

MODELO I

DECLARAÇÃO DE ADIMPLÊNCIA

Eu.....presidente da instituição, inscrito no CPF nº.....declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que esta instituição não se encontra em mora e nem em débito junto a órgão ou entidade da Administração Pública Municipal Direta e Indireta.

Por ser expressa da verdade, firma a presente declaração.

Local e data.

Cargo/ nome da Instituição

MODELO II

DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO AO PODER PÚBLICO

(ENTIDADES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS)

Declaro, para os devidos fins, que nenhum dos dirigentes desta Instituição é agente político de Poder ou do Ministério Público, tanto quanto dirigente de órgão ou entidade da administração pública, de qualquer esfera governamental, ou respectivo cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau.

Local e data.

Cargo/ nome da Instituição

MODELO III

PLANO DE TRABALHO ATENDIMENTO

1 – Dados Cadastrais

Órgão Entidade Concedente				CNPJ
Município de Joinville/Secretaria de				83.169.623/0001-10
Endereço				
Av. Hermann August Lepper, 10 - Centro				
Cidade	UF	CEP	DDD Telefone	Esfera Administrativa
Joinville	SC	89221-000	(47) 3431-3233	Municipal
Nome do Responsável				CPF
Udo Döhler				006.091.969-87
Cédula de Identidade/ Órgão Expedidor		Cargo/ Função		Matrícula
373.765-9 – SSP/SC		Prefeito		42.960

Órgão / Entidade Proponente	CNPJ
Objetivo Social: (Objetivos sociais da entidade, com informações relativas à capacidade técnica e operacional para a execução do objeto).	

E-mail:				
Endereço				
Cidade	UF	CEP	DDD Telefone	Entidade Filantrópica
Joinville	SC		(47)	Sem Fins Lucrativos
Conta corrente	Banco		Agência	Praça de Pagamento
	Do Brasil			Joinville
Nome do Responsável				CPF
Cédula de Identidade/ Órgão Expedidor				Função
				Presidente
Endereço				CEP

2 – Descrição

Título:	Período de Execução	
	Início – APE	Término – M APE
Objeto:		
Justificativa:		

*APE. Após a publicação do extrato.

3 – Metas

N.º	Descrição por tipo de atendimento	Qtde.	Valor Unitário R\$	Valor Total (mês) R\$
01				
	TOTAL		----	

4 - Cronograma de Desembolso

Concedente

Meta	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês
01	-	-	-	-	-	-
Meta	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
01	-	-	-	-	-	-

5 – Declaração

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Joinville, para os efeitos e sob as penas da lei, que **inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência** com o Tesouro Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, que mpeça a concretização de ajustes.

PEDE DEFERIMENTO.

Local e data: Joinville, de de 20....

Proponente:

.....,

Presidente da

6 - Aprovado pelo Concedente

Local e data: Joinville, de de 20....

Concedente:

Udo Döhler,

Prefeito Municipal.

.....,

Secretário de

MODELO IV

(Modelo Secretaria de Assistência Social)

* Os modelos de relatórios mensais poderão ser ajustados conforme necessidade e tipos de serviços demandados pela administração pública municipal.

RELATÓRIO MENSAL DE EXECUÇÃO DO OBJETO POR OFERTA

Timbre da Entidade

1 - SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS (SCFV)

Obs.: Em anexo deverá ser encaminhada a relação nominal dos atendidos no mês.

A - IDENTIFICAÇÃO

Nome da Entidade:
Número do credenciamento:
Número da parcela:
Mês de execução:

Objeto do credenciamento:

Serviço socioassistencial realizado pela Entidade:

B - PÚBLICO ALVO

Volume de indivíduos e famílias em atendimento pelo Serviço.....	Quantidade
I - Indivíduos atendidos no mês de referência	
II - Famílias atendidas no mês de referência	
III - Indivíduos/famílias desligados	
IV - Novos indivíduos inseridos no serviço, durante o mês de referência	
V - Novas famílias inseridas no serviço, durante o mês de referência	

Público Prioritário	Quantidade
I - Famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais - CAD Único	
II - Famílias com membros beneficiários do Benefício de Prestação Continuada - BPC	
III - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	
IV - Indivíduos em situação de Acolhimento	
V - Crianças ou adolescentes sem situação de Trabalho Infantil (Até 15 anos)	

C - ATENDIMENTOS COLETIVOS

Volume do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, no mês de referência	Número de Grupos	Número de Participantes
Crianças de 06 a 12 anos em SCFV		

Adolescentes de 12 a 14 anos em SCFV		
Adolescentes de 15 a 17 anos em SCFV		
Idosos em SCFV		

Eixo e oficinas trabalhadas no mês de referência	Sim	Não
Eixo convivência social		
Eixo direito de ser		
Eixo participação		
Oficinas de cidadania		
Oficinas de esporte		
Oficinas artísticas e culturais		
Outros (descreva)		

D - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Atividades desenvolvidas sistematicamente pelo serviço:	Quantidade ao mês
Acolhida	
Acompanhamento e Registro dos encaminhamentos	
Articulação com a Rede Socioassistencial, com a Rede Intersectorial ou com Sistema de Direitos	
Atendimento individualizado familiar	
Atendimento individualizado usuário	
Atividades Comunitárias	
Busca Ativa	
Concessão de Benefícios Eventuais - cesta básica, vale-transporte, outros (descrever)	
Construção e avaliação do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento	

Definição de fluxos de encaminhamentos e troca de informações com o serviço de referência	
Elaboração de Relatórios de usuários e famílias e/ou Prontuários	
Encaminhamento à rede de outras políticas setoriais, a rede socioassistencial e/ou ao Sistema de Garantia de Direitos	
Encaminhamento para acesso ao BPC	
Encaminhamento para acesso de Benefícios eventuais - auxílio-natalidade, funeral e auxílio-moradia, passagem intermunicipal ou interestadual	
Encaminhamento para inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais	
Grupos de convívio e fortalecimento de Vínculos com usuários	
Grupos de convívio e fortalecimento de Vínculos com famílias	
Orientação Sociofamiliar	
Reuniões com famílias	
Reuniões de equipe (estudo de caso, estudos sobre a Política de AS e normativas, etc.)	
Visitas domiciliares	
Outras atividades (descrever)	

E - RECURSOS HUMANOS (RH)

Quantidade de Trabalhadores do SUAS conforme Resolução CNAS nº 17/2011 e Resolução CNAS nº 09/2014:

NOME	FUNÇÃO	FORMAÇÃO	CARACTERÍSTICAS	CARGA SEMANAL	HORÁRIA
			(QUADRO PRÓPRIO, TERCEIRIZADO, CEDIDO, VOLUNTÁRIO OU ESTAGIÁRIO)		

F - RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Descreve as informações produzidas, relatando aspectos pontuais como: objetivo, tema, data, carga horária, local, público-alvo.

É importante que cada atividade tenha seu relato específico, contendo anexos como: fotos e lista de presença. A lista de presença deve conter o Nome dos participantes, o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e respectivas assinaturas.

G - AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO NO MÊS DE REFERÊNCIA MEDIANTE OBJETIVOS E RESULTADOS ESPERADOS

Descrição avaliativa em relação ao objeto do credenciamento e atendimento prestado no mês.

Responsável pelas informações contidas neste relatório:

Nome e Assinatura do Responsável Técnico	Nome e Assinatura do Presidente

Data: / / .

		Parcial		Integral
		5 meses a 3 anos	4 a 5 anos	5 meses a 3 anos
Número de alunos por categoria				
Valores por categoria				
Valor total por categoria				
Valor total a receber no mês				