ANEXO ÚNICO DA RETIFICAÇÃO DA RESOLUÇÃO CMAS Nº 20/2026

REPUBLICAÇÃO POR INCORREÇÕES

RESOLUÇÃO CMAS Nº 20 , DE 21 DE MAIO DE 2026.

Define os parâmetros municipais para a inscrição de Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no Conselho Municipal de Assistência Social de Indaiatuba/SP – CMAS.

O **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE INDAIATUBA/SP – CMAS**, em Reunião Extraordinária realizada no dia 21 de maio de 2026, conforme Ata nº 468, no uso das competências que lhe confere o art. 18 da Lei Municipal nº 8.348, de 19 de setembro de 2025;

Considerando a Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência;

Considerando a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, alterada pela Lei nº 12.435 de 06 de julho de 2011, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, e em especial o art. 1º, que dispõe sobre o caráter não contributivo e a gratuidade da Assistência Social, o art. 3º, que dispõe sobre o conceito de entidades de Assistência Social e art. 9º, que trata do funcionamento das entidades ou Organizações de Assistência Social;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, com redação atualizada pela Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente;

Considerando a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros,

entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, alterada pela Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015;

Considerando a Portaria MDS nº 113, de 10 de dezembro de 2015, que regulamenta o cofinanciamento federal do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e a transferência de recursos na modalidade fundo a fundo e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 5.085, de 19 de maio de 2004, que define as ações continuadas de assistência social;

Considerando a Política Nacional de Assistência Social - PNAS, aprovada pela Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004, que dispõe sobre as diretrizes e princípios para a implantação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS;

Considerando o Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, que regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências;

Considerando a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS, aprovada pela Resolução CNAS nº 269, de 13 de dezembro de 2006;

Considerando o Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007, que dispõe sobre os benefícios eventuais de que trata o art. 22 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

Considerando 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 nº 8.742, de 7 dezembro de 1993, e dá outras providências;

Considerando a Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e suas atualizações;

Considerando a Resolução CNAS nº 39, de 9 de dezembro de 2010, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde;

Considerando a Resolução CNAS nº 33, de 28 de novembro de 2011, que define a Promoção da Integração ao Mercado de Trabalho no campo da Assistência Social e estabelece seus requisitos;

Considerando a Resolução CNAS nº 34, de 28 de novembro de 2011, que define a Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência e a Promoção de sua Integração à Vida Comunitária no campo da Assistência Social e estabelece seus requisitos;

Considerando a Resolução CNAS nº 18, de 24 de maio de 2012, que institui o Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho – ACESSUAS-TRABALHO, alterada pela Resolução CNAS nº 27/2014;

Considerando a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social - NOB/SUAS, aprovada pela Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012;

Considerando a Resolução CNAS nº 1, de 21 de fevereiro de 2013, que dispõe sobre o reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pactua os critérios de partilha do cofinanciamento federal, metas de atendimento do público prioritário e, dá outras providências;

Considerando a Resolução CNAS nº 6, de 13 de março de 2013, que aprova a expansão qualificada de Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas, revogada pela Resolução CNAS/MC nº 81, de 11 de outubro de 2022, alterada pela Resolução CNAS/MDS nº 94, de 13 de fevereiro de 2023;

Considerando a Resolução CNAS nº 4, de 11 de fevereiro de 2014, que institui o Programa Nacional de Aprimoramento da Rede Socioassistencial Privada do SUAS – Aprimora Rede e aprova os critérios e procedimentos para incentivar a qualificação dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais ofertados pelas entidades privadas no âmbito do SUAS;

Considerando a Resolução CNAS nº 13, de 13 de maio de 2014, que inclui na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, a faixa etária de 18 a 59 anos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;

Considerando a Resolução CNAS nº 14, de 15 de maio de 2014, que define parâmetros nacionais para a inscrição das entidades ou Organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos de Assistência Social, alterada pela Resolução CNAS/MDS nº 95, de 13 de fevereiro de 2023;

Considerando a "Orientação Técnica Conjunta MDS/CNAS", de agosto de 2014, que realiza comentários a Resolução CNAS nº 14, de 15 de maio de 2014;

Considerando a Deliberação CONSEAS/SP nº 26, de 9 de setembro de 2014, que define parâmetros estaduais para a inscrição das entidades ou Organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos Municipais de Assistência Social;

Considerando a Resolução CNAS/MDS nº 182, de 13 de fevereiro de 2025, que caracteriza, estabelece diretrizes, parâmetros e critérios para serviços, programas e projetos de assessoramento, defesa e garantia de direitos, ofertados de forma isolada ou cumulativa, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, por entidades e organizações da sociedade civil de assistência social;

Considerando a Nota Técnica nº 10 do MDS, de 28 de agosto de 2018, que orienta as entidades e/ou organizações da sociedade civil - OSC e os gestores do Sistema Único de Assistencial sobre ações de assessoramento e defesa e garantia de direito - Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS nº 27/2011;

Considerando as novas demandas (no tocante a procedimentos relativos a inscrição de entidades ou Organizações de Assistência Social, serviços, projetos, programas e benefícios socioassistenciais) trazidas pela Rede Socioassistencial;

Considerando que os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais prestados por entidades e Organizações de Assistência Social deverão estar em consonância com o conjunto normativo da Política de Assistência Social em vigor;

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer os parâmetros municipais para a inscrição das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no Conselho Municipal de Assistência Social de Indaiatuba/SP – CMAS.

