

**COLOCAR TIMBRE DA ENTIDADE**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2025**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC:**

**Nome/ Razão Social:**

**CNPJ:**

**Endereço - Rua, nº, Bairro, CEP:**

**Cidade/ UF:**

**Telefone:**

**Fax:**

**E-mail:**

**Horário de funcionamento:**

**CRAS de referência:**

**Público alvo:**

**Capacidade de atendimento mensal:**

**Abrangência territorial:**

**Responsável do Relatório:**

**2. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL:**

**Nome:**

**Endereço - Rua, nº, Bairro, CEP:**

**Telefone:**

**Fax:**

**E-mail:**

**RG:**

**CPF:**

**Cargo na OSC:**

**Data Início do Mandato:**

**Data do Término do Mandato:**

**3. INSCRIÇÕES E CADASTRO DA OSC:**

INSCRIÇÃO / CADASTRO	NÚMERO	VALIDADE
Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS		
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA		
Conselho Municipal do Idoso		
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS		
Outros: Qual?		
Utilidade Pública Municipal		
Utilidade Pública Estadual		
Utilidade Pública Federal		
SIL		

**4. FINALIDADE ESTATUTÁRIA:** Breve histórico da OSC, sua natureza jurídica, fundação, missão, principais serviços prestados, abrangência de atendimento: bairro/cidade/região e modalidade(s) de atendimento que a instituição desenvolve de acordo com o disposto no Art. 90 da lei 8.069/90 (ECA).

**5. ORIGENS DOS RECURSOS FINANCEIROS UTILIZADOS:**

Origem do Recurso	Fonte	Valor
MUNICIPAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	FUMDECA	

**COLOCAR TIMBRE DA ENTIDADE**

<b>ESTADUAL</b>	<b>Outros (Citar)</b>	
	<b>Assistência Social</b>	
	<b>Educação</b>	
	<b>Saúde</b>	
	<b>Outros (Citar)</b>	
<b>FEDERAL</b>	<b>Assistência Social</b>	
	<b>Educação</b>	
	<b>Saúde</b>	
	<b>Outros (Citar)</b>	
<b>PRÓPRIOS</b>	<b>(Citar)</b>	
<b>TOTAL</b>		

**6. INFRAESTRUTURA FÍSICA PARA ATENDIMENTO:**

**7. IDESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS DE ACORDO COM O DISPOSTO NO ART. 90 DA LEI 8.069/90 (ECA), INFORMANDO RESPECTIVAMENTE:**

**A – INFORMAÇÕES GERAIS**

Nome do serviço, programa ou projeto:

**Nível de Proteção:** (preencher somente quando a OSC executar atividades conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Conforme tabela em Anexo I)

**Tipo de serviço, programa e projeto:** (conforme tabela Anexo II)

**B – RECURSOS HUMANOS**

<b>Profissão</b>	<b>Cargo</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Regime de Contratação</b>	<b>Nº de profissionais</b>

**C – RESULTADOS**

<b>O Serviço atendeu o número de usuários previstos?</b> <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>		<b>Sim</b>		<b>Não</b>
---	--	------------	--	------------

Meta: \_\_\_\_\_ (especificar se a meta pactuada é por usuário ou por família) Nº de Usuários / Famílias Atendidos (as): \_\_\_\_\_

**Justifique sempre que a meta atendida for diferente do número da meta pactuada.**

<b>Número de usuários atendidos de forma</b>		<b>Gratuita</b>		<b>Não gratuita</b>
--	--	-----------------	--	---------------------

**Justifique a forma de atendimento de usuário não gratuita:**

**Considerando os objetivos do Serviço, indique os principais avanços alcançados no período de execução:**

**Objetivo geral:**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Resultados esperados Quantitativos e qualitativos</b>	<b>Resultados Obtidos</b>	<b>Justifique sempre que os resultados obtidos forem diferentes dos</b>

**COLOCAR TIMBRE DA ENTIDADE**

			<b>resultados esperados</b>

**As atividades propostas pelo Serviço/Projeto foram realizadas de acordo com o apresentado no Plano de Ação?**

<b>Atividades</b>	<b>Totalmente realizada</b>	<b>Parcialmente realizada</b>	<b>Não realizada</b>	<b>Justifique sempre que os resultados obtidos forem parciais ou não realizados</b>

**Quais as potencialidades e dificuldades relacionados à execução do Serviço?**

--

**D – CRONOGRAMA FINANCEIRO**

<b>O cronograma financeiro do Serviço foi cumprido da maneira prevista? (Assinale apenas uma alternativa)</b>		<b>Sim</b>		<b>Não</b>
<b>Se assinalar não, aponte os motivos:</b>				

<b>RECURSOS UTILIZADOS:</b>	<b>VALOR:</b>
<b>HUMANOS</b>	
<b>OPERACIONAIS</b>	
<b>MATERIAIS</b>	

**IMPORTANTE:** Caso a organização execute mais de um serviço, programa ou projeto, deve-se preencher novamente o que consta no item 7, da letra A a D, para cada um deles.

<b>Data:</b> ____/____/____	<b>Nome do Responsável pelo Preenchimento</b>	<b>Assinatura</b>
	<b>Nome do Dirigente ou Representante Legal</b>	<b>Assinatura</b>

**O presente Relatório deverá ser assinado pelo Presidente e Coordenador da Organização e, também, as folhas devem ser rubricadas.**

**ANEXO I**

**NÍVEL DE PROTEÇÃO CONFORME A TIPIFICAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS**

<b><u>Nível de Proteção Social</u></b>	<b><u>Serviço</u></b>
<b>Proteção Social Básica</b>	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;
	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.
<b>Proteção Social Especial de Média Complexidade</b>	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
	Serviço Especializado em Abordagem Social;
	Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;
	Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
	Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
<b>Proteção Social Especial de Alta Complexidade</b>	a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - Abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva.
	Serviço de Acolhimento em República;
	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
	Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

**COLOCAR TIMBRE DA ENTIDADE**

**ANEXO II**

**SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS DE ACORDO COM O DISPOSTO NO ART. 90 DA LEI 8.069/90 (ECA)**

<b><u>Programas</u></b>	<b><u>Orientações</u></b>
<b>Orientação e apoio sociofamiliar</b>	Entendido como os serviços tipificados de Assistência Social, os serviços e programas de Saúde e/ou outros similares, voltados à garantia de direitos da criança e do adolescente através do apoio a estes e suas famílias, conforme normativas específicas de cada segmento.
<b>Apoio socioeducativo em meio aberto</b>	Entendido como os programas e serviços de atendimento direto a crianças e adolescentes através do Esporte, Cultura, Educação Complementar, Saúde, Assistência Social, Educação Profissional e Aprendizagem, conforme normativas específicas de cada segmento.
<b>Colocação familiar</b>	Entendido como programas para promoção do direito à convivência familiar, como a guarda subsidiada, apadrinhamento afetivo e grupos de apoio à adoção.
<b>Acolhimento institucional e familiar</b>	Utilizado exclusivamente em caráter excepcional e provisório, como forma de transição para a reintegração familiar, ou, não havendo esta possibilidade, colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade, nos termos do §1º do artigo 101 da Lei Federal nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente. São serviços como, Acolhimento Institucional, Casa Lar e Família Acolhedora.
<b>Prestação de serviços à comunidade</b>	Conforme Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e tipificação nacional dos serviços socioassistenciais.
<b>Liberdade assistida</b>	Conforme Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e tipificação dos serviços socioassistenciais.
<b>Semiliberdade</b>	Conforme Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE.
<b>Internação</b>	Conforme Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE.