

**Anexos Conforme a Resolução nº47/2017 – CEAS/CE:** Dispõe sobre a regulamentação de Inscrição de Entidades e Organizações, bem como dos Serviços, Programas, Projetos e Benefícios Socioassistenciais nos Conselhos Municipais de Assistência Social

**MODELO DE OFÍCIO DE INSCRIÇÃO DE ENTIDADE E/OU ORGANIZAÇÃO  
SOCIOASSISTENCIAL**  
(papel timbrado da Entidade)

Ofício Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/CE., \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Ilmo. Sr.  
(nome)  
Presidente do CMAS de \_\_\_\_\_

Assunto: solicitação de Inscrição junto ao CMAS de \_\_\_\_\_

Senhor(a) Presidente,

A Entidade e/ou Organização \_\_\_\_\_, inscrita  
no \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_ nº  
\_\_\_\_\_, caracterizada como entidade e/ou  
Organização \_\_\_\_\_

(natureza da Entidade Socioassistencial, conforme art. 2º da Resolução de Nº 16, de 05 de maio de 2010 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS: Atendimento, Assessoramento e/ou Defesa e Garantia de Direitos), por seu representante legal abaixo assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho Municipal de Assistência Social de \_\_\_\_\_.

Colocamo-nos, à disposição pelo(s) telefone(s) (88) \_\_\_\_\_ ou e-mail:  
\_\_\_\_\_.

Atenciosamente,

REPRESENTANTE  
Responsável pela Entidade  
(preferencialmente com carimbo)

**MODELO DE OFÍCIO DE INSCRIÇÃO DE SERVIÇOS ou PROGRAMAS ou PROJETOS ou BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

(papel timbrado da Entidade)

Ofício \_\_\_\_\_/CE., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ilmo. Sr.  
(nome)  
Presidente do CMAS de \_\_\_\_\_

**Assunto:** Solicitação de Inscrição dos ..... junto ao CMAS de \_\_\_\_\_

Senhor(a) Presidente,

A Entidade e/ou Organização de \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal abaixo assinado, vem requerer a inscrição neste Conselho Municipal de Assistência Social dos \_\_\_\_\_, (serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais):

-  
-  
-

Colocamo-nos, à disposição pelo(s) telefone(s) (88) \_\_\_\_\_ ou e-mail: \_\_\_\_\_.

Atenciosamente,

REPRESENTANTE  
Responsável pela Entidade  
(preferencialmente com carimbo)





## MODELO DE PLANO DE AÇÃO \_\_\_\_\_ (ANO)

(Papel timbrado da Entidade)

### 01. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da Entidade:

CPNJ da Entidade:

Endereço:

Telefone(s) (DDD):

Fax (DDD):

Ponto de Referência:

E-mail(s):

Nome do responsável pela Entidade:

Objetivos Estatutários:

Natureza: (        ) Pública  
(        ) Privada

### 02. OPERACIONALIZAÇÃO:

- Descreva a ação prevista:

---

---

---

---

---

Objetivos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Metas: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**- Quem coordenará a ação**

---

---

---

---

**- Quem executará a ação**

---

---

---

---

**- Quem viabilizará financeiramente a ação**

---

---

---

---

**- Data de início da ação?**

---

---

---

---

**- Data do término da ação?**

---

---

---

---

**- Quais resultado(s) que a entidade espera alcançar com a ação**

---

---

---

---

**- Obstáculos a serem superados:**

---

---

---

---

**- Desafios a serem alcançados:**

---

---

---

---

- Oportunidades a serem conquistadas:

---

---

---

---

---

---

---

---

**03. INDICADORES DE RESULTADOS:**

- Quais os indicadores utilizados para medir cada resultado que se espera alcançar?

---

---

---

---

---

---

---

---

**04. Acompanhamento e Avaliação:**

a) Descreva quais são os instrumentos de acompanhamento do andamento do Plano de Ação, COMO e com QUE frequência os resultados serão avaliados.

---

---

---

---

---

**OBS:** Os resultados DEVEM ser, de preferência, **QUANTITIVOS/QUALITATIVOS**.  
Numere os resultados para que as ações previstas possam fazer referência a eles.



## 1 – IDENTIFICAÇÃO

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CPNJ Nº \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ ZAP( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CAIXA POSTAL: \_\_\_\_\_

PONTO REFERENCIAL: \_\_\_\_\_

NOME DO DIRIGENTE: \_\_\_\_\_

PERÍODO DO MANDATO DO DIRIGENTE: INÍCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 2. NATUREZA JURÍDICA:

( ) FUNDAÇÃO

( ) SOCIEDADE

( ) ASSOCIAÇÃO

( ) OUTROS \_\_\_\_\_

2.1. TIPOS DE ENTIDADES e ORGANIZAÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS (Resolução Nº 191 de 10 de novembro de 2005 – Art.2º - Decreto de Regulamento Nº 6.308, de 14 de dezembro de 2007):