Art. 2º As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social podem ser isolada ou cumulativamente:

I - De atendimento: aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de proteção social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidades ou risco social e pessoal, nos termos das normas vigentes;

II - De assessoramento: aquelas 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 das normas vigentes;

III - De defesa e garantia de direitos: aquelas 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 e articulação com órgãos públicos de defesa de direitos, dirigidos ao público da Política de Assistência Social, nos termos das normas vigentes.

Art. 3º As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social no ato da inscrição demonstrarão:

I - Ser pessoa jurídica de direito privado, devidamente constituída;

II - Demonstrar em seu Estatuto Social que aplica suas rendas, seus recursos e eventual resultado integralmente no território nacional, na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

III - Elaborar Plano de Ação (Anexo IV) anual, contendo:

a) finalidades estatutárias;

b) objetivos;

c) origem dos recursos;

d) infraestrutura;

e) identificação de cada serviços, programas, projetos, e benefícios socioassistenciais, informando respectivamente:

e.1) público alvo;

e.2). capacidade de atendimento;

e.3) recursos financeiros a serem utilizados;

e.4) recursos humanos envolvidos;

e.5) abrangência territorial;

e.6) demonstração da forma de como a entidade ou organização de Assistência Social fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do seu plano: elaboração, execução, monitoramento e avaliação.

f) Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos deverá fazer constar em seu Plano de Ação: local de execução, atividades, objetivos, público alvo, resultados/impactos esperados, bem como os critérios de acompanhamento, avaliação, prestação de contas, participação dos usuários, e, esclarecimento se essa oferta é efetuada de maneira direta ou por intermédio de algum tipo de parceria.

IV - Ter expresso em seu Relatório de Atividades (Anexo V):

a) finalidades estatutárias;

b) objetivos;

c) origem dos recursos;

d) infraestrutura;

e) identificação de cada serviços, programas, projetos, e benefícios socioassistenciais, informando respectivamente:

e.1) público alvo;

e.2). capacidade de atendimento;

e.3) recursos financeiros a serem utilizados;

e.4) recursos humanos envolvidos;

e.5) abrangência territorial;

e.6) demonstração da forma como a entidade ou organização de Assistência Social fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do seu plano: elaboração, execução, monitoramento e avaliação.

f) Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos deverá fazer constar em seu relatório de Atividades: local de execução, atividades, objetivos, público alvo, resultados/impactos esperados, bem como os critérios de acompanhamento, avaliação, prestação de contas, participação dos usuários, e esclarecimento se essa oferta é efetuada de maneira direta ou por intermédio de algum tipo de parceria.

§ 1º Para fins de inscrição é vedado ao CMAS fazer a análise das Demonstrações Contábeis.

§ 2º Para fins de inscrição é vedado ao CMAS exigir a alteração estatutária das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social.

Art. 4º Compete ao CMAS a fiscalização das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social.

§1º Entende-se por fiscalização aquela aplicada às Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social e ao conjunto das ofertas dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais inscritos.

§ 2º Se a Organização da Sociedade Civil de Assistência Social que atua no atendimento e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos, e que não ofertar serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no Município de sua sede, a inscrição da Organização deverá ser feita no Conselho de Assistência Social do Município onde desenvolva o maior número de atividades.

§ 3º A Organização da Sociedade Civil de Assistência Social que atua no atendimento e/ou assessoramento e/ou defesa e garantia de direitos deve inscrever suas ofertas de

serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais em todos os Municípios onde realiza sua ação.

§ 4º Aplica-se o disposto no § 1º aos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais inscritos nos Conselhos de Assistência Social.

Art. 5º A inscrição das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social e/ou dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no CMAS é a autorização de funcionamento no âmbito da Política Municipal de Assistência Social.

Parágrafo Único. A oferta de atendimento, assessoramento e defesa e garantia de direitos deverão estar em conformidade com as normativas nacionais.

Art. 6º Os critérios para a inscrição Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais são, cumulativamente:

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 a universalidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;
IV. Garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da efetividade na execução de seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

Art. 7º Em caso de interrupção ou encerramento de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, a Organização da Sociedade Civil de Assistência Social deverá comunicar ao CMAS, apresentando a motivação, as alternativas e as perspectivas para atendimento do usuário, bem como o prazo para a retomada dos serviços.

§1º O prazo de interrupção dos serviços não poderá ultrapassar seis meses, sob pena de cancelamento da inscrição da Organização da Sociedade Civil de Assistência Social e/ou dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, observado o disposto no § 2º deste artigo.

§ 2º Cabe ao CMAS acompanhar, discutir e encaminhar as alternativas para a retomada dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais interrompidos ou encerrados.

