

## ANEXO III

## TERMO DE HABILITAÇÃO

## Gestão Plena 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

	SIM	NÃO
<b>Conselho Municipal de Assistência Social</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 / /	( )	( )
▪ Ato legal que comprove a nomeação e alocação do gestor do Fundo Municipal de Assistência na Secretaria Municipal de Assistência Social	( )	( )
<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	( )	( )
▪ Ata 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	( )	( )
<b>Estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos Benefícios de Prestação Continuada – BPC e Benefícios Eventuais</b>		
▪ 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	( )	( )
<b>Inserção e acompanhamento de beneficiários do BPC nos serviços de proteção social básica</b>		
▪ Plano de inserção, com o número e percentagem de indivíduos beneficiários do BPC contendo ações, prazos e metas a serem executadas	( )	( )
<b>Capacidade Instalada na Proteção Social Especial de alta complexidade</b>		
▪ Declaração atualizada do gestor municipal descrevendo os serviços e sua capacidade instalada na Proteção Social Especial de Alta Complexidade existente.	( )	( )
<b>Áreas de vulnerabilidade e risco</b>		
▪ Diagnóstico das áreas de vulnerabilidade e risco social	( )	( )
<b>Pactos de Resultados</b>		
▪ Termo de compromisso do pacto de resultado firmado entre o Gestor Municipal e o Gestor Estadual para o ano em curso	( )	( )
<b>Indicadores de Monitoramento e Avaliação</b>		
▪ Descrição da sistemática de monitoramento e avaliação da Proteção Social Básica e Especial;	( )	( )
▪ Declaração do CMAS comprovando o funcionamento da sistemática de monitoramento e avaliação da Proteção Social Básica e Especial	( )	( )
<b>Política de Recursos Humanos</b>		
▪ Política Municipal de Recursos Humanos	( )	( )
▪ Plano de Cargos, Carreiras e Salários	( )	( )
<b>Formalização do Pleito de habilitação</b>		
▪ Ofício do gestor municipal à CIB	( )	( )
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>		
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:		
_____		
_____		
_____		

<b>DESCRIÇÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO</b>
Aprovação na reunião de: / / . Resolução n.º de / / .
SEAS (ou Congêneres):
COEGEMAS:
Comentários:
_____
_____
_____