( ) ATENDIMENTO

( ) ASSESSORAMENTO

( ) DEFESA E GARANTIA DE DIREITOS

OBS: \_\_\_\_\_

2.2 DATA DE FUNDAÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2.1. ( ) ESTATUTOS SOCIAIS - Registrado em Cartório nº \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) CNPJ: \_\_\_\_\_

2.2.2. ( ) ATA DE FUNDAÇÃO: registro em Cartório sobre o n.º \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2.3. ( ) ATA DE ELEIÇÃO/ POSSE DA ATUAL DIRETORIA - Registrado em Cartório sob o n.º \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2.3. A ENTIDADE POSSUI:

( ) PLANO DE AÇÃO / TRABALHO

( ) REGIMENTO

( ) OUTROS: QUAL? \_\_\_\_\_

**2.2.4. POSSUI DECRETO DE UTILIDADE PÚBLICA:**

( ) MUNICIPAL LEI N.º \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) ESTADUAL LEI N.º \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) FEDERAL LEI N.º \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) NENHUM

**2.2.5. ATESTADOS DE FUNCIONAMENTOS:**

( ) SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL OU CONGENERE: Nº DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

( ) FICHÁRIO CENTRAL DE OBRAS SOCIAIS DO ESTADO/SAS-CE: Nº DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.2.6 .INSCRIÇÃO:**

( ) CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: Nº DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.2.7. CERTIFICADO:**

( ) CNAS : ( ) CERTIFICADO DE Nº \_\_\_\_\_ COM VALIDADE ATÉ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. ÁREA GEOGRAFICA DE ATUAÇÃO NO MUNICÍPIO:**

( ) URBANA E CENTRAL ( ) RURAL ( ) URBANA PERIFÉRICA

**JUSTIFICATIVA/OBSERVAÇÃO**

---

---

---

---

---

**4. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE (Nº DE PROFISSIONAIS, SERVIDORES, FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO):**

( ) ASSISTENTES SOCIAIS QUANTOS? \_\_\_\_\_

( ) PEDAGOGO QUANTOS? \_\_\_\_\_

( ) FISIOTERAPEUTA QUANTOS? \_\_\_\_\_

( ) TERAPEUTA OCUPACIONAL QUANTOS? \_\_\_\_\_

( ) ADVOGADO QUANTOS ? \_\_\_\_\_

( ) SOCIÓLOGO QUANTOS? \_\_\_\_\_

( ) APOIO

QUANTOS? \_\_\_\_\_

( )

OUTROS: \_\_\_\_\_

**5. ABRANGÊNCIA DE ATENDIMENTO:**

( ) MUNICIPAL ( ) ESTADUAL/ MUNICIPAL DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

( ) NACIONAL/ESTADUAL/MUNICIPAL DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

**6. FUNCIONAMENTO:**

( ) HORÁRIO COMERCIAL HORARIO PARCIAL: \_\_\_\_\_

( ) 24 HORAS DE FUNCIONAMENTO

OBS: \_\_\_\_\_

**7. SITUAÇÃO DA SEDE:**

( ) PRÓPRIA ( ) CEDIDA

( ) ALUGADA ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

**Em caso de cedida ou alugada, esclarecer a situação:**

**7.1. ESTRUTURA FÍSICA:**

( ) MADEIRA ( ) LONA ( ) ALVENARIA

( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**7.2. INSTALAÇÕES (relacionar as instalações físicas e equipamentos encontrados):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.3. FACILIDADE DE ACESSO DA POPULAÇÃO OU USUÁRIO:**

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) PÉSSIMA

( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

**8. CONDIÇÕES DE HIGIENE DO ESPAÇO FÍSICO:**

SATISFATÓRIO

N/SATISFATÓRIO

SALAS DE ATENDIMENTO/ ATIVIDADES ( )

( )

COZINHA	( )	( )
SANITÁRIOS	( )	( )
ÁREA DE LAZER	( )	( )
REFEITÓRIO	( )	( )
DESPENSA	( )	( )
OFICINAS	( )	( )

OUTROS: \_\_\_\_\_

---

### 9. CONDIÇÕES DE SEGURANÇA:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

### 10. ESPAÇO FÍSICO ADEQUADO À NECESSIDADE DE:

10.1. LOCOMOÇÃO E ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS (com rampas, barras fixas, pisos antiderrapantes e localização dos móveis):

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

10.2. ILUMINAÇÃO:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

10.3. VENTILAÇÃO:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

10.4. ESTADO DE CONSERVAÇÃO DOS PISOS:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

10.5. ESTADO DE CONSERVAÇÃO PAREDES:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

10.6. ESTADO DE CONSERVAÇÃO DO TETO:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

10.7. FUNCIONAMENTO DOS SANITÁRIOS:

( ) BOA                      ( ) REGULAR                      ( ) INADEQUADA

### 11. CONDIÇÕES DE HIGIENE DOS USUÁRIOS(AS):

	SATISFATÓRIO	NÃO SATISFATÓRIO
FÍSICA	( )	( )
VESTUÁRIO	( )	( )

