

MODELO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADES CMAS/SRS

RELATÓRIO REFERENTE AO PERÍODO: JANEIRO A DEZEMBRO 20__

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC

Razão Social da OSC:		
Nome Fantasia (se houver):		
CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Município:	UF:
E-mail:		
Telefone Institucional:		
DADOS DO PRESENTANTE LEGAL:		
Nome Completo:		
Data de Nascimento:		
RG:	Órgão Expedidor:	
CPF:		
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Município:	UF:
Telefone: ()	E-mail:	
Período do Mandato:		

1. A entidade cumpriu suas finalidades estatutárias? (conforme Plano de Ação do ano anterior)

() Sim () Não

Se não, por qual motivo? _____

2.1- A entidade considera que suas atividades planejadas no Plano de Ação do ano anterior foram cumpridas?

Identificação da OSC

() Sim () Não () Parcialmente cumpridas

Se não ou parcialmente cumprida o que faltou e quais motivos contribuíram para a não execução total?

2. INFORMAR E DESCREVER SE HOUVE ALTERAÇÕES ESTATUTÁRIAS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DESTE RELATÓRIO

() Não

() Sim, data da última alteração: ____/____/____

Citar os itens alterados (transcrevê-los.): _____

3. TIPOLOGIA E IDENTIFICAÇÃO DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL:

- () Proteção Social Básica
- () Proteção Social Especial Média Complexidade
- () Proteção Social Especial Alta Complexidade
- () Assessoramento
- () Defesa e Garantia de Direitos

Nome tipificado da oferta: _____

CNPJ: _____

Endereço completo da oferta: _____

E-mail Institucional da oferta: _____

Telefone Institucional da oferta: _____

Nome completo do responsável técnico pela oferta: _____

Formação Acadêmica: _____

Cargo/Função: _____

3.1. DESCRIÇÃO DA OFERTA:

(Descrever no que consiste este Serviço sucintamente)

3.2. PÚBLICO ATENDIDO:

(Descrever qual o perfil do público atendido no período de referência do presente Relatório (ex. janeiro a dezembro de 2025) nesta oferta, constando faixa etária, gênero, renda, beneficiários ou programas de transferência de renda, local de moradia, tipo/vínculos de família, situação que motivou a inclusão na oferta, entre outros de acordo com os objetivos da oferta)

3.2.1. CAPACIDADE DE ATENDIMENTO:

Identificação da OSC

(Descrever, quantitativamente, qual foi a capacidade de atendimento mês a mês desta oferta no período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____, propondo qualitativamente uma interlocução com o quantitativo planejado no Plano de Ação referente ao mesmo período)

3.2.2. NÚMERO DE USUÁRIOS ATENDIDOS REFERENTE A CAPACIDADE:

(Registrar, quantitativamente, o número total de usuários atendidos mês a mês nesta oferta relacionando qualitativamente com a capacidade mês a mês de atendimento. Considerar, para resposta, o período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____.)

3.3. ORIGEM DOS RECURSOS E VALOR APLICADO NO SERVIÇO/PROGRAMA

Deverá ser descrito no quadro abaixo como a instituição sustentou o desenvolvimento desta oferta socioassistencial - doação, termos de colaboração/fomento com o poder público, parcerias com empresas privadas, entre outros.

Origem do Recurso	Fonte	Valor (R\$)	Valor aplicado (R\$)
Federal			
Estadual			
Municipal			
Próprios			

3.4.4. DEMANDA REPRIMIDA:

(Registrar o número de usuários mês a mês que não foram atendidos, devido a capacidade de atendimento ter sido atingida. Considerar para resposta, o período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____.)

3.4.5. LISTA NOMINAL USUÁRIOS ATENDIDOS– Inserir quantas linhas forem necessárias.

(Considerar, para resposta, o período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____.)

Nº	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CPF	DATA DE ENTRADA	DATA DE SAÍDA	MOTIVO DA SAÍDA
1						
2						
3						
4						
5						

3.5.. OBJETIVOS:

(Registrar os objetivos geral e específicos e apontar se houve alteração(es) no período, ou seja:

1. Se não houve alteração, esclarecer que permanecem os mesmos citados no plano de trabalho e transcrevê-los.
2. Se houve alteração, indicar qual foi a modificação e porquê?.

(Considerar, para resposta, o período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____.)

3.6. INFRAESTRUTURA:

Identificação da OSC

Descrever detalhadamente o imóvel onde as atividades são realizadas, (quantidade de equipamentos, salas, recepção, etc) demonstrando adequação ao público-alvo e à Política Nacional de Assistência Social

3.7 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS:

(Descrever, preenchendo os quadros abaixo, quais foram os recursos humanos envolvidos no desenvolvimento desta oferta. Considerar, para resposta, o período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____)).

EQUIPE DE REFERÊNCIA NÍVEL SUPERIOR					
NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE DEMISSÃO
João	Assistente Social	CLT	10	01/01/2001	

EQUIPE DE REFERÊNCIA NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL					
NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE DEMISSÃO
João	Assistente Social	CLT	10	01/01/2001	

3.8. ARTICULAÇÃO COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL E INTERSETORIAL

(Informar, conforme quadro abaixo, mês a mês, se esta oferta socioassistencial realizou ações em conjunto com a rede socioassistencial e intersetorial objetivando o acesso a direitos sociais do(s) usuário(s)/família(s) atendidas. Considerar ,para resposta,o período de referência do presente Relatório (ex. Janeiro a dezembro 20____)).

- Equipamento público-estatal

* Participou de reuniões de rede com outras entidades no CRAS e CREAS e Centro Pop?

() Sim () Não Se sim, qual: _____

* Discutiu casos com CRAS e/ou CREAS e Centro Pop? () Sim () Não

Se sim, quais CRAS ou CREAS? _____

* Recebeu encaminhamento dos equipamentos público estatais (CRAS, CREAS e Centro Pop)

() Sim () Não

Se sim, qual equipamento público? _____

* Encaminhou indivíduos/famílias para atendimento nos equipamentos públicos estatais (CRAS, CREAS e Centro Pop)

() Sim () Não

Se sim , qual: _____

- Rede socioassistenciais

* Encaminhou indivíduos/famílias para atendimento na rede socioassistencial do município?

Identificação da OSC

() Sim () Não

Se sim, qual: _____

* Recebeu encaminhamento da rede socioassistencial do município?

() Sim () Não

Se sim, qual: _____

- Articulação de rede com outras políticas

* Participou de reuniões em outras redes de proteção? () Sim () Não

Se sim, qual: _____

* Encaminhou indivíduos/famílias para outras políticas? () Sim () Não

Se sim, qual: _____

* Recebeu indivíduos/famílias de outras políticas? () Sim () Não

Se _____ sim, _____ qual: _____

3.9. FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

Quais foram as formas utilizadas pela entidade ou organização de Assistência Social para participação dos usuários e/ou estratégias, no mês ou período, na avaliação e monitoramento do serviço (elaboração dos critérios, definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados), demonstrando as estratégias que foram utilizadas.

3.10 PARECER DO PROCESSO DE MONITORAMENTO

Sintetizar um parecer sobre a execução/oferta do serviço a partir das análises e reflexões da equipe, destacando uma dificuldade vivenciada, uma potencialidade identificada e uma atividade, ação e/ou um fato que mobilizou positivamente a equipe/serviço.

4. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da instituição, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

Local e data

Assinatura do Técnico Responsável

Assinatura do Representante Legal