

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, por qual motivo?			
2.2 A entidade considera que suas atividades planejadas no Plano de Ação do ano anterior foram cumpridas? () Sim () Não () Parcialmente cumpridas			
Se não ou parcialmente cumprida o que faltou e quais motivos contribuíram para a não execução total?			
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 oferta socioassistencial do ano

Nome	Cargo/função	Carga horária	Tipo de contrato

*Cargo/função - coordenador, educador social, apoio administrativo, estagiário, serviços gerais, Técnico de Nível Superior, entre outros.

Atenção! Na tabela acima deve estar todos os funcionários que exerceram atividades no ano anterior.

5.4 Articulação realizada pela entidade

5.4.1 Equipamento público estatal	Participou de reuniões de rede com outras entidades no CRAS e CREAS e Centro Pop? () Sim () Não	Se sim, qual equipamento público?
	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?
5.4.2 Rede socioassistenciais	Encaminhou indivíduos/famílias para	Se sim, qual?

	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?

BLOCO VI – PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

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:

Fontes para serem consultadas: Conselho Nacional de Assistência Social (Resoluções-14/2014; 109/2009; 13/2014; 33/2012; 34/2011; 33/2011, 17/2011; 27/2011). Lei 8742/1993 e alterações. Conselho Municipal de Assistência Social (Resolução 32/2018; 48/2021). É indispensável seguir as Orientações Técnicas da Resolução Nº63/2022 para o preenchimento desse documento.

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

Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS

 Avenida Rio Branco, 104, Centro - Arapiraca/AL

 cmasarapiraca@gmail.com