anos |  |
| Masculino | Criança | 00 a 05 anos |  | 06 a 12 anos |  |
| Adolescente/jovem | 13 a 17 anos |  | 18 a 24 anos |  |
| 35) PERIODICIDADE DO ATENDIMENTO |
| 1 |  | Eventual | 2 |  | Continuado | 3 |  | Por tempo limitado |
| 36) FORMA DE ATENDIMENTO | 1 |  | Individual | 2 |  | Grupo |
| 37) Enfoque do atendimento | Multidisciplinar | 1 – Sim |  | 2- Não |  |
| Especificar áreas (disciplinas); |
| 38) FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO |
| DIAS | HORÁRIO |
| Ininterrupto (24 horas) | 1 |  | Integral (24 horas) | 4 |  |
| 5 dias da semana (2ª a 6ª feira) | 2 |  | Horário parcial. Qual? | 5 |  |
| Outro. Citar: | 3 |  | 8 horas/dia. Das \_\_\_\_h\_\_\_\_ às \_\_\_\_h\_\_\_\_ Intervalo das \_\_\_\_h\_\_\_\_ min às \_\_\_\_\_\_h\_\_\_\_ min. | 6 |  |
|  | Outro. Citar: | 7 |  |
| 39) DADOS SOBRE O ATENDIMENTO |
| Capacidade de atendimento |  | Usuários (as) cadastrados (as) |  | Média de freqüência |  |
| 40) PROCEDÊNCIA DO PÚBLICO ATENDIDO | 1 - Município ( ) |  2 - Região ( ) | 3 - Nacional ( ) |
| 41) DEMANDA REPRIMIDA: |
| Situação da Demanda Local:  | 1 – Atendida totalmente ( ) | 2 – Não atendida totalmente ( ) |
| Há demanda reprimida (fila de espera). Quanto? |
| 42) DADOS SOBRE O PÚBLICO ATENDIDO (em número): |
| Crianças |  |  |  |  | Adolescentes |  |  |  |  | Jovens |  |  |  |  | Famílias |  |  |  |  |

IX – COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO

|  |
| --- |
| 43) NÍVEL DE PROTEÇÃO  |
| Proteção Social Básica  | 1 |  | Proteção Social Especial  | 2 |  |
| 44) MODALIDADE DE ATENDIMENTO |
| **Proteção social básica (1)** | **Proteção social especial (2)** |
| Centro de Convivência |  | 1.1 | Acolhimento Institucional  |  | 2.1 |
| Atendimento Infantil  |  | 1.2 | Habilitação e Reabilitação |  | 2.2 |
| Infanto Juvenil |  | 1.3 | Atenção à vitima de violência |  | 2.3 |
| Apoio Sócio Familiar |  | 1.4 | Medidas sócio educativas |  | 2.4 |
| Apoio Sócio Educativo |  | 1.5 | Centro Dia |  | 2.5 |
| Educação Profissional |  | 1.6 | Atenção a pessoas em situação de rua |  | 2.6 |
| Inclusão Produtiva ( geração trabalho e renda) |  | 1.7 | Outro. Qual? |  | 2.7 |
| Outro. Qual? |  | 1.8 | **DEFESA DE DIREITOS (3)** |  | 3.1 |
| 1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO
 |
| A |  | Domicílio/área geográfica | F |  | Avaliação Diagnóstica  |
| B |  | Renda familiar e per capita | G |  | Grau risco pessoal e social |
| C |  | Idade | H |  | Violação de direitos, etc. |
| D |  | Nº. membros/família | I |  | Famílias chefiadas por mulheres |
| E |  | Existência PPD/Idoso/Doente crônico | J |  | Outros |
| 46) PROCESSO DE DESLIGAMENTO DO USUÁRIO DO SERVIÇO PRESTADO PELA ENTIDADE: |
| A Entidade adota critérios de desligamento do usuário no programa/projeto ( ) 1 - Sim ( ) 2 - Não |
| Se sim, quais:  |
| 47) PROCEDIMENTOS QUANTO AO REGISTRO DO ATENDIMENTO REALIZADO |
| Documentação utilizada: |
|  | 1 | Cadastro eletrônico | 3 |  | Ficha de Acompanhamento/intercorrências |
|  | 2 | Ficha de Atendimento/Cadastro | 4 |  | Outros (especificar) |

X – ACOMPANHAMENTO

|  |
| --- |
| 48) A Entidade participa de reuniões da rede sócio-assistencial? Quais: |
| 49) A Entidade participou da última Conferência do CMDCA? 1 - Sim ( ) 2 - Não ( ) |
| 50) 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 51) Foram sugeridas adequações: 1 – Sim ( ) Quais: 2 – Não ( ) |

