**RELATÓRIO DE ATIVIDADES ANO ANTERIOR**

**1**. Identificação da Sociedade Civil – OSC (nome):

CNPJ:

Endereço:

Município:

CEP:

Telefone fixo e celular:

E-mail:

Número da inscrição, ano, município (quando já tiver):

Anexar comprovante de inscrição:

**2.** Cumpriu as finalidades estatutárias durante o ano anterior indicadas no requerimento de inscrição?

**3.** Houve alguma alteração estatutária ou administrativa no ano anterior?

**4.** Cumpriu os objetivos gerais e específicos descritos no plano de ação durante o ano anterior?

Cite quais:

**5.** Descreva a origem dos recursos financeiros da entidade utilizados no serviço, projeto e/ou programa sócio assistenciais inscritos no CMAS.

**6.** Descreva qual infraestrutura da entidade utilizada no serviço, projeto e/ou programa sócios assistencial inscrito no CMAS.

**PREENCHER OS SEGUINTES ITENS (DO 7 AO 15) PARA CADA SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO QUE TENHA INSCRIÇÃO OU ESTÁ REQUERENDO A INSCRIÇÃO NO CMAS:**

**7.** Nome do serviço, programa, e/ou projeto:

**8.** Descreva o valor total de recursos gastos com esse serviço, programa e/ou projeto sócio assistencial utilizado:

**9.** Descreva como funcionou o Serviço, Programa e/ou Projeto Sócio assistencial realizado:

**10.** Público alvo do serviço, projeto, programa ou benefício sócio assistencial:

**11.** Número de atendimentos realizados:

**12.** Número de usuários atendidos:

**13.** Descreva o nome, função, vínculo e a carga horária, somente, dos profissionais que atuam no serviço, programa e/ou projeto inscritos ou a que se pretende a inscrição:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **CARGO/**  **FUNÇÃO** | **VÍNCULO** | **HORAS SEMANAIS**  **DEDICADAS A ESSE SERVIÇO** |
| MARIA DA SILVA | COORDENADOR | CLT | 40h |
| JOÃO OLIVEIRA | EQUIPE DE NÍVEL MÉDIO |  | 44h |
| PATRÍCIA SANTOS | PROFISSIONAL NÍVEL FUNDAMENTAL | CLT | 30h |
|  | PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR |  | 20h |

**14.** Qual foi a abrangência territorial (município/bairro) do público atendido?

**15.** Como se deu a participação ativa dos usuários na avaliação e elaboração dos critérios doServiço, Programa, Projeto ou Benefício durante o ano anterior? Ex.: Análise das demandas dos territórios, assembleias com os usuários, pesquisa de satisfação, caixa de sugestão, cursos, etc.;

**16.** Quais foram os principais desafios enfrentados no ano que passou? Isso interferiu na execução do serviço, programa e/ou projeto sócio assistencial inscrito no CMAS?

**17.** 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:

LOCAL E DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal