



**CMDCA - CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC**

**Criado pela Lei Municipal de nº 24, de 19 de abril de 1993, alterada pela Lei Municipal de nº 1409, de 04 de outubro de 2011.**

**RESOLUÇÃO N.º 356/2022**

Dispõe sobre a **aprovação** da alteração nos anexos da resolução de n. 002/2014 deste conselho, que dispõe sobre os procedimentos e critérios para concessão e ou renovação do registro de entidades não governamentais e inscrição de programas de entidades governamentais e não governamentais de atendimento à Criança e ao Adolescente do Município de Capivari de Baixo, com base na Lei Federal nº 8.069/90 alterada pela Lei nº 12.010, de 3 de Agosto de 2009 e Lei Municipal nº 1.409 de 04 de outubro de 2011.

O **CMDCA** - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Capivari de Baixo, órgão deliberativo e controlador da política de atendimento, vinculado ao Gabinete do Prefeito, no exercício das suas atribuições;

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1988;

CONSIDERANDO a Lei Federal n.º 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990 e suas alterações;

CONSIDERANDO a Lei Municipal n.º 1.409/2011 e suas alterações;

CONSIDERANDO a Resolução n.º 002/2014 do CMDCA e suas alterações;

Em reunião ordinária de 26 de maio de 2022, ata de nº 278/2022;

**RESOLVE:**

Art. 1º - Aprovar a alteração nos anexos da resolução de n. 002/2014, que dispõe sobre os procedimentos e critérios para concessão e ou renovação do registro de entidades não governamentais e inscrição de programas de entidades governamentais e não governamentais de atendimento à Criança e ao Adolescente do Município de Capivari de Baixo, com base na Lei Federal nº 8.069/90 alterada pela Lei nº 12.010, de 3 de Agosto de 2009 e Lei Municipal nº 1.409 de 04 de outubro de 2011, sendo acrescentado os seguintes: a inclusão da numeração das páginas e do total dos recursos recebidos no item 1.5 do anexo II – Plano de ação (segue em anexo).

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua Publicação.

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI DE BAIXO</b>
<b>PROTOCOLO</b>
ASSESSORIA ESPECIAL DE DOCUMENTOS
Recebido em: <u>31 / 05 / 2022</u>
 <u>1366</u>
Responsável / Matrícula

  
**Alessandra Vieira Francioni Silva**  
Presidente do CMDCA

Capivari de Baixo, 26 de maio de 2022.

## ANEXO I - REQUERIMENTO

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal Dos Direitos da Criança e do Adolescente de Capivari de Baixo

### 1- REQUERIMENTO

#### 1.1. Informações sobre o Requerimento

Entidade governamental - A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer/renovar **inscrição dos programas governamentais de atendimento** |nesse Conselho, conforme os dados abaixo descritos.

- 1º Requerimento para inscrição do(s) programa(s)
- Renovação da inscrição do(s) programa(s)

Entidade não-governamental - A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer/**renovar registro da entidade e inscrição de programas de atendimento nesse Conselho**, conforme os dados abaixo descritos.

- 1º Requerimento para registro da entidade e inscrição de programas
- Renovação de registro da entidade
- Renovação da inscrição do(s) programa(s)

### 2- CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

#### 2.1. Informações Gerais

Nome da entidade:

Endereço da sede:

CEP:

Bairro:

Cidade:

CNPJ:

Data da Inscrição do CNPJ:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E-MAIL (Instituição):

Telefone da entidade:

FAX:

Entidade com sede/atuação em outros municípios ( )Sim ( )Não

Qual(is)?

#### 2.2. Informações de outros endereços onde são desenvolvidos programas (quando houver)

Nome do programa:

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Telefone:

FAX:

### **2.3. Inscrição e/ou Certificação**

A entidade possui registro/inscrição nas respectivas esferas dos Conselhos:

Municipais: ( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação ( ) Criança e Adolescente ( )  
Outros. Quais?

Estaduais? Quais?

Certificações Federais

( ) Ministério do Desenvolvimento Social

( ) Ministério da Saúde

( ) Ministério da Educação

( ) Outros: Quais?

### **2.4. Dados do representante legal (presidente da entidade)**

Nome:

Data de nasc:

RG:

CPF:

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Telefone:

Celular:

E-MAIL:

Formação:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Superior completo – Curso:

( ) Superior incompleto — Curso:

( ) Especialização – Curso:

( ) Mestrado – Curso:

( ) Doutorado – Curso:

Período do mandato: \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

## 2.5. Dados do Diretor/Coordenador da entidade

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nasc: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Formação:

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Superior completo - Curso :

Superior incompleto – Curso:

Especialização – Curso:

Mestrado - Curso:

Doutorado – Curso:

## 3. CARACTERIZAÇÃO DOS REGIMES DE ATENDIMENTO

3.1. Especificar o(s) Regime(s) de Atendimento do (s) programa(s), nos termos do Art.90 incisos I a VII e §1º, da Lei nº 8.069/90, alterado pela Lei 12.010/09, quais sejam:

