



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria de Desenvolvimento Social  
Coordenadoria de Gestão Estratégica

**Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições Mantenedora**

- Inclusão  
 Atualização

1. Dados Cadastrais	
1.1. C.N.P.J	<input type="text" value="45.144.870/0001-72"/> *
1.2. Razão Social	<input type="text" value="Lar Vicentino de Monte Aprazível - Obra Unida à Sociedade São Vicente de Paulo"/> *
1.3. Nome Fantasia	<input type="text" value="Lar Vicentino de Monte Aprazível"/>
1.4. Ano de Fundação	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="1"/> *
1.5. Documento Legal de Criação:	* <input checked="" type="checkbox"/> Estatuto Social <u>03/05/2008</u> Data de Registro em Cartório <input type="checkbox"/> Contrato Social
1.6. Situação *	<input checked="" type="checkbox"/> Mantenedora Prestadora de Serviços <input type="checkbox"/> Mantenedora não Prestadora de Serviços
1.7. Endereço	<input type="text" value="Rua Sergipe"/> *
1.8. Número	<input type="text" value="01"/> *
1.9. Complemento	<input type="text"/> *
1.10. Cep	<input type="text" value="15.150-000"/> *
1.11. Bairro	<input type="text" value="Vila Aparecida"/> *
1.12. Município	<input type="text" value="Monte Aprazível"/> *
1.13. Distrito	<input type="text"/>
1.14. Zona *	<input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural

Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições Mantenedora

1.15. Fone	<input type="text" value="(17) 3275-1766"/>	*	1.16. Fax	<input type="text"/>	
1.17. E-Mail	<input type="text" value="larvicentinomaprazivel@hotmail.com"/>			*	
1.18. Home-Page	<input type="text"/>				
2. Dados do Responsável Legal pela Entidade/Organização					
2.1. Nome	<input type="text" value="Luiz Mauricio da Silveira"/>			*	
2.2. CPF	<input type="text" value="973.907.398-00"/>	*	2.3. RG	<input type="text" value="9.760.032-8"/>	*
2.4. Orgão Emissor					
<input checked="" type="checkbox"/>	SSP - Secretaria de Segurança Pública				
<input type="checkbox"/>	Outros (Especificar) <input type="text"/>				
2.5. UF *					
<input checked="" type="checkbox"/>	São Paulo - SP				
<input type="checkbox"/>	Outros (Especificar) <input type="text"/>				
2.6. Cargo	<input type="text" value="Presidente"/>			*	
2.7. Início do mandato	<u>26</u> / <u>10</u> / <u>2016</u>	*	2.8. Término do Mandato	<u>25</u> / <u>10</u> / <u>2018</u>	*
2.9. Fone	<input type="text" value="(17) 3275-1766"/>	*	2.10. E-Mail	<input type="text" value="larvicentinomaprazivel@hotmail.com"/>	
3. Caracterização da Entidade Social/Organização					
3.1. Natureza Jurídica *					
<input checked="" type="checkbox"/>	Privada sem fins econômicos				

**Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições Mantenedora**

3.2. Tipo de Entidade \*

- Entidade Beneficente da área da Assistência Social  
 Fundação da área da Assistência Social

3.3. Âmbito de Atuação \*

- Apenas em determinada localidade  
 No Município onde está sediada  
 No Município que está sediada e em outros municípios do Estado de São Paulo

3.4. Formas de Atuação \*

- De Atendimento  
 De Assessoramento  
 De Defesa e Garantia de Direitos  
 Somente sede administrativa

3.5. Local de Funcionamento \*

- Prédio alugado  
 Prédio cedido com situação regularizada  
 Prédio cedido por acordo não formalizado  
 Prédio próprio

3.6. Este local funciona quantas horas por semana?

- até 20 horas       de 21 a 39 horas       40 horas  
 mais de 40 horas       ininterrupto (24 horas / 7 dias)

3.7. Este local funciona em quantos dias por semana?

- 1     2     3     4     5     6     7

**Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições Mantenedora**

4. Recursos Humanos

4.1. Qtd. Remunerados Contratados *	<input type="text" value="18"/>	4.2. Qtd. Remunerados Cedidos	<input type="text" value="03"/>
4.3. Qtd. Estagiários	<input type="text" value="-"/>	4.4. Qtd. Voluntários	<input type="text" value="01"/>
4.5. Qtd. Profissionais Autônomos *	<input type="text" value="03"/>		