Art. 8º As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social deverão apresentar os seguintes documentos para obtenção da inscrição:

I. Requerimento, conforme Anexo I;
II. Cópia do Estatuto Social (atos constitutivos) registrado em Cartório;
III. Cópia da Ata de Eleição e posse da atual diretoria, registrada em Cartório;
IV. Plano de Ação, conforme Anexo IV;
V. Cópia do Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ.

Art. 9º As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social que atuam em mais de um município deverão inscrever os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos CMAS, apresentando os seguintes documentos:

I. Requerimento, conforme o modelo Anexo I;
II. Plano de Ação conforme Anexo IV;
III. Comprovante de inscrição no Conselho de sua sede ou onde desenvolva o maior número de atividades, nos termos do Parágrafo Único do Art. 5º e do Art. 6º desta Resolução.

Art. 10. As entidades ou organizações sem fins lucrativos que não tenham atuação preponderante na área da Assistência Social, mas que também atuam nessa área, deverão inscrever seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, além de demonstrar que cumprem os critérios do Art. 5º e do Art. 6º desta Resolução, mediante apresentação de:

I. Requerimento, na forma do modelo Anexo I;
II. Cópia do Estatuto Social (atos constitutivos) registrado em Cartório;
III. Cópia da Ata de Eleição e posse da atual diretoria, registrada em Cartório;
IV. Plano de Ação, conforme Anexo IV.

Art. 11. Compete ao Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS:

I. Receber e analisar a documentação respectiva aos pedidos de inscrição, que se constituem nas seguintes etapas:
   a. Requerimento da inscrição;
   b. Análise documental;
   c. Visita técnica, quando necessária, para subsidiar a análise do processo;
   d. Elaboração do parecer da Comissão;
   e. Pauta, discussão e deliberação sobre os processos em Reunião Plenária;
   f. Publicação da decisão Plenária;
   g. Emissão do comprovante;
   h. Notificação à Organização da Sociedade Civil de Assistência Social por Ofício;
   i. Envio de documentação ao Órgão Gestor para inserção dos dados no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social – CNEAS, conforme Art. 19, Inciso XI, da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

II. No caso de indeferimento do requerimento de inscrição, a Organização da Sociedade Civil de Assistência Social deverá ser comunicada oficialmente, contendo todas as devidas justificativas de indeferimento;

III. Recomendável ao CMAS realizar todas as etapas de análise do processo de inscrição, para o deferimento ou indeferimento da solicitação da Organização da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, o qual deverá ser manifestado por Resolução;

IV. A execução do previsto neste artigo obedecerá à ordem cronológica do requerimento de inscrição.

Art. 12. O CMAS deverá planejar o acompanhamento e a fiscalização das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais inscritos, com os respectivos critérios.

Art. 13. Após inscritas, são responsabilidades das Organizações da Sociedade Civil:

I - Encaminhar ao CMAS Relatório de Atividades Quadrimestral (Modelo Anexo V), conforme abaixo:

a. Referente ao desenvolvimento de ações nos meses de Janeiro, Fevereiro, Março e Abril até 20 de Maio;
b. Referente ao desenvolvimento de ações nos meses de Maio, Junho, Julho, Agosto até 20 de Setembro;
c. Referente ao desenvolvimento de ações nos meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro até 20 de Janeiro;

II - Encaminhar ao CMAS até 30 de Abril o Plano de Ação (Modelo Anexo IV) referente ao ano vigente.

III - Encaminhar ao CMAS até 30 de Abril o Relatório de Atividades Anual (Modelo V) referente ao desenvolvimento de ações do ano anterior.

IV - Receber visitas técnicas do CMAS, ao menos 1 vez ao ano ou sempre que solicitado, a fim de comprovar o desenvolvimento dos serviços, programas, projetos e benefícios inscritos no CMAS.

V - Encaminhar representante da OSC para concorrer à vaga de conselheiro da sociedade civil nos processos eleitorais.

VI - Comparecer a reuniões sempre que convocada.

Parágrafo Único. Caso haja a inclusão de um novo serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial ao longo do ano, um novo Plano de Ação deve ser encaminhado para apreciação do CMAS, em conjunto com a solicitação de inclusão das novas atividades dentre as inscritas no Conselho.

Art. 14. São de responsabilidade do CMAS quanto ao recebimento de documentos, após a inscrição das OSCs:

I - Fornecer anualmente Comprovante de Inscrição no CMAS (modelo anexo II), após o recebimento e aprovação dos documentos constantes no item I do Art. 13 (Relatório de Atividades Quadrimestral);

II - Fornecer Declaração de Prestação de Contas Anual (modelo anexo III) após o recebimento e aprovação dos documentos constantes nos itens II e III do Art. 13 (Plano de Ação e Relatório de Atividades Anual)

III - Encaminhar ofícios às Organizações da Sociedade Civil e/ou ao órgão gestor de Assistência social sempre que identificadas irregularidades ou necessidades de adequação, identificadas a partir de visita técnica ou análise documental.

Art. 15. O CMAS receberá do órgão Gestor de Assistência Social cópia das documentações comprobatórias do estabelecimento de parcerias entre as Organizações da Sociedade Civil e o Poder Público para a execução de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social que recebam financiamento proveniente do Fundo Municipal de Assistência Social.

