



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
MANDAGUARI
Secretaria Municipal de Assistência Social

ANEXO XI
(COM TIMBRE DA OSC/TODAS AS FOLHAS DEVEM SER RUBRICADAS PELO
PRESIDENTE E PELO TÉCNICO RESPONSÁVEL)
MODELO DE RELATÓRIO MENSAL DE EXECUÇÃO DO OBJETO¹

I- IDENTIFICAÇÃO:

| | |
|--|---|
| Mês/ Ano | |
| Instituição | |
| Telefone | |
| Email | |
| Site | |
| Presidente | |
| Nível de proteção | |
| Descrição do serviço (os) ² | <i>Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade abrigo institucional para crianças e adolescentes;</i> |

| | |
|--|--|
| Título do Projeto | |
| Nº do Termo de Colaboração | |
| Valor total do Termo de Colaboração | |
| Valor da parcela do Termo de Colaboração | |

II – RECURSOS HUMANOS

| Nome | Cargo | Carga horária semanal | Indicar quem é pago com recursos da parceria |
|------|-------|-----------------------|--|
| | | | |

Voluntários:

| Nome | Cargo | Carga horária |
|------|-------|---------------|
| | | |

Participação da equipe em eventos, capacitações, reuniões de conselhos municipais? Qual?

| Data | Quem participou | Evento | Horário | Local |
|------|-----------------|--------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |

¹ Todas as informações deverão estar de acordo com o Plano de Trabalho aprovado, referente ao Chamamento Público de 2018.

² Segundo a Resolução CNAS nº 109/2010 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI

Secretaria Municipal de Assistência Social

III – DO TRABALHO SOCIAL

| VIGILÂNCIA SOCIAL | |
|--|---------------------------------|
| Existe sistematização das situações de vulnerabilidades e risco social dos usuários da entidade? | () sim () não Como? |
| PERFIL DOS USUÁRIOS/FAMÍLIAS ATENDIDAS <i>(dados quantitativos)</i> | |
| PERFIL | QUANTIDADE |
| Famílias/pessoas inseridas no CADUNICO | |
| Famílias/pessoas beneficiários do Programa Bolsa Família | |
| Famílias/pessoas beneficiários do BPC | |
| Famílias/pessoas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos | |
| Famílias/pessoas em situação de vulnerabilidade econômica | |
| Famílias/pessoas com deficiência | |
| Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos: violência física; | |
| Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos: violência psicológica; | |
| Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos: violência sexual; | |
| Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos: negligência; | |
| Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos: Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; - Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar; | |
| Famílias atendidas por outra instituição do SUAS | |
| Outros itens: <i>descrever conforme colocados no edital de chamamento público e/ou a realidade da OSC</i> | |

| Serviço | Capacidade de atendimento | Número de atendidos |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Serviço de Acolhimento Institucional | | |

| Quantidade de acolhidos | Masculino | | | Feminino | | |
|--|--------------|--------------|---------|--------------|--------------|---------|
| | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos |
| Total de crianças e adolescentes acolhidos | | | | | | |
| Novas crianças e adolescentes acolhidos no mês | | | | | | |
| Crianças e adolescentes reincidentes no mês | | | | | | |

| Perfil das novas crianças e adolescentes acolhidos no mês | Masculino | Feminino |
|---|-----------|----------|
| Total de novos acolhidos com deficiência física, sensorial ou intelectual | | |
| Total de novos acolhidos com doença mental (transtorno mental) diagnosticado | | |

| Motivo predominante do acolhimento | | Total | | | | | |
|------------------------------------|-----------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| | | 0 a 2 anos | 3 a 6 anos | 7 a 11 anos | 12 a 13 anos | 14 a 17 anos | 18 anos |
| Negligência | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |
| Abandono | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI

Secretaria Municipal de Assistência Social

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|
| Maus tratos | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |
| Violência doméstica | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |
| Violência financeira | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |
| Violência sexual | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |
| Situação de rua | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |
| Outros (especificar): | Masculino | | | | | | |
| | Feminino | | | | | | |

| ORIGEM DA DEMANDA | QTD | BAIRRO |
|------------------------------|-----|--------|
| Conselho Tutelar | | |
| Vara da Infância e Juventude | | |
| TOTAL | | |

| TEMPO DE PERMANÊNCIA NO ABRIGO | QTDE |
|--------------------------------|------|
| Até 06 meses | |
| Acima de 06 meses a 01 ano | |
| Acima de 01 ano a 02 anos | |

| ATIVIDADES REALIZADAS PELA EQUIPE TÉCNICA | QTDE |
|--|------|
| Famílias acompanhadas por menos de 6 meses | |
| Famílias acompanhadas por 6 meses ou mais de 6 meses | |
| Visita domiciliar | |
| Atendimento/acompanhamento social individualizado | |
| Atendimento/acompanhamento psicológico individualizado | |
| Estudo de caso | |