**Orientação e apoio sociofamiliar** - Entende-se por regime de orientação e apoio Socio familiar os programas que atendam diretamente as famílias, inclusive as gestantes, com o oferecimento de tratamento, assistência jurídica, acompanhamento social ou fornecimento de bens e serviços voltados ao resgate e/ou fortalecimento de vínculos afetivos, superação de situações de conflito familiar e/ou violência, provimento de necessidades básicas ou alternativas de geração de renda familiar.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

**Apoio sócio - educativo em meio aberto** - Entende-se por regime de apoio sócio - educativo em meio aberto os programas que atendem diretamente crianças ou adolescentes visando se preparo para o exercício da cidadania enquanto agentes transformadores de sua realidade, com atividades de esporte, lazer ou cultura, em período oposto ao escolar e/ou de tratamento acompanhamento ou orientação para crianças ou adolescentes, inclusive as vítimas de ameaças ou violação aos seus direitos.

Nome do (s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

( ) **Colocação Familiar** - Entende-se por regime de colocação familiar os programas dirigidos às crianças e adolescentes privados de convivência familiar, visando sua inserção em família substituta através do incentivo e apoio a guarda, tutela ou adoção, compreendendo as atividades de cadastramento e preparo das famílias, estudos sociais, campanhas de sensibilização e/c divulgação e, ainda, a orientação, encaminhamento e acompanhamento dos devidos procedimentos legais.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

( ) **Acolhimento Institucional** - Entende-se por regime de acolhimento institucional os programas que atendem crianças e adolescentes privados de convivência familiar, através do acolhimento provisório e provimento integral das necessidades básicas, observados os critérios dispostos no Ai 92, 93 e 94 da Lei nº 8.069/90, alterada pela Lei nº 12.010/09 e Manual de Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA e Conselho Nacional da Assistência Social - CNAS de fevereiro de 2008.

Nome do (s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

( ) **Liberdade Assistida** - Entende-se por regime de liberdade assistida os programas que atendem adolescentes autores de ato infracional sob medida socioeducativa de “liberdade assistida: ou “prestação de serviços à comunidade” determinada pela autoridade judiciária, observado disposto no artigo 118 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

( ) **Semiliberdade** - Entende-se por regime de semiliberdade os programas que atendem adolescentes autores de ato infracional sob medida socioeducativa de “semiliberdade” determinada pela autoridade judiciária, observando o disposto no Art. 120 da Lei nº 8.069/90.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

( ) **Internação** - Entende-se por Regime de Internação, medida privativa de liberdade, sujeita aos: princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_

## 5 — INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Termos em que, pede deferimento.

Capivari de Baixo, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE

## ANEXO II- PLANO DE AÇÃO

### 1 - DADOS GERAIS DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO

#### 1.1. Caracterização da entidade:

**Nome da entidade:**

**Dados da sede:** ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada

Obs.: Em caso de aluguel acrescentar o contrato de locação.

**Horário de funcionamento:**

( ) Matutino/Vespertino - Horário:

( ) Matutino - Horário:

( ) Vespertino - Horário:

( ) Noturno — Horário:

( ) Matutino/Vespertino e Noturno — Horário:

**1.2. Histórico sobre a criação da entidade:** apresentar um breve histórico da entidade (máximo 30 linhas).

**1.3. Abrangência territorial:** especificar o território de abrangência (bairros de Capivari de Baixo e/ou municípios vizinhos).

**1.4. Infraestrutura:** informar aspectos gerais dos espaços físicos da sede da entidade, assim como das filiais/subsedes (salas, recepção, etc).

**1.5. Recursos financeiros previstos:** informar origem e valores dos recursos financeiros previstos para manutenção da entidade, anualmente:

Doações de Associados R\$ \_\_\_\_\_

Promoções Próprias R\$ \_\_\_\_\_

Doações R\$ \_\_\_\_\_

Mensalidade R\$ \_\_\_\_\_

Contribuições de associados R\$ \_\_\_\_\_

Repasso Municipal (convênios, subvenção social) R\$ \_\_\_\_\_

Repasso Estadual (convênios, subvenção social) R\$ \_\_\_\_\_

Repasso da União (convênios, subvenção social) R\$ \_\_\_\_\_

Outros R\$ \_\_\_\_\_

TOTAL R\$ \_\_\_\_\_

## Parte II

### 2 - DADOS ESPECÍFICOS DOS PROGRAMAS DESENVOLVIDOS NO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO

(Para cada programa, preencher os dados relacionados a parte II deste anexo)

Nome do programa:

Endereço do local onde é executado:

Bairro:

E-mail:

Telefone(s):

FAX:

Dias da semana que é executado:

Horário em que é executado:

#### 2.1. Objetivo Geral:

Descrever qual a finalidade geral do programa, levando em consideração os resultados junto ao público-alvo que se pretende alcançar.