I - O órgão Gestor de Assistência Social deverá encaminhar cópia do Plano de Ação aprovado entre as partes em até 30 dias corridos após o estabelecimento do contrato.

II - O Plano de Ação deve conter informações quanto à vigência do contrato, metas de atendimento e valores estabelecidos, bem como os objetivos e justificativa da parceria.

Parágrafo Único: A referida documentação deve ser encaminhada sempre que houver renovação do contrato.

Art. 16. A inscrição das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais é por prazo indeterminado.

§ 1º A inscrição poderá ser cancelada a qualquer tempo, em caso de descumprimento dos requisitos, garantido o direito à ampla defesa e ao contraditório.

§ 2º Em caso de cancelamento da inscrição, o CMAS deverá encaminhar, no prazo de cinco dias úteis, cópia do ato cancelatório ao Órgão Gestor, para providências cabíveis junto ao Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social - CNEAS a que se refere a alínea “i”, do inciso I, do Art. 11 desta Resolução e demais providências.

§ 3º Da decisão que indeferir ou cancelar a inscrição a Organização poderá recorrer.

§ 4º A instância recursal dos atos do CMAS deverá ser o Conselho Estadual de Assistência Social de São Paulo – CONSEAS/SP.

§ 5º O prazo recursal será de 30 (trinta) dias, contados a partir do dia seguinte ao da ciência da decisão.

§ 6º As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social inscritas deverão comunicar o encerramento de suas atividades, serviços, programa, projetos e benefícios socioassistenciais ao CMAS, no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 17. O CMAS padronizará e utilizará, única e exclusivamente, o termo INSCRIÇÃO para os fins desta Resolução.

Art. 18. O CMAS deverá estabelecer numeração única e sequencial para a emissão da inscrição, independentemente da mudança do ano.

Art. 19. Revoga-se a Resolução CMAS nº 10/2020, de 28 de agosto de 2020, publicada na Imprensa Oficial do Município de 8 de setembro de 2020, e revoga-se a Resolução CMAS nº 08/2021, de 25 de junho de 2021, publicada na Imprensa Oficial do Município de 30 de junho de 2021.

Art. 20. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Indaiatuba, 21 de maio de 2026.

gov.br Documento assinado digitalmente
ROMULO DA SILVA OLIVEIRA
Data: 05/08/2026 14:40:49-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Romulo da Silva Oliveira
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social

ANEXO I
Requerimento de Inscrição

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Indaiatuba,

A Organização, abaixo qualificada por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição nesse Conselho:

( ) Desta Organização da Sociedade Civil de Assistência Social e seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais

( ) De seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais da área de Assistência Social

A. Dados da Organização:

Nome da Organização:
CNPJ:
Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário:
Data de inscrição no CNPJ:
Endereço:
Bairro:
Município/UF:
CEP:
Telefone e e-mail:
Atividade Principal:

B. Abrangência de Atuação

Quanto à execução de ações:

( ) A Organização é preponderante de Assistência Social, realizando todos os seus serviços, programas, projetos e benefícios vinculados a esta Política Pública.

( ) A Organização não é preponderante de Assistência Social, realizando também ações vinculadas a outras Políticas Públicas.

Quanto ao local de atuação:

( ) A Organização atua exclusivamente no município de Indaiatuba.

( ) A Organização atua em outros municípios, estando inscrita no Conselho Municipal de _____, sob o número _____, desde ____/_____/_____.

C. Execução de Serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais

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

Relação de todos os estabelecimentos da Organização (CNPJ e endereço completo):

D. Inscrições em outros Conselhos

CMDCA:
CMDI:
Outros (especificar):

E. Dados do Representante Legal:

Nome:
Endereço:
Bairro:
Município/UF:
CEP:
Telefone/Celular e e-mail:
RG:
CPF:
Data Nascimento:
Escolaridade:
Período do Mandato:

F. Informações adicionais:

Termos em que pede deferimento.

Local ____/_____/_____

Assinatura do representante legal da Organização

ANEXO II

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE INDAIATUBA - CMAS

Inscrição nº. _____

A Organização da Sociedade Civil, **(Nome da OSC)**, CNPJ _____, com sede em (Cidade/Estado), à Rua _____, nº _____ – Bairro _____, possui inscrição neste Conselho sob número _____ desde _____.

A Organização da Sociedade Civil é:

( ) Preponderante de Assistência Social, estando a mesma inscrita neste Conselho

( ) Preponderante de Assistência Social, com sede em outro município

( ) Preponderante de outra política pública, com atuação também na Assistência Social

Possui os seguintes serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais inscritos neste Conselho:

Proteção Social Básica

- Especificar todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais

Proteção Social Especial

- **Média Complexidade**
  - Especificar todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais
- **Alta Complexidade**
  - Especificar todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais

Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos

- Especificar todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais

A presente inscrição é por prazo indeterminado.

