

**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 ( ) Regular  2 – 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| órgão  apoio | | | | | | Municipal | | | Estadual | | | | | Outros | | | | | | órgão  apoio | | | | 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. |