

**ANEXO II**  
**TERMO DE HABILITAÇÃO**  
**Gestão Básica do Sistema Municipal de Assistência Social**

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Prefeito Municipal: \_\_\_\_\_  
 Secretário Municipal de Assistência Social (ou congêneres): \_\_\_\_\_  
 Endereço da SMAS: \_\_\_\_\_  
 Cep: \_\_\_\_\_ Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS</b>		
▪ Lei de Criação do CMAS. Data / /	( )	( )
▪ Ata das 3 últimas reuniões do CMAS	( )	( )
▪ Publicação de nomeação da atual composição do CMAS. Data / /	( )	( )
▪ Ata da reunião do CMAS que aprova o pleito de habilitação. Data / /	( )	( )
<b>Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Assistência Social</b>		
▪ Declaração do CMAS comprovando a existência da estrutura e de técnico de nível superior responsável pela Secretaria Executiva	( )	( )
<b>Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente - CMDCA</b>		
▪ Lei de Criação do CMDCA. Data / /	( )	( )
▪ Ata das 3 últimas reuniões do CMDCA	( )	( )
▪ Publicação de nomeação da atual composição do CMDCA. Data / /	( )	( )
<b>Conselho Tutelar - CT</b>		
▪ Lei de Criação do CT. Data / /	( )	( )
▪ Cópias de Instrumentos que comprovem o regular funcionamento (atas ou portarias) ou declaração de funcionamento emitida pelo Ministério Público ou pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente	( )	( )
▪ Publicação de nomeação da atual composição do CT. Data / /	( )	( )
<b>Fundo Municipal de Assistência Social</b>		
▪ Ato legal de criação do FMAS. Data / /	( )	( )
<b>Alocação no FMAS e execução de recursos financeiros próprios na Assistência Social</b>		
▪ Lei Orçamentária Anual /LOA	( )	( )
▪ Balancete do FMAS referente ao último trimestre	( )	( )
▪ Resolução do CMAS que aprova a prestação de contas do ano anterior	( )	( )
<b>Plano Municipal de Assistência Social</b>		
▪ PMAS atualizado com a programação física e financeira atualizada	( )	( )
▪ Ato do CMAS que aprova o Plano. Data / /	( )	( )
<b>Centro de Referência de Assistência Social – CRAS</b>		
▪ Descrição da localização, espaço físico, equipe técnica existente, área de abrangência (território) e a rede de proteção social básica existentes no território e proximidades;	( )	( )
<b>Diagnóstico das áreas de vulnerabilidade e risco social</b>		
▪ Diagnóstico atualizado das áreas de vulnerabilidade e risco social	( )	( )

**Estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos Benefícios de Prestação Continuada – BPC e Benefícios Eventuais**

- Descrição da estrutura existente para o atendimento dos beneficiários do BPC e benefícios eventuais ( ) ( )
- Declaração do gestor municipal aprovada pelo CMAS que comprove a existência da estrutura ( ) ( )
- Número do CRESS do assistente social responsável pelo atendimento ( ) ( )

**Inserção e acompanhamento de beneficiários do BPC nos serviços de proteção social básica**

- Plano de inserção com o número e percentagem de indivíduos beneficiários do BPC contendo ações, prazos e metas a serem executadas ( ) ( )

**Formalização do Pleito de habilitação**

- Ofício do gestor municipal à CIB ( ) ( )

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Ao julgamento da CIB poderão ser anexados informações ou documentos complementares.

Data de entrega do processo na CIN / / . Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo:

Ass:

Comentários:

---

---

---

---

**DESCRIÇÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO**

Aprovação na reunião de: / / . Resolução n.º de / / .

Ass. SEAS (ou Congênera):

Ass. COEGEMAS:

Comentários:

---

---

---