Indaiatuba, _____ de _____ de _____

_____
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE INDAIATUBA - CMAS

A Organização da Sociedade Civil, _____ , CNPJ nº _____ , tem sede em _____/___, à Rua _____ , nº ____ - Bairro _____ - CEP _____, com Inscrição sob nº _____, conforme Comprovante de Inscrição elaborado nos moldes do Anexo _____ , da Resolução CMAS nº 20/2026, desde _____.

A Organização da Sociedade Civil executa os seguintes serviços, programas, projetos e benefícios:

Proteção Social Básica
- Serviço:
  - Local de execução:

Proteção Social Especial
- **Média Complexidade**
  - Serviço:
    - Local de execução:
- **Alta Complexidade**
  - Serviço:
    - Local de execução:

Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos
- Serviço:
  - Local de execução:

A documentação da Organização foi entregue conforme estabelece o Artigo 13, da Resolução CMAS nº 20/2026.

( ) dentro do prazo determinado na resolução
( ) fora do prazo determinado na resolução

Indaiatuba, ____/____/_____

_____
Presidente CMAS Indaiatuba/SP

ANEXO IV

Plano de Ação Anual

Solicita-se que o preenchimento deste documento seja realizado de forma objetiva, com informações claras, precisas e estritamente relacionadas ao item solicitado.

1- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

1.1- Nome Organização da Sociedade Civil:
1.2- Dados de contato:

- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Cidade/UF:
- Telefone:
- E-Mail:
- Site:

1.3 - Informações complementares

- N.º do CNPJ:
- Data De Abertura do CNPJ:
- Atividade Principal:
- Atividades Secundárias:
- Número de inscrição no CMAS: _____/_____
  - ( ) Atendimento
  - ( ) Assessoramento
  - ( ) Defesa e Garantia De Direitos
- Certificação Cebas:
  - ( ) Sim Nº.:
  - ( ) Não

2 – IDENTIFICAÇÃO DO(A) PRESIDENTE/RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE / ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

2.1 - Vigência do mandato da diretoria atual:

- De dd/mm/aaaa Até dd/mm/aaaa

2.2 - Dados do Presidente

- Nome Do Presidente:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:

- Data De Nascimento:
- Estado Civil:
- Cargo/Função:
- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Telefone Para Contato:
- E-mail:

3 – Informações Da Entidade/Organização Social

3.1- Finalidade Estatutária:

- (Copiar as finalidades do Estatuto da Entidade)

3.2 - Objetivo

- (refere-se àquele descrito no estatuto da entidade e não do serviço - copiar do estatuto).

3.3 – Origem dos recursos -
(informar total de recurso que a entidade/organização social tem para a manutenção de todos os serviços e ações: Convênios, Termos de Parceria, Doações, Alugueis de imóveis próprios e outros.)

Origem do Recurso	Fonte	Valor (R$)
FEDERAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
ESTADUAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	

	Outros (Citar)	
MUNICIPAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
PRÓPRIOS / OUTROS (especifique)	Rifas	
	Bazar	
	Festas	
	Doações	
	Pessoa Física	
	Pessoa Jurídica	
	Outros (Citar)	

3.4 - Em quais dias da semana e horários a organização da sociedade civil funciona:

( ) Segunda-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Terça-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Quarta-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Quinta-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Sexta-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Sábado Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Domingo Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;

3.5 - A Organização Da Sociedade Civil fica aberta quantas horas por semana:

( ) Até 20 Horas
( ) De 21 a 39 Horas
( ) 40 Horas
( ) Mais de 40 Horas
( ) Ininterrupto (24 h/dia, 7 dias/semana)

4 – PLANO DE AÇÃO ANUAL

4.1 – Identificação de cada serviço, programa ou projeto socioassistencial, informando respectivamente:
(repita os itens abaixo quantas vezes necessitar. Comece pela PSB, passe pela PSE Média, PSE Alta, Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos, Programas, Projetos e por último Benefícios.)

a) Nome do serviço/programa/projeto –
(descrever apenas o nome como exemplo: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos / Programa Jovem Aprendiz. Identificar também à qual Proteção Social pertence - Básica, Média ou Alta Complexidade nos casos de Serviços de Atendimento Tipificados)

b) Identificação de Programas, projetos e benefícios atrelados à Serviços -
(identifique aqui caso o Serviço identificado acima tenha outros programas, projetos ou benefícios atrelados, como exemplo: O SCFV de 0 à 6 anos tem o Projeto Sementinhas do Amor atrelado à ele. Caso o Programa/Projeto não seja atrelado a Serviço, deve ser apresentado em um item em separado)

c) Público alvo –
(citar o público atendido, se criança, adulto, mulher, etc, com suas características como exemplo: crianças e adolescentes, na faixa etária de 6 a 17 anos, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade residentes na região…)

d) Capacidade de atendimento –
(é o quanto a entidade tem condições de atender, devendo ser descrito o número de pessoas. Exemplo 50 crianças/adolescentes.)

e) Formas de Acesso -
(citar as formas de acesso ao Serviço/Programa/Projeto identificando a maneira como os usuários são incluídos nas ações descritas: ex: por demanda espontânea, por busca ativa, por encaminhamentos realizados pelos CRAS, etc.)

f) Infraestrutura -
(descrever sucintamente a estrutura física e materiais disponibilizados de cada serviço e as condições de acessibilidade. Caso compartilhado com outras atividades, sinalizar)

- Local de Execução: (Sede, ou outro, neste caso, informar endereço e dados de contato)
- Estrutura física: (salas de atendimento, recepção, salas de reuniões, banheiros entre outros)
- Materiais: (equipamentos, veículos, etc)

- Condições de acessibilidade: (rotas acessíveis à recepção, banheiros e salas de atendimento, tecnologias assistivas, etc)

g) Objetivos do serviço/programa/projeto –
(descrever os objetivos, pois eles são os responsáveis pelo direcionamento do plano de ação e pelos resultados esperados. Se subdivide em objetivo geral e específicos)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar: Resultados/impactos esperados.

h) Metodologia –
(Como será desenvolvido o trabalho. Quais procedimentos, métodos, técnicas serão utilizadas, descrevendo de maneira clara as etapas a serem percorridas para atingir os objetivos. Mencionar todas as ações e atividades relativas ao serviço, programa ou projeto, incluindo o cronograma de atividades semanal/mensal e o planejamento de ações técnicas com as famílias/indivíduos atendidos)

- Dias de funcionamento:
  - ( ) Segunda/Sexta;
  - ( ) Segunda/Sábado;
  - ( ) Todos Os Dias Da Semana;
  - ( ) Dias Alternados / Quais? _____
- Horário:
  - ( ) Parcial (1 Turno) Horário: _____ A _____;
  - ( ) Integral (2 Ou 3 Turnos) Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
  - ( ) Horário Ininterrupto (24 Horas).

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar: tipo de assessoramento e como será realizado o acompanhamento do mesmo; apresentar o cronograma das ações e o esclarecimento se essa oferta é efetuada de maneira direta ou por intermédio de algum tipo de parceria.

i) Recursos Financeiros a serem utilizados –
(informar os valores que a entidade tem para a manutenção deste serviço/programa/projeto). Ex: Quadro a seguir:

RECURSOS FINANCEIROS (previstos para a execução do serviço/programa ou projeto socioassistencial):

RECEITAS		
Origem do Recurso	**Fonte**	**Valor (R$)**
FEDERAL		
ESTADUAL		
MUNICIPAL		
PRÓPRIOS / OUTROS (especifique)	**Eventos**	
	Doações (Pessoa Física)	
	Doações (Pessoa Jurídica)	
	Outros (Citar)	

j) recursos humanos envolvidos –

Dados complementares:
Coordenador:

- Nome:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:
- Formação Profissional:
- Número do registro profissional:
- Telefone Para Contato:
- Celular:
- E-mail:

Responsável Técnico:

- Nome:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:
- Formação Profissional:
- Número do registro profissional:
- Telefone para contato:
- Celular:
- E-mail:

k) Abrangência territorial –

(Relatar se atende apenas os residentes de Indaiatuba ou de outros municípios, e se recebe usuários de regiões específicas da cidade ou de todo o território. Relacionar também a relação com os territórios de CRAS para os Serviços da PSB. Descrever sucintamente).

l) Demonstração da forma de como a entidade ou organização de Assistência Social fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas –
(Informar quais estratégias serão utilizadas para a participação dos usuários, e de que forma estes serão envolvidos e estimulados à participação. Exemplo: assembleia, caixa de sugestões, prestação de contas da instituição aos usuários, dentre outras.)

m) Monitoramento e Avaliação –
(Descrever como se dará o monitoramento e a avaliação do serviço, informando quais estratégias serão utilizadas para o monitoramento do impacto social e quais critérios serão utilizados para avaliação do impacto social.)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar também quais critérios serão utilizados para a prestação de contas do serviço prestado à sociedade.

5- Recursos humanos envolvidos –
(Utilizar a tabela abaixo. Atentar-se para discriminar a divisão de carga horária entre os diferentes Serviços/Programas/Projetos caso o funcionário esteja vinculado a mais de um. Utilizar as referências para o preenchimento do item 5.)

Nome	Escolaridade	Profissão	Cargo/Função	Vínculo	Carga Horária Semanal	Vinculado a qual Serviço/Programa /Projeto?

Referências para o preenchimento do item 5:

Escolaridade	Profissão	Cargo/Função	Vínculo
• Sem Escolaridade • Ensino Fundamental Incompleto • Ensino Fundamental Completo	• Administração Pública/Gestão Pública • Administração Pública/Gestão Pública • Administrador(a)	• Analista de Dados e Pesquisa • Apoio administrativo • Auxiliar de Cuidador	Comissionado Empregado Celetista do Setor Privado - CLT Empregado Público Celetista - CLT