### 12. FORMA DE ATENDIMENTO:

( ) ATENDIMENTO EVENTUAL  
( ) ATENDIMENTO CONTINUADO

ATENDIMENTO POR TEMPO LIMITADO

OUTRO: \_\_\_\_\_

12.1. MODALIDADE DE ATENDIMENTO:

INDIVIDUAL

GRUPAL

12.2. TIPO DOS ATENDIMENTOS:

MULTIDISCIPLINAR

POR ESPECIALIDADE INDIVIDUALIZADA

OUTRO: \_\_\_\_\_

12.3. SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO:

CAPACIDADE : \_\_\_\_\_ CADASTRADOS \_\_\_\_\_

MÉDIA DE FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONSIDERAÇÕES:**

SEGUNDO A LOAS ARTIGO Nº 3º DIZ QUE O ATENDIMENTO TEM QUE SER SISTEMÁTICO,  
VISANDO AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E NÃO DA ENTIDADE OU ÓRGÃO.

12.4. PÚBLICO ALVO/ Nº DE PESSOAS ATENDIDAS:

CRIANÇAS E ADOLESCENTES     IDOSOS     MULHERES

GESTANTES     PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

COMUNIDADE EM GERAL

FAMÍLIAS   

OUTROS \_\_\_\_\_

12.5. SERVIÇOS OFERTADOS:

- Serviços de Proteção Social Básica:

Serviço de Atenção Integral a Família

Serviço de Convivência I para criança de 00 a 06 anos

Serviço de Convivência II para crianças e adolescentes de 06 a 14 anos

Serviço de Convivência III para jovens de 15 a 17 anos.

Serviço de Convivência IV para jovens de 18 a 29 anos.

Serviço de Convivência V - para Idosos(as)

Serviço de Convivência VI - para Idosos(as)

Serviço de educação socioprofissional e promoção da inclusão produtivas (e projetos)

- Serviços dos Serviços de Proteção Social Especial – Média Complexidade

Serviço Especializado de Proteção à Pessoa em Situação de Violência

Serviço Especializado de Proteção à Famílias.

- ( ) Serviço de Acompanhamento Social a Adolescentes em medidas Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA)
- ( ) Serviço de Acompanhamento Social a Adolescente em Medida Socioeducativa de Prestação de Serviços a Comunidade (PSC)
- ( ) Serviço Especializado de Abordagem Social nas Ruas.
- ( ) Proteção em Situações de calamidades Públicas e de Emergências.
- ( ) Serviço Socioassistencial no Domicílio.
- ( ) Serviços de referência e apoio a habilitação e reabilitação social de pessoas com deficiências
- Serviços de proteção Social Especial – Alta Complexidade
  - ( ) Serviço de Acolhida em Abrigo I - para crianças e adolescentes
  - ( ) Serviço de Acolhida em Abrigo II - para crianças e adolescentes
  - ( ) Serviço de Acolhida em Abrigo III - para Idosos
  - ( ) Serviço de Acolhida em Abrigo IV para cuidados especiais
  - ( ) Serviço de Acolhida em Abrigo V - para mulheres vítimas de violência
  - ( ) Serviço de Acolhida em Família Acolhedora I - para crianças e adolescentes
  - ( ) Serviço de Acolhida em Família Acolhedora II – para idosos
  - ( ) Serviço de Acolhida em república I – para jovens
  - ( ) Serviço de Acolhida em república II – para idosos
  - ( ) Serviço de Acolhida em Albergue para adultos e famílias

### 13. FINANCIAMENTO:

13.1 – TERMO DE COLABORAÇÃO/COOPERAÇÃO/TERMO DE FOMENTO COM ORGÃOS/INSTITUIÇÕES NAS ESFERAS:

- ( ) MUNICIPAL. QUAL? \_\_\_\_\_
- ( ) ESTADUAL. QUAL? \_\_\_\_\_
- ( ) FEDERAL QUAL? \_\_\_\_\_
- ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

13.1.1. ( ) INTERNACIONAL QUAL ? \_\_\_\_\_  
 ( ) OUTROS: QUAIS? \_\_\_\_\_

13.2 – DOAÇÕES:

- ( ) SIM
- ( ) NÃO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 14. COMO SE EFETIVA A ADMISSÃO DO ÚSUÁRIO NA ENTIDADE?

- ( ) SELEÇÃO CONFORME CRITÉRIOS PRÉ ESTABELECIDOS





**4. EQUIPE RESPONSÁVEL:**

- ( ) ASSISTENTE SOCIAL QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) PEDAGOGO QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) FISIOTERAPEUTA QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) TERAPEUTA OCUPACIONAL QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) ADVOGADO QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) SOCIOLOGO QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) APOIO QUANTOS? \_\_\_\_\_  
( ) OUTROS QUAIS? \_\_\_\_\_ QUANTOS? \_\_\_\_\_

**5. ÁREA GEOGRÁFICA DE ATUAÇÃO NO MUNICÍPIO:**

- ( ) URBANA E CENTRAL ( ) ZONA RURAL  
( ) URBANA PERIFÉRICA

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

**6. ABRANGÊNCIA DE ATENDIMENTO:**

- ( ) MUNICIPAL ( ) ESTADUAL ( ) NACIONAL

**7. FUNCIONAMENTO:**

- ( ) HORÁRIO COMERCIAL HORARIO

PARCIAL: \_\_\_\_\_

- ( ) 24 HORAS DE FUNCIONAMENTO

OBS: \_\_\_\_\_

**8. SITUAÇÃO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO:**

- ( ) PRÓPRIA ( ) CEDIDA ( ) ALUGADA  
( ) OUTROS \_\_\_\_\_

**Em caso de cedida ou alugada, esclarecer a situação:**

**8.1. ESTRUTURA FÍSICA:**

- Exclusiva ( ) SIM ( ) NÃO  
- Compartilhada ( ) SIM ( ) NÃO  
Com Serviços de Outras Políticas Públicas ? ( ) SIM ( ) NÃO  
Quais? \_\_\_\_\_

Com outros Serviços de Assistência Social: ( ) SIM ( ) NÃO

QUAIS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.2. ESPAÇO FÍSICO QUE COMPÕEM A INSTITUIÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.3. ACESSO UNIDADE DE ATENDIMENTO:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) PÉSSIMA  
( ) OUTRO \_\_\_\_\_

**9. SISTEMÁTICA DE ATENDIMENTO:**

9.1. ( ) EVENTUAL ( ) CONTINUADO  
( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

9.2. NÚMERO DE VEZES POR SEMANA/MENSAL E HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

\_\_\_\_\_

9.3. TIPO DE ATENDIMENTO:

( ) INDIVIDUAL ( ) GRUPAL ( ) OUTRO \_\_\_\_\_

9.4. PERFIL DOS ATENDIMENTOS:

( ) MULTIDICIPLINAR ( ) POR ESPECIALIDADE INDIVIDUALIZADA  
OUTRO: \_\_\_\_\_

9.5. METAS DE ATENDIMENTO:

CAPACIDADE : \_\_\_\_\_ MATRICULADOS \_\_\_\_\_

MÉDIA DE FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_

**CONSIDERAÇÕES:**

SEGUNDO A LOAS ARTIGO 3º, O ATENDIMENTO TEM QUE SER SISTEMÁTICO, VISANDO AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E NÃO DA ENTIDADE OU ÓRGÃO.

**10. FINANCIAMENTO:**

10.1-CONVÊNIO/ COOPERAÇÃO/ PARCERIA/ COFINANCIAMENTO COM ÓRGÃOS/ INSTITUIÇÕES NAS ESFERAS:

( ) MUNICIPAL. QUAL? \_\_\_\_\_

( ) ESTADUAL. QUAL? \_\_\_\_\_

( ) FEDERAL QUAL? \_\_\_\_\_

10.2. ( ) INTERNACIONAL QUAL ? \_\_\_\_\_

( ) OUTROS: QUAIS? \_\_\_\_\_

10.3. DOAÇÕES:

( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. COMO SE AFETIVA A ADMISSÃO DO ÚSUÁRIO NA ENTIDADE?**

( ) SELEÇÃO CONFORME CRITÉRIOS ESTABELECIDOS ( ) AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

( ) OUTROS: QUAIS?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. SITUAÇÃO DE DEMANDA LOCAL:**

( ) ATENDIDA TOTALMENTE

( ) NÃO ATENDIDA TOTALMENTE

**13. TIPOS DE AÇÕES DESENVOLVIDAS E SERVIÇOS OFERECIDOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. CONDIÇÕES DE HIGIENE DO ESPAÇO FÍSICO:**

	SATISFATÓRIO	N/SATISFATÓRIO
SALAS DE ATENDIMENTO/ ATIVIDADES	( )	( )
COZINHA	( )	( )
SANITÁRIOS	( )	( )
ÁREA DE LAZER	( )	( )

REFEITÓRIO ( ) ( )  
DESPENSA ( ) ( )  
OFICINAS ( ) ( )  
OUTROS: \_\_\_\_\_

---

**15. CONDIÇÕES DE SEGURANÇA:**

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

**16. ESPAÇO FÍSICO ADEQUADO Á NECESSIDADE DE:**

16.1. LOCOMOÇÃO E ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS( com rampas, barras fixas, pisos antiderrapantes e localização dos móveis):

