



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA**  
**CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

cmdcadiamantina@gmail.com



**PROTOCOLO Nº**

**/CMDCA**

CADASTRO DE INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE

**I – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE EXECUTORA**

01) Nome da Entidade:											
02) Endereço da Entidade (rua, avenida... Número, complemento):											
03) Bairro/vila/Jardim:						04) Município:			05) UF		
06) CEP				07) Endereço Eletrônico (e-mail)							
08) DDD – Telefone:				09) FAX:				10) Site/Página na Internet.			
11) Data de fundação:				12) CNPJ (caso exista específico da executora):							
13) Informar se teve outra denominação e/ou sede anterior:											

**II – INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE**

14) Nome completo do presidente da Entidade:											
15) Endereço residencial:											
16) CEP				17) Cidade						18) UF	
19) Telefone				20) Celular				21) e-mail:			
22) Registro Geral e órgão expedidor						23) Cadastro de Pessoa Física					

### III – OBJETIVO DA ENTIDADE EXECUTORA

24) OBJETIVO GERAL:
---------------------

25) Identificar a atividade principal: (assinalar com “x” apenas uma opção).		
<input type="checkbox"/> Assistência Social	<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Saúde
<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Pesquisa	<input type="checkbox"/> Assessoramento
<input type="checkbox"/> Religiosa:	<input type="checkbox"/> outros:	

### IV – INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DA ENTIDADE

26) Ata de posse da atual diretoria				27) Período de mandato da atual diretoria:			
Registro em Cartório				Início		Final	
Livro:	Folha	Data					

### V – INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS DOCUMENTOS

28) UTILIDADE PÚBLICA		Tipo e número do documento	Vigência		
Municipal	Lei/Decreto				
Estadual	Lei/Decreto				
Federal	Lei/Decreto				
Nenhuma					

29) ALVARÁ DE LICENÇA					
Tipo		Área	Tipo e número de documento	Data de validade	
Sanitário		Saúde			
Localização		Fazenda			
Funcionamento		Educação			
Outro					

30) REGIMENTO INTERNO			31) PLANEJAMENTO DAS AÇÕES		
SIM		NÃO	(*) Plano de Trabalho ou Plano de Ação		
			Anual ( )	Permanente ( )	Inexistente ( )

\* apresentar em anexo cópia do último Planejamento.

### VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTIDADE EXECUTORA

Nome	Função	RG/CPF

## VII – RELAÇÃO COM O CMDCA

33) A Entidade já esteve registrada no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente?			
SIM. ( 1 )	REGISTRO Nº. De ___/___/___	NÃO (2)	Por quê?

## VIII – ATENDIMENTO AO PÚBLICO

34) PÚBLICO ATENDIDO (especificar quantidade)					
Feminino	Criança	00 a 05 anos		06 a 12 anos	
	Adolescente/jovem	13 a 17 anos		18 a 24 anos	
Masculino	Criança	00 a 05 anos		06 a 12 anos	
	Adolescente/jovem	13 a 17 anos		18 a 24 anos	
35) PERIODICIDADE DO ATENDIMENTO					
1	Eventual	2	Continuado	3	Por tempo limitado
36) FORMA DE ATENDIMENTO		1	Individual	2	Grupo
37) ENFOQUE DO ATENDIMENTO		Multidisciplinar		1 – Sim	2- Não
Especificar áreas (disciplinas);					
38) FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO					
DIAS			HORÁRIO		
Ininterrupto (24 horas)	1		Integral (24 horas)	4	
5 dias da semana (2ª a 6ª feira)	2		Horário parcial. Qual?	5	
Outro. Citar:	3		8 horas/dia. Das ___h___ às ___h___ Intervalo das ___h___ min às ___h___ min.	6	
			Outro. Citar:	7	
39) DADOS SOBRE O ATENDIMENTO					
Capacidade de atendimento		Usuários (as) cadastrados (as)		Média de frequência	
40) PROCEDÊNCIA DO PÚBLICO ATENDIDO		1 - Município ( ) 2 - Região ( ) 3 - Nacional ( )			
41) DEMANDA REPRIMIDA:					
Situação da Demanda Local:		1 – Atendida totalmente ( )		2 – Não atendida totalmente ( )	
Há demanda reprimida (fila de espera). Quanto?					
42) DADOS SOBRE O PÚBLICO ATENDIDO (em número):					
Crianças		Adolescentes		Jovens	
				Famílias	