• Ensino Médio Incompleto • Ensino Médio Completo • Ensino Superior Incompleto • Ensino Superior Completo • Especialização • Mestrado • Doutorado	• Advogada(o) • Analista de Sistema • Antropóloga(o) • Assistente • Social • Cientista política(o) • Contador • Economista • Economista Doméstica(o) • Enfermeira(o) • Estatística(o) • Fisioterapeuta • Geógrafa(o) • Médica(o) • Musicoterapeuta • Nutricionista • Outra(o) profissional de nível superior • Pedagoga(o) • Profissional de educação física • Profissional de nível médio • Programador(a) • Psicóloga(o) • Sem formação profissional • Socióloga(o) • Terapeuta Ocupacional	• Cadastrador(a)/Entrevistador Social • Coordenador(a) • Coordenador(a)/Dirigente • Cozinheiro(a) • Cuidador(a) Residente • Cuidador(a) social • Educador(a) Social • Educadora(o) Social/Orientadora(o) Social • Estagiário(a) • Família Acolhedora (somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta) • Gestor • Ordenador(a) de Despesas • Motorista • Outros • Secretária(o) • Serviços Gerais • Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas, etc) • Técnica(o) de nível médio • Técnico(a) de Nível Superior • Tecnologia da Informação e Desenvolvimento de Sistemas	Outro vínculo não permanente Sem vínculo Servidor Temporário Servidor/Estatutário Terceirizado Trabalhador de empresa/ Cooperativa/Entidade Prestadora de Serviço Voluntário

ANEXO V

Relatório de Atividades

( ) Meses de Janeiro, Fevereiro, Março e Abril de 20 _____

( ) Meses de Maio, Junho, Julho e Agosto de 20 _____

( ) Meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 20 _____

( ) Anual - Ano de 20_____

Solicita-se que o preenchimento deste documento seja realizado de forma objetiva, com informações claras, precisas e estritamente relacionadas ao item solicitado.

1- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

1.1- Nome Organização Da Sociedade Civil:
1.2- Dados de contato:

- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Cidade/UF:
- Telefone:
- E-mail:
- Site:

1.3 - Informações complementares

- N.º do CNPJ:
- Data de abertura do CNPJ:
- Atividade Principal:
- Atividades Secundárias:
- Número de inscrição no CMAS: _____/_____
  - ( ) Atendimento
  - ( ) Assessoramento
  - ( ) Defesa e Garantia de Direitos
- Certificação Cebas:
  - ( ) Sim Nº.:
  - ( ) Não

2 – IDENTIFICAÇÃO DO(A) PRESIDENTE/RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE / ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

2.1 - Vigência do mandato da diretoria atual:

- De dd/mm/aaaa Até dd/mm/aaaa

2.2 - Dados do Presidente

- Nome Do Presidente:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Cargo/Função:
- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Telefone para contato:
- E-mail:

3 – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO SOCIAL

3.1- Finalidade Estatutária:

- (Refere-se apenas às alterações ocorridas no exercício, no artigo que trata da finalidade estatutária. Ex. A entidade passou a atuar em outra área além da assistência social. Neste caso, descrever a alteração e por quê? Se não, transcrevê-la tal qual está no estatuto).

3.2 - Objetivo

- (refere-se àquele descrito no estatuto da entidade e não do serviço - copiar do estatuto).

3.3 – Origem dos recursos -
(informar os valores totais dos recursos utilizados **no período** para manutenção de todos os serviços e ações da entidade).

Origem do Recurso	Fonte	Valor (R$)
FEDERAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	

ESTADUAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
MUNICIPAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
PRÓPRIOS / OUTROS (especifique)	Rifas	
	Bazar	
	Festas	
	Doações	
	Pessoa Física	
	Pessoa Jurídica	
	Outros (Citar)	

3.4 - Houve alteração no horário de funcionamento da Organização?
( ) Não ( ) Sim
Caso sim, descreva as mudanças seguindo o mesmo modelo dos itens 3.4 e 3.5 do Plano de Ação.

4 – RELATÓRIO DE ATIVIDADES

4.1 – Identificação de cada serviço, programa ou projeto socioassistencial, informando respectivamente:
(repita os itens abaixo quantas vezes necessitar. Comece pela PSB, passe pela PSE média, PSE Alta, Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos, Programas, Projetos e por último Benefícios)

a) Nome do serviço/programa/projeto –
(descrever apenas o nome como exemplo: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos / Programa Jovem Aprendiz. Identificar também à qual Proteção Social pertence - Básica, Média ou Alta Complexidade nos casos de Serviços de Atendimento Tipificados)

b) Identificação de Programas, projetos e benefícios atrelados à Serviços -
(identifique aqui caso o Serviço identificado acima tenha outros programas, projetos ou benefícios atrelados, como exemplo: O SCFV de 0 à 6 anos tem o Projeto Sementinhas do Amor atrelado à ele. Caso o Programa/Projeto não seja atrelado a Serviço, deve ser apresentado em um item em separado)

c) Público alvo –
(informar o público efetivamente atendido pelo serviço: faixa etária e sexo (quantas pessoas idade e sexo, sugere-se a apresentação por meio de tabela ou gráfico).

d) Capacidade de atendimento –
(é o quanto a entidade tem condições de atender. Informar se o número de pessoas atendidas foi menor ou maior que o planejado)