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

16.2. ILUMINAÇÃO:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

16.3. VENTILAÇÃO:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

16.4. ESTADO DE CONSERVAÇÃO DOS PISOS:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

16.5. ESTADO DE CONSERVAÇÃO PAREDES:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

16.6. ESTADO DE CONSERVAÇÃO DO TETO:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

16.7. FUNCIONAMENTO DOS SANITÁRIOS:

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) INADEQUADA

OBS: \_\_\_\_\_

**17. CONDIÇÕES DE HIGIENE DOS USUÁRIOS(AS):**

	SATISFATÓRIO	NÃO SATISFATÓRIO
FÍSICA	( )	( )
VESTUÁRIO	( )	( )
OUTRO:	_____	

**18. EQUIPAMENTOS SUFICIENTES E ADEQUADOS Á DEMANDA:**

( ) SIM ( ) NÃO

OBS: \_\_\_\_\_

**19. INTERSETORIALIDADE ENTRE PROGRAMAS/PROJETOS COM OUTROS SERVIÇOS EXISTENTES NA COMUNIDADE E MUNICÍPIO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20. PARA REGISTRO DO ATENDIMENTO ADOTA DOCUMENTAÇÃO:**

( ) Cadastro

( ) Atendimento

( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**21. ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DAS AÇÕES E DOS PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS PRESTADOS PELA ENTIDADE:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREVISTADA: \_\_\_\_\_

(nome)

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

(secretaria executiva e/ou conselho)

\_\_\_\_\_

## MODELO DE RELATÓRIO DE VISITA

(papel timbrado da Conselho)

Entidade/Órgão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Serviços/ Programas/Projetos visitados: \_\_\_\_\_

Data da visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Em atendimento ao Processo e/ou Ofício n.º \_\_\_\_\_ de referente a solicitação da Inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social de \_\_\_\_\_, foi realizada visita da Comissão de \_\_\_\_\_ do CMAS que conduziu seu Parecer de acordo com os critérios de fiscalização estabelecido pelo CMAS, de acordo com Resolução Normativa n.º \_\_\_\_/20\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, que determina que seja utilizada com objetivo de comprovar o funcionamento da entidade nos seguintes aspectos:

\*Publico Alvo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Público contemplado (qualitativo/ quantitativo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Equipe de Trabalho(profissional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Situação Jurídica Regularizada

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Estrutura Física, Instalações e Equipamentos Existentes:

---

---

---

---

\*Análise do tipo de trabalho desenvolvido:

---

---

---

---

\*Eficácia dos Serviços de Assistência Social prestados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\* Nível de satisfação/reconhecimento do usuário/comunidade em relação aos Serviços prestados

---

---

\* Parecer quanto a Inscrição da Entidade ou dos Programas, Projetos e Serviços no CMAS:

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **MODELO DE RESOLUÇÃO**

(papel timbrado do Conselho)

RESOLUÇÃO Nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

O Plenário do Conselho Municipal de Assistência Social de \_\_\_\_\_, com base em suas competências Regimentais e nas Atribuições conferidas pela Lei Municipal de n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_, em Reunião Ordinária ocorrida no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### **RESOLVE**

1- \_\_\_\_\_ aprovar \_\_\_\_\_ (TEXTO)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Presidente do CMAS*

Assinaturas dos Conselheiros Titulares

PAPEL TIMBRADO DO CMAS

**MODELO DE COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DA ENTIDADE**

**INSCRIÇÃO NO CMAS DE \_\_\_\_\_**

O Conselho Municipal de Assistência Social de \_\_\_\_\_  
no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei Federal Nº 8.742, de 07 de  
dezembro de 1993 – lei Orgânica de Assistência Social – LOAS e o artigo \_\_\_\_,  
inciso \_\_ da Lei Municipal de Nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CERTIFICA  
que a Entidade: \_\_\_\_\_, com sede a  
Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_,  
CNPJ Nº \_\_\_\_\_, encontra-se devidamente inscrita neste  
Conselho, sob o Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

A entidade executa(rá) o(s) seguintes serviço(s), programa(s), projeto(s),  
benefício(s) socioassistenciais ( listas todos, constando os endereços respectivos  
caso a entidade os desenvolva em mais de uma unidade/estabelecimento no mesmo  
Município.

A presente inscrição é por tempo indeterminado.

/CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente do CMAS

**MODELO DE PLANO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

*(papel timbrado do Conselho de Assistência Social)*

ENTIDADE FISCALIZADA: *Fundo de Assistência Social*

CNPJ Nº \_\_\_\_\_

OBJETIVO: *acompanhamento da Gestão do Fundo de Assistência Social*

**QUESTÕES A SEREM ANALISADAS:**

1. O Município cumpre as condições estabelecidas para receber recursos financeiros da União ? (    ) Não (    ) Sim. Como?

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS:**

1. 2. Como Conselho aprova e acompanha a execução:

(    ) Política Municipal de Assistência Social.

(    ) Plano Municipal de Assistência Social ( NOB/SUAS, item 3)

(    ) Plano de Ação ( NOB/SUAS, item 3); Portaria MDS 96/2009, Art. 2º.