5. Unidade Prestadora de Serviços - UPS

5.1 Quantidade de UPS

6. Registros/Certificados/Títulos

6.1. CEBAS - Certificado de Entidade Beneficente de	Número <input type="text" value="71000.001394/2015-56"/>	Data de Publicação <input type="text" value="30 / 07 / 2015"/>	Validade <input type="text" value="29 / 07 / 2018"/>
6.2. CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social *	Número <input type="text" value="001"/>	Data da Inscrição <input type="text" value="04 / 09 / 2002"/>	Data da Emissão * <input type="text" value="21 / 07 / 2016"/>
6.3. CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente	Número <input type="text"/>	Data de Publicação <input type="text"/>	Validade <input type="text"/>
6.4. Conselho Estadual do Idoso - CEI/SP	Número <input type="text"/>	Data de Publicação <input type="text"/>	Validade <input type="text"/>
6.5. Conselho Municipal do Idoso	Número <input type="text"/>	Data de Publicação <input type="text"/>	Validade <input type="text"/>
6.6. CRCE - Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades (Coordenadoria Geral de Administração do Estado de São Paulo)	Número <input type="text"/>	Data de Publicação <input type="text"/>	Validade <input type="text"/>
6.7. Utilidade Pública Estadual	Número <input type="text" value="3.318"/>	Data de Publicação <input type="text" value="28 / 05 / 1982"/>	Validade <input type="text"/>
6.8. Utilidade Pública Municipal	Número <input type="text" value="1.469"/>	Data de Publicação <input type="text" value="17 / 09 / 1981"/>	Validade <input type="text"/>

\* Data da Emissão da Declaração Atualizada de Inscrição no CMAS

**Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições Mantenedora**

7. Área de Atuação \*

Assistência Social

8. Proteção Social \*

8.1. Serviços de Proteção Social Básica

8.1.1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

Crianças de até 6 anos

Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos

Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos

Jovens de 18 a 29 anos

Adultos de 30 a 59 anos

Idosos com idade igual ou superior a 60 anos

8.1.2. Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

8.1.3 Serviço não Tipificado pela Resolução N.º109 do CNAS, de 11/11/2009

8.2. Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade

8.2.1. Serviço Especializado em Abordagem Social

8.2.2. Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa e Liberdade Assistida - LA e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC

8.2.3. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas Com Deficiencia e suas Famílias

8.2.4. Serviço de Proteção Social Especial para Idosos(as) e suas Famílias

8.2.5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

8.2.6 Serviço não Tipificado pela Resolução N.º109 do CNAS, de 11/11/2009

8.3. Serviços de Proteção Social de Alta Complexidade

8.3.1. Abrigo Institucional

8.3.2. Casa-Lar

8.3.3. Casa de Passagem

8.3.4. Residencia Inclusiva

8.3.5. Serviço de Acolhimento em República

8.3.6. Serviço de Atendimento Institucional em família Acolhedora

8.3.7. Serviço não Tipificado pela Resolução N.º109 do CNAS, de 11/11/2009

Usuarios \*

Criança

Idoso

Adolescente

Família

Jovem

Comunidade

Adulto

Sexo \*

Feminino

Masculino

Ambos

**Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições Mantenedora**

Nome do Responsável pelo Preenchimento	Gislaine Martins da Costa Ferreira *	
RG.	32.870.003-4 *	CPF 337.133.048-66 *
Declaro, sob as penas de lei (Artigo 299 do Código Penal), que as informações contidas neste formulário correspondem a verdade.		
Assinatura _____ *	05 / 12 / 2016	Data _____ *

**Os campos / itens assinalados com asterisco vermelho (\*) são de preenchimento obrigatório.**

**Formulário abaixo de uso exclusivo da Diretoria Regional de Assistência e Desenvolvimento Social**

Validação da DRADS

Nome do Técnico \_\_\_\_\_

cargo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

assinatura \_\_\_\_\_

Inclusão dos dados no Sistema feito por:

\_\_\_\_\_

cargo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

assinatura \_\_\_\_\_