

TIMBRE DA ENTIDADE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES Referente ao Plano de Ação do Ano _____

1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE EXECUTORA

Entidade Executora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone		
Cidade	UF	CEP	E-mail		
Nome do representante legal				C.P.F.	
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail	
Endereço completo			CEP	(DDD) Telefone	
Data de início e término do mandato: dd-mm-aaaa a dd-mm-aaaa					

2. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE MANTENEDORA (Não preencher caso não se aplique)

Entidade Mantenedora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone		
Cidade	UF	CEP	E-mail		
Nome do responsável legal				C.P.F. 999.999.999-99	
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail	
Endereço completo			CEP	(DDD) Telefone	
Data de início e término do mandato: dd-mm-aaaa a dd-mm-aaaa					

3. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

Inserir o artigo do estatuto que trata sobre a finalidade estatutária e descrever como a entidade vem as executando.

TIMBRE DA ENTIDADE

4. HISTORICO DA ENTIDADE

Descrever, resumidamente, o histórico da Entidade.

5. PÚBLICO ALVO DA ENTIDADE

Descrever o público alvo da Entidade.

6. OBJETIVO GERAL

Descrever o objetivo geral da Entidade.

6.1 Objetivos Específicos

Elencar os objetivos específicos da Entidade.

1.

7. METAS

Descrever sobre as metas que foram planejadas e realizadas com êxito, além daquelas que não foram previstas, mas que foram alcançadas, e também as metas que não foram realizadas justificando os motivos.

1.

8. ORIGEM DOS RECURSOS (Marcar os que foram efetivamente obtidos.)

- () ASSOCIADOS
- () CAMPANHAS/EVENTOS
- () DOAÇÕES
- () CONVÊNIOS: () MUNICÍPIO () ESTADO () UNIÃO
- () FUNDO MUNICIPAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (FMIA)
- () EMENDAS PARLAMENTARES
- () OUTROS. ESPECIFICAR: _____

9. INFRAESTRUTURA

9.1 Recursos Físicos

TIMBRE DA ENTIDADE

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE

Obs.: Descrever as mudanças ocorridas (ampliação, reforma, etc.)

9.2 Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE

Obs.: Descrever as principais aquisições e perdas.

9.3 Recursos Humanos

Qualificação	Quantidade	Regime de Contratação

Obs.: Descrever observações relevantes

10. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS (obs: para cada serviço, programa, projeto ou benefício, deverá ser preenchido um quadro específico).

10.1 TIPOLOGIA		
<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Assessoramento <input type="checkbox"/> Defesa e Garantia de Direitos		
Em caso de entidade de atendimento, marque uma das alternativas:		
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos <input type="checkbox"/> Serviço de proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas <input type="checkbox"/> Habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência* <input type="checkbox"/> Promoção da Integração ao Mercado de Trabalho* <small>*Lei Federal 12.868/2013</small>	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos – PAEFI <input type="checkbox"/> Serviço Especializado de Abordagem Social <input type="checkbox"/> Serviço de proteção social a adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços a Comunidade (PSC) <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias <input type="checkbox"/> Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento Institucional – Especificar a modalidade: Abrigo Institucional, Casa Lar, Casa de Passagem, Residência Inclusiva <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento em República <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora <input type="checkbox"/> Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento Institucional provisório para pessoas e de seus acompanhantes em trânsito (tratamento de saúde)*

TIMBRE DA ENTIDADE

10.1.1 Nome do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício

Descrever o nome oficial, conforme as normas legais e, em seguida, o nome fantasia, se houver.

10.1.2 Endereço do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício

Descrever o endereço completo onde se realizou o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

10.2 DESCRIÇÃO

Descrever no que consistiu este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício que a Entidade prestou, demonstrando como este trabalho teve vinculação com a Política de Assistência Social.

10.3 PÚBLICO ALVO

Descrever qual foi o público-alvo atendido por este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc..

10.4 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

Descrever qual foi o número de atendimentos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

10.5 OBJETIVOS

Descrever quais foram os objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

1.

10.6 ATIVIDADES

Objetivos	Descrição das Atividades	Mês Inicial	Mês Final
Copiar os objetivos citados acima.	A partir das atividades que foram realizadas para alcançar cada um dos objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, descrever o seu desenvolvimento/resultados atingidos para o alcance do objetivo.		
1.			
2.			
3.			

10.7 RECURSOS FINANCEIROS UTILIZADOS

Descrever o montante de recursos financeiros que foram utilizados para manutenção deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício. (Excluir ou incluir itens conforme a necessidade.)

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	
Fundo Nacional de Assistência Social	
Fundo Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente	

TIMBRE DA ENTIDADE

Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente	
Doações	
Eventos Beneficentes	
Doações da Receita Federal	
Outros (especifique)	
Serviço de telemarketing	
TOTAL GERAL	

10.8 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Descrever quais foram os recursos humanos envolvidos no desenvolvimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS

10.9 ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Descrever qual foi a abrangência territorial deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

10.10 PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

Descrever como foi a participação dos usuários e/ou estratégias deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação e monitoramento.

10.11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Descrever como este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício foi monitorado e avaliado pela equipe da própria Entidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual a periodicidade da elaboração de relatórios quanti/qualitativos, quem teve acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, se houve monitoramento e avaliação de órgãos externos, quais os indicadores de monitoramento e avaliação.

11. OUTRAS INFORMAÇÕES

--

TIMBRE DA ENTIDADE

12. 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.

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Representante Legal