XI – SOCIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

|  |
| --- |
| 52) 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.? |
| 1 |  | SIM. |
| 1.1 |  | Parcialmente. Quais? |
| 2 |  | Não, Por quê?  |

XII - METODOLOGIA DE ATENDIMENTO DA ENTIDADE

|  |
| --- |
| 53) As ações desenvolvidas têm caráter preventivo e formativo: |
| 1 |  | SIM | 2 |  | Não | Explique: |
|  |
| 54) Prioriza o enfoque intersetorial e/ou articulação da rede na execução das ações: |
| 1 |  | SIM | 2 |  | Não | Explique: |
|  |
| 55) Atendimento na área de esporte, lazer e cultura: |
| Atividades recreativas (jogos, campeonatos brincadeiras). |  | Atividades esportivas (jogos campeonatos, treinos), |  |
| Atividades artísticas ( pintura, música, dança, coral, teatro etc) |  | Atividades de lazer (TV, rádio, viagens, passeios e |  |
| Artesanato |  |  |  |
| 56) Como se dá o atendimento na área religiosa? |
| 57) Descreva as atividades desenvolvidas diariamente com as crianças e adolescentes: |
| 58) Como é realizado o trabalho com a família? |

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.

|  |
| --- |
| 59) Apresenta capacidade de promover ações que possibilitem a remoção de condicionantes que determinam ou reforçam o problema: |
| 1 |  | SIM | 2 |  | Não | Explique: |
|  |
| 60) Implementa ações que expressam o respeito e contribua na promoção da cidadania do público atendido: |
| 1 |  | SIM | 2 |  | Não | Explique: |
|  |
| 61) O programa desenvolvido está em consonância com a Política de Assistência Social: |
| 1 |  | SIM | 2 |  | Não | Explique: |
|  |
| 62) A entidade se propõe a efetuar as mudanças/ adequações propostas para atender as urgências e necessidades apontadas pela demanda: |
| 1 |  | SIM | 2 |  | Não | Explique: |
|  |

XIII – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

0 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 trazendo como conseqüência a melhoria da condição de vida do público atendido.

|  |
| --- |
| 63) A Entidade realiza avaliação do trabalho com a equipe operacional: 1 – Sim ( ) 2 – Não ( )Em caso afirmativo, com que freqüência? ( ) semanal ( ) mensal ( ) trimestral ( ) anual ( ) Outros |
| 64) Utiliza algum instrumental para registro: 1 - Sim ( ) 2 – Não ( ). Se sim, qual? |
| 65) A Entidade realiza avaliação do trabalho com o usuário: ( ) Bianual ( ) Semestral ( ) Anual ( ) Outro. Qual? |
| 66) A Entidade introduziu ações inovadoras nos últimos 12 meses: 1 - Sim ( ) 2 – Não ( ). Em caso afirmativo, quais? |
| 67) A Entidade promove eventos e espaços para a participação das pessoas atendidas e respectivas famílias: 1 - Sim ( ) Em caso afirmativo, com que freqüência?( ) semanal ( ) mensal ( ) trimestral ( ) anual ( ) Outros. Nível de participação: ( ) Ótima ( ) Bom ( ) Regular2 – Não ( ). |

XIV - FINANCIAMENTO

|  |
| --- |
| 68) 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 CMDCA possa identificar o porte da entidade beneficente de assistência social.

|  |
| --- |
| 69) Percentual de recursos aplicados na execução da Política de Assistência Social: |
| Até 10% | 1 |  | Até 50% | 2 |  | Mais de 50% |  | 3 | Não se aplica | 4 |  |
| 70) Possui benefícios provenientes de: |
| Isenção da cota patronal | 1 |  | Contrapartida financeira de benefício de 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). | 4 |  |
| Isenção de imposto de importação | 2 |  |
| Isenção do IPVA | 3 |  | Outros: Especifique: | 5 |  |
| 71) Possui convênio com |  |  |  |
| Conveniente (assinale com X) | Contrapartida  | SIM | NÃO |
| 1  | Gestor Federal |  | Com contrapartida  |  |  |
| 2 | Gestor Estadual |  | Com contrapartida |  |  |
| 3 | Gestor Municipal |  | Com contrapartida |  |  |
| 4 | Órgãos internacionais |  | Com contrapartida |  |  |
| 5 | Outros (especificar): |  | Com contrapartida |  |  |
| 72) Se há convênio, os recursos são recebidos de acordo com o cronograma de repasse?Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) |
| 73) Os recursos recebidos são aplicados de acordo com os objetivos previstos no convênio?Sim ( ) Não ( ) |
| 74) Especificar o impacto social da aplicação dos recursos recebidos por meio de convênios: |
| 75) Quadro de Recursos Financeiros |
| FONTE | VALOR | % | PERIODICIDADE |
| FEDERAL |  |  |  |
| ESTADUAL |  |  |  |
| MUNICIPAL |  |  |  |
| DOAÇÃO PESSOA FÍSICA |  |  |  |
| DOAÇÃO PESSOA JURÍDICA |  |  |  |
| DOAÇÃO INTERNACIONAL  |  |  |  |
| TOTAL |  |
| 76) Especificar doação recebida em espécie: |
| 1 | Vestuário: |
| 2 | Alimento: |
| 3 | Equipamento de infra-estrutura:  |
| 4 | Material de consumo:  |
| 5 | Medicamento: |
| 6 | Recursos financeiros: |
| 7 | Outros  |
| 77) Como a entidade tem aplicado suas receitas advindas das isenções de impostos, doações e de eventual resultado operacional? |
|  | 1 | Melhoria de infra‑estrutura física e operacional |  | 4 | Aumento do número de beneficiários atendidos |
|  | 2 | Capacitação e contratação de novos funcionários |  | 5 | Melhoria na qualidade de atendimento dos beneficiários |
|  | 3 | N/A (não se aplica) |  | 6 | Outro |
| Observação: |
| 1. Outro apoio da esfera governamental e não governamental
 |
| órgãoapoio | Municipal | Estadual | Outros | órgãoapoio | Municipal | Estadual | Outro |
| Água |  |  |  | Alimentação |  |  |  |
| Luz |  |  |  | Material Didático |  |  |  |
| Aluguel |  |  |  | Cessão de RH |  |  |  |