#### 2.2. Objetivos Específicos:

Descrever os objetivos intermediários, necessários para que se alcance o objetivo geral.

#### 2.3. Público Alvo:

Citar quem é o público alvo do programa, descrevendo as características que identifiquem o perfil dos destinatários das ações como idade, fases da vida (criança, adolescentes, famílias).

#### 2.4. Critérios adotados para inserção dos usuários na entidade:

Descrever os critérios de seleção do público alvo, considerando o tipo de atendimento do programa e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social, idade, renda familiar, entre outros fatores.

#### 2.5. Forma de acesso do usuário ao programa:

(Assinalar a forma de acesso do usuário ao Programa)

- Por procura espontânea
- Por busca ativa
- Por encaminhamento do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS
- Por encaminhamento do Centro Especializado da Assistência Social - CREAS
- Por encaminhamento de outra (s) entidade (s) da rede socioassistencial
- Por encaminhamento de outra política pública e/ou Sistema de Garantia de Direitos

**2.6. Capacidade de atendimento:** nº de vagas total que podem ser disponibilizadas aos usuários e famílias atendidas no município.

**2.7. Metas e Ações** - descrever o que se pretende realizar no ano:

Meta(s)	Ação(ões)
1- Ex. Ampliar o atendimento de crianças de 0 a 6 anos	Realizar busca ativa na comunidade Ampliar o espaço físico Contratar novos profissionais
2-	
3-	
4-	

### **3 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES:**

Descrever de que forma se dará o monitoramento e avaliação do trabalho, que possibilite observar se os objetivos foram alcançados junto aos usuários e/ou rede de serviços.

**Assinatura e carimbo do representante legal da entidade**

**Assinatura e carimbo do responsável técnico do(s) programa(s)**

Termos em que, pede deferimento.

Capivari de Baixo, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXO III - RELATÓRIO DE AÇÕES DO ANO DE \_\_\_\_\_**

**1 - DADOS GERAIS DA ENTIDADE**

Nome da entidade:

Dados da sede: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada

Obs.: Em caso de aluguel acrescentar o contrato de locação.

Horário de funcionamento:

( ) Matutino/Vespertino - Horário: \_\_\_\_\_

( ) Matutino - Horário: \_\_\_\_\_

( ) Vespertino - Horário: \_\_\_\_\_

( ) Noturno - Horário: \_\_\_\_\_

( ) Matutino/Vespertino e Noturno - Horário: \_\_\_\_\_

**2- AÇÕES E RESULTADOS** (Especificar as ações de cada programa de atendimento a criança e ao adolescente).

**Nome do Programa:**

Ações Desenvolvidas:

Resultados Alcançados:

**3 - Número de usuários atendidos no ano:** \_\_\_\_\_

**4 - Número de famílias atendidas no ano:** \_\_\_\_\_

**5 - Forma de acesso do usuário ao programa:** \_\_\_\_\_

**Origem da demanda:**

**Quantidade de usuários:**

( ) Por procura espontânea: \_\_\_\_\_

( ) Por busca ativa: \_\_\_\_\_

( ) CRAS - Por encaminhamento do Centro de Referência da Assistência Social: \_\_\_\_\_

( ) CREAS - Por encaminhamento do Centro Especializado da Assistência Social: \_\_\_\_\_

( ) Por encaminhamento de outra (s) entidade (s) da rede socioassistencial: \_\_\_\_\_

( ) Por encaminhamento de outra política pública e/ou Sistema de Garantia de Direitos: \_\_\_\_\_

6. **PROGRAMAS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR** (item específico para programa de acolhimento institucional ou familiar)

**Situação**

**Resultado / Quantidade**

Crianças e adolescentes abrigados durante o ano: \_\_\_\_\_

Crianças e adolescentes desabrigados durante o ano: \_\_\_\_\_

Índices de sucesso na reintegração familiar: \_\_\_\_\_

Índices de sucesso na adaptação à família substituta: \_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do representante legal da entidade**

**Assinatura e carimbo do responsável técnico do(s) programa(s)**

Capivari de Baixo, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**ANEXO IV — RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS E DEMAIS ENVOLVIDOS NOS PROGRAMAS**

**1 - RECURSOS HUMANOS** (Descrever as funções desempenhadas por todos os profissionais e demais envolvidos nos programas de atendimento a criança e ao adolescente).

Nome	Formação Profissional	Nº do Registro profissional	Cargo função no programa	Programa(s) que atua	Função no programa	Carga horária na entidade	Natureza do Vínculo (CLT, Prestador de serviços, voluntário, efetivo)
Ex: Maria sobrenome	Pedagoga	xxx	Orientadora	Oficina terapeutica	Orientadora pedagógica	40h semanais	Efetiva (Estadual)
Ex: Pedro sobrenome	Assist. social	xxx	Assist. social	Educ. trabalho	coordenador	20h mensais	CLT

Capivari de Baixo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do representante legal da entidade**

Demais documentos solicitados em anexo: