



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº647, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

ANEXO I DA RESOLUÇÃO Nº 26/2024

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO OU RENOVAÇÃO
ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS**

ILMO (A). SENHOR (A)

XXXX

**PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS
MEDIANEIRA - PR**

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal vem requerer:

- () Inscrição neste Conselho.
() Renovação de inscrição neste Conselho

Nome da Entidade:

Endereço do Atendimento:

CNPJ da Entidade:

Atividade Principal, conforme CNPJ:

Telefone: E-mail:

Nome do(s) Serviço ou Programa(s):

- () Atendimento
() Assessoramento
() Defesa e garantia de direitos

Público Alvo e Faixa Etária:

Dados do Representante Legal:

Nome

Endereço: nº Bairro:

Município: UF: CEP:

Tel. Celular: E-mail:

RG: CPF: Data nasc.:

Escolaridade

Período do Mandato

Medianeira, de de .

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL/ CARIMBO



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

ANEXO II DA RESOLUÇÃO Nº 26/2024

**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE APROVAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO
UNIDADES GOVERNAMENTAIS**

ILMO (A). SENHOR (A)

XXXX

**PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS
MEDIANEIRA - PR**

A unidade abaixo qualificada, por seu representante legal vem requerer:

() Aprovação de documentação.

Nome da Unidade:

Endereço do Atendimento:

Telefone: E-mail:

Nome do(s) Serviço ou Programa(s):

() Atendimento

Público Alvo e Faixa Etária:

Dados do Representante Legal:

Nome

Endereço: nº Bairro:

Município: UF: CEP:

Tel. Celular: E-mail:

RG: CPF: Data nasc.:

Escolaridade

Medianeira, de de .

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL/ CARIMBO



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

ANEXO III DA RESOLUÇÃO Nº 26/2024

PLANO DE AÇÃO ANUAL – [ANO]

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE OU UNIDADE GOVERNAMENTAL

Razão Social			C.N.P.J.		
Endereço			Telefone		WhatsApp institucional
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		

2. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Responsável Legal					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo	E-mail		
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel	
Nome do Coordenador ou Técnico Responsável pelo Serviço e/ou Programa					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo	Formação		

3.FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

4.NOME DO SERVIÇO OU PROGRAMA DE ATENDIMENTO

5.ENDEREÇO DO SERVIÇO OU PROGRAMA DE ATENDIMENTO

6. PÚBLICO ALVO

7. FORMAS DE ACESSO E DE DESLIGAMENTO

Acesso:

- () Por determinação judicial
() Por encaminhamento de outra Unidade da Rede de Atendimento
() Por Demanda espontânea da família
() Outros: _____



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

Desligamento:

- () Mudança de Município
() Por solicitação de responsáveis legais
() Óbito
() Transferência de modalidade
() Outros _____

8. JUSTIFICATIVA

9. METODOLOGIA

10. OBJETIVO GERAL

11. DETAHAMENTO DAS ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS

Objetivo Específico	Descrição de Atividade	Agenda de execução (dias, horários e local)

12. ORIGEM DOS RECURSOS

12.1 – RECURSOS FINANCEIROS

FONTE	VALOR ANUAL
TOTAL	

12.2 – RECURSOS FÍSICOS

Descrição	Quantidade



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

12.3 – RECURSOS HUMANOS				
Nome Completo	Formação	Vínculo	Função	Total Carga Horária Semanal destinada ao Programa
13. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL				
14. ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENDIMENTO				
15. FORMA DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO				
16. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO				
17. DECLARAÇÃO				
<i>Na qualidade de Representante Legal da [colocar o nome da Entidade], declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas neste Plano de Ação Anual, são expressões da verdade e possuem Fé Pública.</i>				
Medianeira, de de .				
Nome e Assinatura do Coordenador				
Nome e Assinatura do Técnico Responsável / Nº Registro Profissional				
Nome e Assinatura do Responsável Legal pela Entidade				



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO Nº 26/2024

RELATÓRIO ANUAL – [ANO]

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE OU UNIDADE GOVERNAMENTAL

Razão Social			C.N.P.J.		
Endereço			Telefone		WhatsApp institucional
Cidade	UF	CEP		E-mail Institucional	

2. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Responsável Legal					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	E-mail			
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel		
Nome do Coordenador ou Técnico Responsável pelo Regime de Atendimento/ Programa					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	Formação			

3. NOME DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO

4. ENDEREÇO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO

5. PÚBLICO ALVO ATENDIDO

6. QUANTIDADES DE ACESSOS E DE DESLIGAMENTOS

7. OBJETIVO GERAL



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

8. DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES QUE FORAM DESENVOLVIDAS

Objetivos Específicos	Descrição de Atividades Realizadas	Agenda de execução (dias, horários e local)	Justificativa da não realização

9. ORIGEM DOS RECURSOS

9.1 – RECURSOS FINANCEIROS EXECUTADOS

FONTE	VALOR ANUAL
TOTAL	

10. INFRAESTRUTURA

10.1 – RECURSOS FÍSICOS UTILIZADOS

Descrição	Quantidade

10.2 – RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO PLANO

Nome Completo	Formação	Vínculo	Função	Total Carga Horária destinada ao Programa	Admissões	Demissões



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDIANEIRA PR**

cmas@medianeira.pr.gov.br

Avenida José Callegari, nº467, 4º andar, bairro Ipê – Fone: (45) 3264-8694

11. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

12. ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENDIMENTO

13. FORMA DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

14. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

15. DECLARAÇÃO

Na qualidade de Responsável da [colocar nome da Entidade], declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas neste Relatório Anual, são expressões da verdade e possuem Fé Pública.

Medianeira, de de .

Nome e Assinatura do Coordenador

Nome e Assinatura do Técnico Responsável / Nº Registro Profissional

Nome e Assinatura do Responsável Legal pela Entidade