



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Desenvolvimento Social
Coordenadoria de Gestão Estratégica

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

- ☐ Inclusão
☒ Atualização

1. Dados Cadastrais

- 1.1. C.N.P.J *
- 1.2. Razão Social
 *
- 1.3. Nome Fantasia
- 1.4. Ano de Fundação
 *
- 1.5. Documento Legal de Criação: *
☒ Estatuto Social Data de Registro em Cartório
☐ Contrato Social
- 1.6. Situação *
☒ Mantenedora Prestadora de Serviços
☐ Mantenedora não Prestadora de Serviços
- 1.7. Endereço *
- 1.8. Número * 1.9. Complemento * 1.10. Cep *
- 1.11. Bairro *
- 1.12. Município *
- 1.13. Distrito
- 1.14. Zona * ☒ Urbana ☐ 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 (17) 3275-1766 *

1.16. Fax

1.17. E-Mail larvicentinomaprazivel@hotmail.com *

1.18. Home-Page

2. Dados do Responsável Legal pela Entidade/Organização

2.1. Nome Benedito Aparecido Ribeiro Correa *

2.2. CPF 590.253.878-53 *

2.3. RG

5.278.406 *

2.4. Orgão Emissor

☒ SSP - Secretaria de Segurança Pública

☐ Outros (Especificar)

2.5. UF *

☒ São Paulo - SP

☐ Outros (Especificar)

2.6. Cargo Presidente *

2.7. Início do mandato 01 / 08 / 2017 *

2.8. Término do Mandato 31 / 07 / 2019 *

2.9. Fone (17) 32751766 *

2.10. E-Mail larvicentinomaprazivel@hotmail.com

3. Caracterização da Entidade Social/Organização

3.1. Natureza Jurídica *

☒ 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 *

20

4.2. Qtd. Remunerados Cedidos

02

4.3. Qtd. Estagiários

-

4.4. Qtd. Voluntários

-

4.5. Qtd. Profissionais Autônomos *

04

5. Unidade Prestadora de Serviços - UPS

5.1 Quantidade de UPS

-

6. Registros/Certificados/Títulos

6.1. CEBAS - Certificado de Entidade Beneficente de

Número
* 71000.001394/2015-56

Data de Publicação
30 / 07 / 2015

Validade
29 / 07 / 2018

6.2. CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social *

Número
001

Data da Inscrição
04 / 09 / 2002

Data da Emissão *
21 / 07 / 2016

6.3. CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente

Número

Data de Publicação

Validade

6.4. Conselho Estadual do Idoso - CEI/SP

Número

Data de Publicação

Validade

6.5. Conselho Municipal do Idoso

Número

Data de Publicação

Validade

6.6. CRCE - Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades (Coordenadoria Geral de Administração do Estado de São Paulo)

Número

Data de Publicação

Validade

6.7. Utilidade Pública Estadual

Número
3.318

Data de Publicação
28 / 05 / 1982

Validade

6.8. Utilidade Pública Municipal

Número
1.469

Data de Publicação
17 / 09 / 1981

Validade

* Data da Emissão da Declaração Atualizada de Inscrição no CMAS

Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Benéficas 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 idosos

☐ 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 Deficiência 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. Residência 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		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 _____