## IX – COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO

43) NÍVEL DE PROTEÇÃO					
Proteção Social Básica	1		Proteção Social Especial	2	
44) MODALIDADE DE ATENDIMENTO					
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA (1)			PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL (2)		
Centro de Convivência		1.1	Acolhimento Institucional		2.1
Atendimento Infantil		1.2	Habilitação e Reabilitação		2.2
Infanto-Juvenil		1.3	Atenção à vítima de violência		2.3
Apoio Sócio Familiar		1.4	Medidas sócio educativas		2.4
Apoio Sócio Educativo		1.5	Centro Dia		2.5

Educação Profissional		1.6	Atenção a pessoas em situação de rua		2.6
Inclusão Produtiva (geração trabalho e renda)		1.7	Outro. Qual?		2.7
Outro. Qual?		1.8	<b>DEFESA DE DIREITOS (3)</b>		3.1
<b>45) CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO</b>					
A		Domicílio/área geográfica	F		Avaliação Diagnóstica
B		Renda familiar e per capita	G		Grau risco pessoal e social
C		Idade	H		Violação de direitos, etc.
D		Nº. Membros/família	I		Famílias chefiadas por mulheres
E		Existência PPD/Idoso/Doente crônico	J		Outros
<b>46) PROCESSO DE DESLIGAMENTO DO USUÁRIO DO SERVIÇO PRESTADO PELA ENTIDADE:</b>					
A Entidade adota critérios de desligamento do usuário no programa/projeto      ( ) 1 - Sim      ( ) 2 - Não					
Se sim, quais:					
<b>47) PROCEDIMENTOS QUANTO AO REGISTRO DO ATENDIMENTO REALIZADO</b>					
Documentação utilizada:					
	1	Cadastro eletrônico	3		Ficha de Acompanhamento/intercorrências
	2	Ficha de Atendimento/Cadastro	4		Outros (especificar)

## X – ACOMPANHAMENTO

48) A Entidade participa de reuniões da rede sócio assistencial? Quais:	
49) A Entidade participou da última Conferência do CMDCA?      1 - Sim ( )      2 - Não ( )	
50) Recebeu visitas dos órgãos abaixo: ( ) Gerência de Monitoramento e Avaliação / Secretaria Municipal de Assistência Social      ( ) Conselho (Criança; Assistência Social; Idoso; Mulher, outros). ( ) outro Qual _____	
51) Foram sugeridas adequações: 1 – Sim ( )      Quais: 2 - Não ( )	

## XI – SOCIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

52) A Entidade autoriza a liberação de informações de seu cadastro para órgão gestor, Conselhos, bem como, estudantes e professores universitários e outros, para fins diversos, tais como: banco de dados, pesquisas, avaliações, doações, etc.?		
1		SIM.
1.1		Parcialmente. Quais?
2		Não, Por quê?

## XII - METODOLOGIA DE ATENDIMENTO DA ENTIDADE

53) As ações desenvolvidas têm caráter preventivo e formativo:					
1		SIM	2		Não      Explique:
54) Prioriza o enfoque Inter setorial e/ou articulação da rede na execução das ações:					
1		SIM	2		Não      Explique:
55) Atendimento na área de esporte, lazer e cultura:					

Atividades recreativas (jogos, campeonatos brincadeiras).		Atividades esportivas (jogos campeonatos, treinos),	
Atividades artísticas (pintura, música, dança, coral, teatro etc.)		Atividades de lazer (TV, rádio, viagens, passeios e	
Artesanato			
56) Como se dá o atendimento na área religiosa?			
_____			
_____			
_____			
57) Descreva as atividades desenvolvidas diariamente com as crianças e adolescentes:			
_____			
_____			
_____			
58) Como é realizado o trabalho com a família?			
_____			
_____			
_____			

Considerações:

Para a garantia de atendimento integral ao segmento populacional beneficiado, o atendimento deve ser complementar e não concorrente de outros serviços de atendimento já disponíveis quando houver. A formação de parcerias pode facilitar tal complementaridade.