(    ) Proposta Orçamentária da Assistência Social para apreciação e aprovação de acordo com a LOAS – Lei Nº 8.742, de 1993 – Art. 18, inciso VIII)

OBS: \_\_\_\_\_

**O QUE VERIFICAR:**

1. 3. Na proposta de Lei Orçamentária , na Função 08 – Assistência Social, o Conselho observa se o Município assegura recursos próprios destinados à assistência social, alocando nos Fundos de Assistência Social, o que constitui condição para os repasses de recursos do FNAS de acordo com a LOAS – Lei Nº 8.742, de 1993 – Art. 30, parágrafo único; NOB/SUAS, item 3.2.

(  ) Não

(  ) Sim, qual o valor? R\$ \_\_\_\_\_

1.3.1. Na proposta de Lei Orçamentária , na Função 08 – Assistência Social, o Conselho observa se os recursos destinados às despesas correntes e de capital relacionados aos serviços, programas, projetos e benefícios governamentais e não governamentais estão alocados nos **Fundos de Assistência Social, constituído como unidade orçamentária** ; e se os recursos voltados às atividades meio, então alocados no orçamento do órgão gestor dessa política de acordo com a LOAS – Lei Nº 8.742, de 1993 – art. 18, inciso III; NOB/SUAS, item 3.2.

(  ) Não

(  ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_

1.3.2. Na proposta de Lei Orçamentária, na Função 08 – Assistência Social, o Conselho observa se o saldo dos recursos financeiros repassados pelo FNAS aos Fundos de Assistência Social, existente em 31 de dezembro do ano anterior, reprogramado para o exercício seguinte, foi previsto dentro de cada nível de proteção social, básica ou especial ( NOB/SUAS, item3.2; Portaria MDS 96, de 2009, art. 19)?

(  ) Não

(  ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3.3. Na proposta de Lei Orçamentária, na Função 08 – Assistência Social, o Conselho observa se contempla a apresentação dos programas e das ações, em coerência com o Plano de Assistência Social, considerando os níveis de complexidade dos serviços, programas, projetos e benefícios, alocando-os como sendo de proteção social básica e proteção social especial de média e/ou de alta complexidade (sobre os níveis de complexidade, consultar a Política Nacional de Assistência Social – PNAS- 2004, item 2.5 – Resolução de Nº 145 – CNAS, de 15 de outubro de 2004; LOAS – Lei Nº 8.742, de 1993 – art. 18, inciso VIII; NOB/SUAS, item 3.2.?

(  ) Não                      (  ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3.4. O Conselho acompanha o processo de votação do Plano Plurianual os poderes legislativos ( Assembleia Legislativa e/ou Câmara de Vereadores), entre os meses de outubro e dezembro; acompanha a votação de emendas ao orçamento e garantir que elas sejam associados aos Fundos de Assistência Social?

(  ) Não                      (  ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

1.3.5. Verifica se o Plano de Assistência Social contempla, em especial, os objetivos gerais e específicos, as diretrizes e prioridades deliberadas; as ações e estratégias correspondentes para sua implementação; as metas estabelecidas; os resultados e impactos esperados. Os recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis necessários; os mecanismos e fontes de financiamento; a cobertura da rede prestadora de serviços; os indicadores de monitoramento e avaliação e o espaço temporal de execução - LOAS – Lei N° 8.742, de 1993 – art. 30, inciso III; NOB/SUAS, item 3.1 e 4.3. ?

Não       Sim

OBS: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

1.3.6. Verifica se o Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo órgão gestor da política no início de cada exercício, está em conformidade com o Plano de Assistência Social, aprovado pelo próprio Conselho?

Não       Sim

OBS: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

1. 3.7. Verifica se o Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo Órgão Gestor da Política de Assistência Social contempla os recursos próprios e do Fundo Estadual de Assistência Social previstos nas leis orçamentárias para o respectivo Fundo de Assistência Social.

Não     Sim

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.3.8. Verificar se o Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo órgão gestor da Política de Assistência Social se as metas de atendimento de usuários estão de acordo com os dados da efetiva demanda local?

( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

( ) Sim, como? \_\_\_\_\_

**POSSÍVEIS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS:**

1.4.1. Caso não esteja claro no orçamento, indagar ao titular da Secretaria gestora da Política de Assistência Social qual o total de recursos próprios (Estado/Município) destinados efetivamente à execução dos serviços, dos programas e dos projetos de assistência social, excluindo-se os recursos aplicados na manutenção da máquina administrativa da Secretaria de Ação Social: vencimento do pessoal da Secretaria, etc

( ) solicita por escrito as informações complementares ao órgão gestor da política.

( ) participação do contador nas reuniões das Comissões e Plenária do Conselho.

( ) NR

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.4.2. Se ficar constatado que a proposta de Lei Orçamentária Municipal não assegura recursos próprios destinados à assistência social, recomendar à Secretaria Municipal de Assistência Social( ou órgão equivalente), que faça os ajustes necessários , sob pena de o Município ficar impedido de receber recursos do FNAS, por não cumprir condições estabelecidas na LOAS? (Lei 8.742, de 1993 – LOAS, art. 30, parágrafo único; NOB/SUAS, item 3.2.).

( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

( ) Sim, como? \_\_\_\_\_

1.4.3. Se ficar constatado que a proposta de Lei Orçamentária Municipal não está de acordo com as orientações da NOB/SUAS, recomendar à Secretaria Municipal de Assistência Social que promova as adaptações necessárias?

( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

( ) Sim, como? \_\_\_\_\_

1.4.4. Se ficar constatado que o Plano Municipal de Assistência Social não está de acordo com as orientações da NOB/SUAS, recomendar à Secretaria Municipal de Assistência Social que promova as adaptações necessárias?

( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

( ) Sim, como? \_\_\_\_\_

**QUESTÕES A SEREM ANALISADAS:**

2. O Plano de Ação lançado no SUAWEB pelo órgão gestor a Política de Assistência Social, está de acordo com as orientações do MDS?

( ) Não

( ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS:**

2.1. Quanto ao Plano de Ação o Conselho tem a senha de acesso ao Sistrema de Informação do Sistema Único de Assistência Social ?

( ) Não

( ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**O QUE VERIFICAR:**

2.2 O CMAS fiscaliza se o Plano de Ação foi lançado no SUASWeb pelo órgão gestor municipal, no início de cada exercício, está em conformidade com o Plano Municipal de Assistência Social, aprovado pelo próprio Conselho. (Portaria MDS, 96, de 2009, art. 2º, § 1º, e arts. 3º inciso IV, 4º e 5º, inciso IV e § 2º).

Não  Sim

OBS: \_\_\_\_\_

2.3. O CMAS fiscaliza se o Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo órgão gestor municipal contempla os recursos próprios e do Fundo Estadual de Assistência Social previstos nas Leis Orçamentárias para o respectivo Fundo Municipal de Assistência Social. (Portaria MDS, 96, de 2009, art. 3º, inciso IV).

Não  Sim

OBS: \_\_\_\_\_

2.4.O CMAS fiscaliza no Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo órgão gestor municipal se as metas de atendimento de usuários estão de acordo com os dados da efetiva demanda local.( Decreto TCU 590/2002-Plenário, item 8.1.3, c).

Não  Sim

OBS: \_\_\_\_\_

2.5. O CMAS fiscaliza se o Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo órgão gestor municipal contém os demais elementos indicados em norma expedida pela SNAS/MDS. (Portaria MDS 96, de 2009, art. 5º, § 2º)

Não  Sim

OBS: \_\_\_\_\_

**POSSÍVEIS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS:**

2.6. Caso ficar constado pelo CMAS que o Plano de Ação lançado no SUASWeb pelo órgão gestor municipal não estiver de acordo com as orientações expedidas pelo MDS, neste Conselho deve recomendar a Secretaria Municipal de Assistência Social que promova os ajustes necessários, antes de sua aprovação pelo plenário(Conselho).

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUESTÕES A SEREM ANALISADAS:**

3. O Estado e/ou Município aplicou corretamente os recursos que compõem o Fundo de Assistência Social ?

( ) Não ( ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS:**

3.1. O Conselho tem acesso aos documentos comprobatórios das despesas realizadas na execução das ações socioassistenciais?

( ) Não  
( ) Sim. Como?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. As informações lançadas no sistema SigSUAS (ao final de cada exercício), referente à prestação de contas dos recursos do cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais, representada pelo Relatório Anual de Execução Técnico Físico-financeira da SigSUAS, são apreciadas pelo Conselho?

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3. As informações mais relevantes relativas aos serviços ofertados e às atividades e atendimentos realizados nos CRAS são prestados ao Conselho?

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.4. O Conselho tem acesso ao Sistema de Informação do Sistema Único de Assistência Social (SUASWeb)?

(  ) Não  
(  ) Sim, dispõe da senha de acesso.

OBS; \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.5. O Conselho tem acesso à relação de contas-correntes vinculadas ao Fundo de Assistência Social e respectivo extratos (Obs.: as transferências feitas pelo FNAS são depositadas em contas-correntes específicas, abertas pelo MDS, para cada tipo de Piso, o qual corresponde a uma ação. Ex: PAIF, PETI, Agente Jovem etc.

(  ) Não, por quê?

(  ) Sim. Como ?

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.6. O Conselho tem acesso aos extratos das contas-correntes vinculadas ao Fundo de Assistência Social?

(  ) Não, por quê?

(  ) Sim. Como ?

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**O QUE VERIFICAR:**

3.7. O CMAS se certifica se o Município recebe com regularidade os recursos do FNAS e do FEAS, e caso contrário verifica com a Secretaria Municipal de Assistência Social as razões do bloqueio do repasse de novos recursos. ( lei 8.742, de 1993 – LOAS, art. 30; Portaria do MDS 96, de 2009, art. 7º, § 6º e art. 14).

(  ) Não, por quê?

(  ) Sim. Como ?