XV – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

|  |
| --- |
| 79) Quadro de Funcionários: |
| Nº. funcionários |  | Escolaridade |
| Voluntários |  | Escolaridade/Regularidade |
| 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. 0 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.

|  |
| --- |
| 80) Recursos Humanos disponíveis ao atendimento: |
| A) Total de funcionários:  |
| Quantidade de funcionários, conforme função: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| C) RH Técnico: | RH apoio:  |
| D) Vínculo de Trabalho:  |
| Próprios |  | Voluntários |  | Cedidos |  |
| 81) Quanto à quantidade:RH Técnico: ( ) suficiente | ( ) insuficiente |
| RH Apoio: ( ) suficiente | ( ) insuficiente |
| 82) Quanto à Formação/Escolaridade:RH Técnico: ( ) adequado | ( ) inadequado |
| RH Apoio: ( ) adequado | ( ) inadequado |
| 83) 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% |
| 84) Quanto à formação e capacitação:  |
| Participam em cursos: | SIM | NÃO | Participam em cursos: | SIM | NÃO |
| 1. Diretores  |  |  | 4. Voluntários  |  |  |
| 2. Técnicos  |  |  | 5. Apoio (1)  |  |  |
| 3. Administrativos  |  |  |  |  |  |
| Se afirmativo que freqüência: ( ) mensal ( ) semestral ( ) anual ( )Outros(1) Compreende pessoal de apoio àqueles que ocupam as funções de serviços gerais; cozinha, vigilância, etc. |

XVI – INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE NA ENTIDADE

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ( ) almoxarifado
 | 1. ( ) alojamento (nº. quartos)
 |
| 1. ( ) ambulatório médico
 | 1. ( ) ambulatório odontológico
 |
| 1. ( ) área coberta
 | 1. ( ) auditório (capacidade)
 |
| 1. ( ) campo de futebol
 | 1. ( ) copa
 |
| 1. ( ) cozinha
 | 1. ( ) dispensa
 |
| 1. ( ) enfermaria
 | 1. ( ) escritório/secretaria
 |
| 1. ( ) horta (m²)
 | 1. ( ) instalações sanitárias
 |
| 1. ( ) jardim (m²)
 | 1. ( ) lactário
 |
| 1. ( ) lavanderia
 | 1. ( ) oficina - quantidade /especificar o tipo de atividade:
 |
| 1. ( ) play-grund
 | 1. ( ) pomar
 |
| 1. ( ) quadra esportiva
 | 1. ( ) rouparia
 |
| 1. ( ) salas de aula – número
 | 1. ( ) salas de aula /assentos
 |
| 1. ( ) veículo – quantidade
 | 1. ( ) garagem
 |
| 1. ( ) sala p/ professores
 | 1. ( ) biblioteca
 |
| 1. ( ) brinquedoteca
 | 1. ( ) sala de vídeo
 |
| ( ) outros (especifique):  |

IMPORTANTE: EM SE TRATANDO DE *ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL* RESPONDER AO ANEXO II.

|  |
| --- |
| Declaro que as informações constantes neste documento são expressões da verdade. |
| Data do preenchimento | **Nome do Titular e/ou responsável:** |
|  |  |  |  |
| **Assinatura:** |

|  |
| --- |
| IMPORTANTE: Antes de entregar no CMDCA, para protocolo, verifique se TODAS as folhas estão rubricadas pelo titular e/ou responsável. |