59) Apresenta capacidade de promover ações que possibilitem a remoção de condicionantes que determinam ou reforçam o problema:						
1		SIM	2		Não	Explique:
_____						
60) Implementa ações que expressam o respeito e contribua na promoção da cidadania do público atendido:						
1		SIM	2		Não	Explique:
_____						
61) O programa desenvolvido está em consonância com a Política de Assistência Social:						
1		SIM	2		Não	Explique:
_____						
62) A entidade se propõe a efetuar as mudanças/ adequações propostas para atender as urgências e necessidades apontadas para ela demanda:						
_____						
1		SIM	2		Não	Explique:
_____						

### XIII – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O propósito da avaliação na entidade é determinar o mérito de sua missão, finalidade e objetivos. A avaliação auxilia na decisão sobre a implementação ou não de outros projetos e/ou atividades e eventos (treinamento de capacitação de pessoal, mudança de procedimentos no atendimento aos usuários, etc.) Ela contribui para o melhor funcionamento da entidade trazendo como consequência a melhoria da condição de vida do público atendido.

63) A Entidade realiza avaliação do trabalho com a equipe operacional: 1 – Sim ( ) 2 – Não ( ) Em caso afirmativo, com que frequência? ( ) semanal ( ) mensal ( ) trimestral ( ) anual ( ) Outros
64) Utiliza algum instrumental para registro: 1 - Sim ( ) 2 – Não ( ). Se sim, qual?
65) A Entidade realiza avaliação do trabalho com o usuário: ( ) Bianual ( ) Semestral ( ) Anual ( ) Outro. Qual?
66) A Entidade introduziu ações inovadoras nos últimos 12 meses: 1 - Sim ( ) 2 – Não ( ). Em caso afirmativo, quais?
67) A Entidade promove eventos e espaços para a participação das pessoas atendidas e respectivas famílias: 1 - Sim ( ) Em caso afirmativo, com que frequência? ( ) semanal ( ) mensal ( ) trimestral ( ) anual ( ) Outros. Nível de participação: ( ) Ótima ( ) Bom ( ) Regular 2 – Não ( ).

#### XIV - FINANCIAMENTO

68) Receita bruta auferida pela entidade nos balanços contábeis dos últimos três anos:		
Ano I		
Ano II		
Ano III		

#### Considerações:

Conforme identificado pela auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU, tal informação vai permitir que o CMDCA possa identificar o porte da entidade beneficente de assistência social.

69) Percentual de recursos aplicados na execução da Política de Assistência Social:											
Até 10%	1		Até 50%	2		Mais de 50%	3	Não se aplica	4		
70) Possui benefícios provenientes de:											
Isenção da cota patronal	1		Contrapartida financeira de benefício de pessoa portadora de deficiência, que recebe o Benefício de Prestação Continuada - BPC (ou seja, o benefício recebido é repassado no seu total ou em parte para a entidade).						4		
Isenção de imposto de importação	2										
Isenção do IPVA	3		Outros: Especifique:						5		
71) Possui convênio com											
Conveniente (assinale com X)						Contrapartida			SIM	NÃO	
1	Gestor Federal					Com contrapartida					
2	Gestor Estadual					Com contrapartida					
3	Gestor Municipal					Com contrapartida					
4	Órgãos internacionais					Com contrapartida					
5	Outros (especificar):					Com contrapartida					
72) Se há convênio, os recursos são recebidos de acordo com o cronograma de repasse? Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( )											
73) Os recursos recebidos são aplicados de acordo com os objetivos previstos no convênio? Sim ( ) Não ( )											
74) Especificar o impacto social da aplicação dos recursos recebidos por meio de convênios:											
75) Quadro de Recursos Financeiros											
FONTE			VALOR			%		PERIODICIDADE			
FEDERAL											
ESTADUAL											
MUNICIPAL											
DO AÇÃO PESSOA FÍSICA											
DO AÇÃO PESSOA JURÍDICA											
DO AÇÃO INTERNACIONAL											
TOT AL											