- Capacidade máxima de atendimento:
- Quantidade de atendidos mensalmente:
    - Mês 1:
    - Mês 2:
    - Mês 3:
    - Mês 4:

e) Lista de Espera -
(citar se há lista de espera do último mês para acesso ao serviço/programa/projeto, informando a quantidade e o perfil. Ex: 05 crianças - SCFV 7-12 anos, manhã.)

f) Infraestrutura -
(descrever sucintamente a estrutura física e materiais que foram utilizados na execução do serviço, se foram suficientes, ou se não foram, quais as necessidades. É importante mencionar se as instalações possuem acessibilidade. Com qual infraestrutura a Entidade contou para realizar os atendimentos? Informe a quantidade de salas utilizadas para as atividades, salas administrativas, entre outros).

g) Objetivos do serviço/programa/projeto –
Houve alteração no período? Se não, esclarecer que permanecem os mesmos citados no plano e transcrevê-los. Se sim, qual por quê? Estão em consonância com o objetivo do serviço? Os objetivos do serviço foram alcançados? Sim, não ou parcialmente? Por quê?)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar também sobre os Resultados/impactos esperados.

h) Metodologia –
Apresentar de forma descritiva o atendimento realizado – (Como foram organizadas as atividades. De que forma foram desenvolvidas (rotina, horário de atendimento (semanal, mensal), com quais abordagens grupal, individual, que instrumentais foram utilizados (entrevista, escuta, visitas, dinâmicas). Descrever as articulações com a rede socioassistencial e intersetorial e fluxo estabelecido para o atendimento dos usuários, os encaminhamentos realizados entre outros).

- Houve alteração do cronograma de atividades descrito no Plano de Ação?
  - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informe abaixo o novo Cronograma de atividades
- Houve alteração dos dias e horários de funcionamento do serviço/programa/projeto?
  - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informe abaixo seguindo o modelo do Plano de Ação
- Atividades desenvolvidas no quadrimestre (para relatórios quadrimestrais) ou Síntese das principais atividades realizadas no ano (para relatório anual)
- Encaminhamentos realizados

Encaminhamento Realizado Para:	Nº de encaminhamentos bem-sucedidos	Nº de encaminhamentos malsucedidos
Observações:		

i) Recursos Financeiros utilizados –
(informar os valores que a entidade utilizou para a manutenção do serviço/programa/projeto). Ex. Quadro a seguir:

RECURSOS FINANCEIROS (previstos para a execução do serviço/programa ou projeto socioassistencial):			
RECEITAS			
Origem do Recurso	**Fonte**	**Valor (R$)**	**nº contratos e termos de colaboração/fomento**
FEDERAL			
ESTADUAL			
MUNICIPAL			
PRÓPRIOS / OUTROS (especifique)	**Eventos**		
	Doações (Pessoa Física)		
	Doações (Pessoa Jurídica)		
	Outros (Citar)		

j) Recursos humanos envolvidos –

- Houve alteração na Coordenação ou responsável técnico?
    - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informe abaixo seguindo o modelo do Plano de Ação

k) Abrangência territorial –

(Descrever sucintamente como se deu o atendimento no território. Informar em quais regiões se encontram o público atendido no serviço e se houve demandas que fugiram da abrangência atendida pela entidade, sugere-se a apresentação por meio de tabela ou gráfico).

l) Demonstração da forma de como a entidade ou organização de Assistência Social fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas –

(Informar como ocorreu a participação dos usuários. De que forma participaram do planejamento e avaliação do serviço. As ações estimularam/propiciaram a participação e protagonismo dos usuários).

- Foram utilizadas estratégias para participação dos usuários no planejamento e avaliação das atividades?

m) Monitoramento e Avaliação –
(Descrever de que forma ocorreu o monitoramento, avaliação e se os objetivos previstos foram alcançados; quais os resultados atingidos)

- Das estratégias utilizadas para o monitoramento, qual o impacto social obtido com o desenvolvimento das atividades no quadrimestre?
- Como avaliam o impacto social obtido com o desenvolvimento das atividades no quadrimestre? (por exemplo, quais os pontos positivos, negativos e formas de superação dos pontos negativos)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, foram utilizados todos os critérios para a prestação de contas à sociedade?

5- Recursos humanos envolvidos –
(Utilizar a tabela abaixo. Atentar-se para discriminar a divisão de carga horária entre os diferentes Serviços/Programas/Projetos caso o funcionário esteja vinculado a mais de um)

- Houve alteração do quadro de Recursos humanos descrito no Plano de Ação?
  - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informar abaixo o novo Quadro completo sinalizando as alterações.
- Foram realizadas ou identificadas necessidades da realização de atividades de formação do quadro de Recursos humanos?
- Foi identificada necessidade de alguma alteração ou ampliação futura no quadro de Recursos humanos?

6- Relação de usuários atendidos

RELAÇÃO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO/PROGRAMA/PROJETO/BENEFÍCIO						
	NOME	BAIRRO	DATA DE ENTRADA	DATA DE SAÍDA	MOTIVO SAÍDA	Vinculado à Serviço/ Programa/Proj etc.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

7						
8						
9						
10						
...						