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.8. Ao analisar os documentos comprobatórios das despesas realizadas o CMAS se certifica se os gastos foram compatíveis com as ações socioassistenciais desenvolvidas pelo Município?

(  ) Não, por quê?

(  ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.9. O CMAS verifica se as despesas foram comprovadas mediante documentos originais fiscais ou equivalente( notas fiscais, recibos,faturas, entre outros legalmente aceitos), emitidos em nome da respectiva unidade financeira do Município?

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

**OBS:** \_\_\_\_\_

3.10. Observa se nos documentos comprobatórios das despesas consta o termo de aceite passado pelo servidor da unidade financeira pelo recebimento dos bens e serviços?

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

**OBS:** \_\_\_\_\_

3.11. Verifica ainda se as despesas realizadas guardam correspondência com a execução do objeto da transferência de recursos do FNAS( **Obs.: identificar no site do SNAS/MDS a norma que disciplina a forma de aplicação dos recursos**). ( Portaria MDS 96, de 2009, arts. 10 e 13; Resolução CNAS 237, de 2006, art. 3º, inciso V)

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

**OBS:** \_\_\_\_\_

3.12. Verifica se o Município aplicou os recursos financeiros repassados pelo FNAS para o Fundo Municipal de Assistência Social( **Obs: para isso veja os extratos das contas-correntes**), e caso não tenha aplicado no todo ou em parte, certificar se o órgão gestor da assistência social no Município assegurou à população, durante o exercício em questão, e sem descontinuidade os serviços socioassistenciais cofinanciados, correspondentes a cada Piso de Proteção? (Portaria MDS 96, de 2009, art.19; Resolução do CNAS 237, de 2006, art. 3º , inciso V)

(  ) Não, por quê?

(  ) Sim. Como ?

**OBS:** \_\_\_\_\_

**POSSÍVEIS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS:**

PARA OBTER INFORMAÇÕES ATUALIZADAS DO CNAS, MANDE MENSAGEM ELETRÔNICA PARA:

[cnas@mds.gov.br](mailto:cnas@mds.gov.br) ou acesse o sítio <http://www.mds.gov.br/institucional/cnas>

**QUESTÕES A SEREM ANALISADAS:**

4. As contas do Fundo(Estadual e/ou Municipal) de Assistência Social relativas aos recursos repassados pelo FNAS estão regulares?

(  ) Não

(  ) Sim

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS:**

4.1. O CMAS tem conhecimento das informações lançadas no sistema SigSUAS( ao final de cada exercício), referentes à prestação de contas dos recursos do cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais, representada pelo Relatório Anual de Execução Técnico Físico Financeira da SigSUAS ,para apreciação do respectivo Conselho?

(  ) Não, por quê?

(  ) Sim. Como ?

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**O QUE VERIFICAR:**

4.2. O que CMAS se reúne o início de cada exercício para analisar e deliberar sobre a prestação de contas dos recursos do cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais, representado pelo Relatório Anual de Execução Técnico Físico Financeira do SigSUAS? (Portaria MDS 96, de 2009, art. 7º, §§ 1º, 4º e 5).

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_

**POSSÍVEIS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS:**

4.3. Se o CMAS constatar desvio de finalidade na aplicação dos recursos transferidos pelo FNAS para o Fundo Municipal de Assistência Social, comunica à SNAS/MDS solicitando a abertura de tomada de contas especiais? ( Portaria MDS 96, de 2009, art. 11)

(  ) Não, por quê?                      (  ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES A SEREM ANALISADAS:**

5. O Município divulga, para a comunidade local, os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, bem como os recursos disponibilizados pelo poder público?

(  ) Não                                      (  ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS:**

5.1. Quais os meios utilizado pelo CMAS para divulgar as informações sobre o controle social da Política Municipal de Assistência Social?

- ( ) Jornal de circulação na cidade
- ( ) Boletim informativo
- ( ) Não divulga
- ( ) Outros. Qual ?

**O QUE VERIFICAR:**

5.2. O CMAS se certifica se a Secretaria Municipal de Assistência Social responsável pela coordenação da política de assistência social divulga amplamente, para a comunidade local, os benefícios, serviços, programas, projetos socioassistenciais, bem como os recursos disponibilizados pelo poder público? ( **Lei 8.742, de 1993 – LOAS, art. 4º, inciso V**)

( ) Não ( ) Sim. Como?

OBS: \_\_\_\_\_

**POSSÍVEIS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS:**

5.3. Se constatado que o Município não divulga para a comunidade local, os benefícios, serviços, programas, projetos socioassistenciais, bem como os recursos disponibilizados pelo poder público quais medidas adotadas pelo CMAS? ( **Lei 8.742, de 1993 – LOAS, art. 4º, inciso V; NOB/SUAS, item 4.3**)

- ( ) solicitar por meio de Ofício que a Secretaria Municipal de Assistência Social promova a divulgação.
- ( ) toma conhecimento mas não convoca a SMAS para prova a divulgação.
- ( ) não toma conhecimento.
- ( ) Outros. Quais?