| DESLIGAMENTO | QTDE |
|---------------------------------------|------|
| Reintegração para a família de origem | |
| Reintegração para a família extensa | |
| Adoção | |
| Maioridade | |

| PROTEÇÃO SOCIAL - DADOS QUANTITATIVOS | | | | | |
|---|---------------|--|----------------|---------|-------|
| Atividade/Oficinas ("descrição do serviço e faixa etária") | Tema abordado | Número de atendidos no mês de referência | Periodicidade | | Local |
| | | | Dias da semana | Horário | |
| Observar o que foi descrito no item "Descrição da Metodologia" no Plano de Trabalho dos editais de chamamento público | | | | | |
| (...) | | | | | |



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI

Secretaria Municipal de Assistência Social

| PROTEÇÃO SOCIAL | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| BENEFÍCIOS EVENTUAIS | | |
| A entidade oferta benefícios eventuais? Como? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| PROTEÇÃO SOCIAL – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES | |
|--|--|
| Descrever como a entidade vem realizando a avaliação e monitoramento de suas atividades. Documentos que serão anexados no mês de referência? | |
| Descrever como a entidade apresentará o alcance dos indicadores qualitativos e quantitativos (aqueles indicados no edital do chamamento público e elencados no plano de trabalho). | |

| PROTEÇÃO SOCIAL – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES NO MÊS | | | |
|---|--|-----|-----|
| Descrição | | Sim | Não |
| A OSC conseguiu atingir 50% com o público prioritário? | | | |
| Fichas cadastrais dos usuários | A OSC fez novos cadastros de usuários? | | |
| | Os cadastros (novos e antigos) possuem número de NIS? | | |
| | Os cadastros estão devidamente arquivados? | | |
| | A OSC encaminhou algum usuário para o CADUNICO? | | |
| Elotech | A OSC inseriu dados no sistema? | | |
| | Foram preenchidas informações individuais dos usuários? | | |
| | Foram preenchidas informações sobre atividades coletivas? | | |
| A OSC trabalhou temas relacionados a | Drogas lícitas e ilícitas | | |
| | Controle social (Conferências Municipais, Conselhos de política pública e de direitos, audiências públicas, entre outros), | | |
| | Estatuto do idoso | | |
| | Política Municipal de Assistência Social (Serviços, Programas, Projetos e Benefícios Socioassistenciais) | | |
| | Outros (especificar) | | |
| Houve pesquisa de satisfação respondida pelos usuários? | | | |
| Houve reuniões de avaliação e monitoramento das atividades pela equipe técnica? Quantas: _____ | | | |
| Outras formas realizadas de avaliação e monitoramento: | | | |

| DEFESA SOCIAL E INSTITUCIONAL | | |
|---|------------------|--|
| Articulação/encaminhamento com a rede socioassistencial ou de políticas públicas? | Escolas | |
| | UBS | |
| | CAPS | |
| | Conselho Tutelar | |
| | CRAS | |
| | CREAS | |



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI

Secretaria Municipal de Assistência Social

| | Outros (elencar) | |
|--|------------------|---------|
| Discussão de casos com a rede socioassistencial e/ou políticas públicas? | () sim | () não |
| Participação no CMDCA, CMDI, CMDM ou CMAS? | () sim | () não |
| Estudo de caso? | () sim | () não |
| É divulgado pela entidade os direitos sociais aos usuários? Como? | () sim | () não |

IV – PRINCIPAIS AVANÇOS:

Descrever e avaliar os principais avanços encontrados para o serviço atingir os objetivos propostos, com destaque para os seguintes eixos de análise: estrutura física; equipamentos e materiais; recursos humanos, direção, parcerias, participação do usuário, entre outros.

V – PRINCIPAIS DIFICULDADES:

Descrever e avaliar as principais dificuldades encontradas para o serviço atingir os objetivos propostos, com destaque para os seguintes eixos de análise: estrutura física; equipamentos e materiais; recursos humanos, direção, parcerias, participação do usuário, entre outros.

VI – SISTEMA INFORMATIZADO

Elencar pontos fortes e fracos referente ao sistema informatizado disponibilizado pela SMAS.

Mandaguari, _____ de _____ de 2019.

Nome do presidente
Assinatura do presidente

Nome do Técnico
Assinatura



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
MANDAGUARI
Secretaria Municipal de Assistência Social

LISTA GERAL DE PESSOAS ATENDIDAS NO MÊS DE _____/2019

| Nº | NOME COMPLETO | Nº NIS |
|-----------|----------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nome do presidente
Assinatura do presidente

Nome do Técnico
Assinatura