76) Especificar doação recebida em espécie:							
1	Vestuário:						
2	Alimento:						
3	Equipamento de infra-estrutura:						
4	Material de consumo:						
5	Medicamento:						
6	Recursos financeiros:						
7	Outros						
77) Como a entidade tem aplicado suas receitas advindas das isenções de impostos, doações e de eventual resultado operacional?							
	1	Melhoria de infra-estrutura física e operacional		4	Aumento do número de beneficiários atendidos		
	2	Capacitação e contratação de novos funcionários		5	Melhoria na qualidade de atendimento dos beneficiários		
	3	N/A (não se aplica)		6	Outro		
Observação:							
78) Outro apoio da esfera governamental e não governamental							
<del>Órgão Apoio</del>	Municipal	Estadual	Outros	<del>Órgão Apoio</del>	Municipal	Estadual	Outro
Água				Alimentação			
Luz				Material Didático			
Aluguel				Cessão de RH			

## XV – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

79) Quadro de Funcionários:		
Nº. Funcionários		Escolaridade
Voluntários		Escolaridade/Regularidade
Cedidos por órgãos públicos		

**Considerações:** Este item pretende responder à pergunta: até que ponto a entidade dispõe em seu quadro de recursos humanos bem qualificados para desenvolver sua atividade fim e responder aos seus desafios. O referido exame não está ligado diretamente à avaliação de currículos, mas, sobretudo às habilidades específicas exigidas para o desenvolvimento dos objetivos da entidade para o atendimento ao público alvo da Assistência Social.

80) Recursos Humanos disponíveis ao atendimento:			
A) Total de funcionários:			
Quantidade de funcionários, conforme função:			
C) RH Técnico:		RH apoio:	
D) Vínculo de Trabalho:			
Próprios		Voluntários	Cedidos
81) Quanto à quantidade:			
RH Técnico:		( ) suficiente	( ) insuficiente
RH Apoio:		( ) suficiente	( ) insuficiente

82) Quanto à Formação/Escolaridade:					
RH Técnico:	( ) adequado	( ) inadequado			
RH Apoio:	( ) adequado	( ) inadequado			
83) Percentual de funcionários e voluntários com formação na área social compatível com a especificidade do atendimento ( ) de 0 a 5% ( ) 6% a 10% ( ) 11% a 20% ( ) 21% a 50% ( ) 51% a 100%					
84) Quanto à formação e capacitação:					
Participam em cursos:	SIM	NÃO	Participam em cursos:	SIM	NÃO
1. Diretores			4. Voluntários		
2. Técnicos			5. Apoio (1)		
3. Administrativos					
Se afirmativo que frequência: ( ) mensal ( ) semestral ( ) anual ( ) Outros (1) Compreende pessoal de apoio àqueles que ocupam as funções de serviços gerais; cozinha, vigilância, etc.					

## XVI – INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE NA ENTIDADE

1. ( ) almoxarifado	16. ( ) alojamento (nº. Quartos)
2. ( ) ambulatório médico	17. ( ) ambulatório odontológico
3. ( ) área coberta	18. ( ) auditório (capacidade)
4. ( ) campo de futebol	19. ( ) copa
5. ( ) cozinha	20. ( ) dispensa
6. ( ) enfermaria	21. ( ) escritório/secretaria
7. ( ) horta (m²)	22. ( ) instalações sanitárias
8. ( ) jardim (m²)	23. ( ) lactário
9. ( ) lavanderia	24. ( ) oficina - quantidade /especificar o tipo de atividade:
10. ( ) playground	25. ( ) pomar
11. ( ) quadra esportiva	26. ( ) rouparia
12. ( ) salas de aula – número	27. ( ) salas de aula /assentos
13. ( ) veículo – Quantidade	28. ( ) garagem
14. ( ) sala p/ professores	29. ( ) biblioteca
15. ( ) brinquedoteca	30. ( ) sala de vídeo
( ) outros (especifique):	

IMPORTANTE: EM SE TRATANDO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL RESPONDER AO

ANEXO.

Declaro que as informações constantes neste documento são expressões da verdade.			
Data do preenchimento		Nome do Titular e/ou responsável:	
Assinatura			

IMPORTANTE: Antes de entregar no CMDCA, para protocolo, verifique se TODAS as folhas estão rubricadas pelo titular e/ou responsável.