Roteiro de Relatório de Atividades				
Ano				
Serviços/Programas Tipificados				
Resolução CMAS nº 046/2023 – Aprova os roteiros de Plano de Ação, Relatório de Atividades e Orientação Técnica, para uso das entidades ou organizações de Assistência Social no ato da inscrição ou entrega anual obrigatória, até 30 de abril.				
BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE				
1.1 Nome da Entidade				
1.2 CNPJ:				
1.3 Endereço:				
1.4 Número de inscrição no CMAS/Arapiraca (se houver):				
Bloco II – Finalidade Estatutária e Plano de Ação Ano Anterior				
2.1 A entidade cumpriu suas finalidades estatutárias? (Conforme Plano de Ação do ano anterior) () Sim () Não				

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

2.2 A entidade considera que suas atividades planejadas no Plano de Ação do ano

() Não () Parcialmente cumpridas

Se não, por qual motivo?

anterior foram cumpridas? () Sim

Atenção! Caso a entidade possua mais de uma oferta socioassistencial inscrita ou queira solicitar inscrição de mais de uma oferta socioassistencial fazer o preenchimento a partir do bloco III para cada uma delas.

Bloco III – Origem dos Recursos e valor aplicado no serviço/programa socioassistencial no ano.

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

BLOCO IV – INFRAESTRUTURA DA ENTIDADE

4.1 O imóvel é alugado ou próprio? O espaço físico da oferta socioassistencial está apropriado para as atividades a serem executadas ou necessita de algumas adaptações? Há acessibilidade para todos os usuários (está conforme ABNT ou com adequações

razoáveis ou não há acessibilidade)?
4.2 Mobiliário: Os mobiliários atendem as necessidades da oferta? Os materiais de consumo foram suficiente para a execução da oferta socioassistencial?
BLOCO V – OFERTAS SOCIOASSISTENCIAIS REALIZADAS (CONFORME PLANO DE AÇÃO DO ANO ANTERIOR)
5.1 Identificação do Serviço/Programa Inscrito ou Solicitado ao CMAS/Arapiraca:
5.1.1 Nível de Proteção*
5.1.2 Serviço/Programa*
*Atenção: Descrever conforme Resolução CNAS nº 109/2009 e Resolução CNAS nº 27/2011.
5.2 Atividades socioassistenciais realizadas:
a) Atividade ofertada:
Foi realizado planejamento prévio da atividade? () Sim () Não
Público atendido:
Objetivos da atividade 1 (relatar); os objetivos foram atingidos:
Temas abordados na atividade 1:
Período que a atividade 1 foi realizada (dias da semana e meses):
Número de inscrito ao longo do ano na atividade 1:
Possui registro de frequência? () Sim () Não
b) Atividade ofertada:
É realizado planejamento prévio da atividade? () Sim () Não
Público atendido:
Objetivos da atividade 2 (relatar); os objetivos foram atingidos:
Temas abordados na atividade 2
Período que a atividade 2 foi realizada (dias da semana e meses)
Número de inscritos ao longo do ano na atividade 2:

Possui registro de frequência?	() Sim () Não					
Atenção! Caso haja mais atividades a serem relatadas fazer continuação das atividades por letras (c, d, e,).						
5.3 Recursos Humanos da ofe	erta socioassistencial do	ano				
Nome	Cargo/função	Carga	horária	Tipo de contrato		
*Cargo/função - coordenador, o Técnico de Nível Superior, entre		dministra	ativo, estagiá	rio, serviços gerais,		
Atenção! Na tabela acima devanterior.		ários qu	ue exerceran	n atividades no ano		
5.4 Articulação realizada pela	a entidade					
5.4.1 Equipamento público estatal	Participou de reuniões d com outras entidades no e CREAS e Centro Pop' () Sim () Não	CRAS		l equipamento		
	Discutiu casos com CRACREAS e Centro Pop? () Sim () Não	AS e/ou	Se sim, qua CREAS?	is CRAS ou		
	Recebeu encaminhame equipamentos público e (CRAS, CREAS e Centr () Sim () Não	statais	Se sim, qua público?	l equipamento		
	Encaminhou indivíduos/famílias para atendimento nos equipa públicos estatais (CRAS CREAS e Centro Pop) () Sim () Não	,	Se sim, qua	ıl?		
5.4.2 Rede socioassistenciais	Encaminhou indivíduos/famílias para		Se sim, qua	ıl?		

	atendimento na rede socioassistencial do município? () Sim () Não				
	Recebeu encaminhamento da rede socioassistencial do município? () Sim () Não	Se sim, qual?			
5.4.3 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?			
BLOCG) VI – PARTICIPAÇÃO DOS USU	JÁRIOS			
6.1 Quais foram as formas utilizadas pela entidade para a participação de indivíduos/famílias no planejamento/execução/avaliação das atividades desenvolvidas.					
6.2 Observações que a entidade julgar necessárias:					
109/2009; 13/2014; 33/2012; 3- Conselho Municipal de Assistên	: Conselho Nacional de Assistên 4/2011; 33/2011, 17/2011; 27/20 cia Social (Resolução 32/2018; 4 tações Técnicas da Resolução N	8/2021).			
Arapiraca,	de	de .			
Esse roteiro foi preenchido de acordo com Resolução CMAS nº 046/2023 – Aprova os roteiros de Plano de Ação, Relatório de Atividades e Orientação Técnica, para uso das entidades ou organizações de Assistência Social no ato da inscrição ou entrega anual obrigatória, até 30 de abril.					
Responsável Técnico pela Oferta Socioassistencial					
Responsável pelo preenchimento					

Representante legal pela entidade	_