

## Seção II – PROGRAMAS E PROJETOS

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

1. A seção II deverá ser preenchida após realização de visita técnica;
2. Este Instrumental de Visita Técnica contém as questões exatamente idênticas ao conteúdo do CNEAS;
3. Sugere-se a impressão de um instrumental deste para cada Entidade/Unidade visitada.
4. Observar o preenchimento correto do cabeçalho com as informações da entidade privada/oferta.

#### DADOS DA ENTIDADE

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome Empresarial: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Nome da Oferta: \_\_\_\_\_

Nome Entidade: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

### Informações sobre a entidade

#### 1.0 - A entidade possui diagnóstico do seu território de abrangência?

- Sim
- Não

#### 1.1 Qual(is) informação(ões) é(são) descrita(s) neste documento?

- Quantidade de famílias no território
- Quantidade de famílias vulneráveis

- Perfil etário da população
- Perfil socioeconômico da população
- Mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial - públicas
- Mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial - privadas
- Mapeamento de unidades de outras políticas públicas
- Associações comunitárias (associações de bairros, cooperativa de artesãos, entidades beneficentes, entre outras)
- Lideranças comunitárias

**2.0 - A entidade dispõe de mecanismos de comunicação/informação/reclamação dos usuários e da população em geral no acompanhamento dos serviços prestados?**

- Sim
- Não

Informe qual(is):

- Comunicação escrita (jornais, informativos, comunicados entre outros)
- Mídia eletrônica
- Atividades presenciais com os usuários dos serviços (como encontros, reuniões, entre outros)
- Prestação de contas (financeira e política) por meio de Audiências Públicas ou qualquer outra forma
- Outro. Especifique:

**3.0 - Há compatibilidade dos serviços às normas relativas a serviços socioassistenciais na modalidade (PNAS/2004/ NOB/SUAS-2012; Resolução CNAS 109/09)?**

- Sim
- Não
- Alguns serviços em processo de reordenamento

Especifique: \_\_\_\_\_

**3.1 - Há compatibilidade dos serviços com regulamentações específicas da criança e do adolescente, de pessoas com deficiência, idosos e mulheres?**





## Programas e Projetos

### 1.0 - Indique o nome do Programa/Projeto:

a) Descrição/Objetivo: \*

b) Público

c) Atividades

### 2.0 - Regulação do referido Programa/Projeto:

- Federal
- Estadual
- Do Distrito Federal
- Municipal
- Sem Regulamentação.

Especifique: \_\_\_\_\_

Documento: (anexar)

*Este campo deverá ser utilizado caso você possua algum documento que julgue necessário para parecer.  
Permitido apenas arquivos em pdf.*

### **3.0 - O programa/Projeto é ofertado de forma gratuita aos usuários?**

- Sim
- Não

Documento: (anexar)

*Este campo deverá ser utilizado caso você possua algum documento que julgue necessário para parecer.  
Permitido apenas arquivos em pdf.*

### **4.0 - Recursos Humanos**

Dos trabalhadores da entidade, indique a quantidade de profissionais disponibilizados para o serviço (listar todos os profissionais):

CPF:		Data de nascimento:	
Nome:			
RG:		Órgão emissor/UF:	
Escolaridade:		Área de formação:	
Email:		Telefone:	
Cargo:		Tipo de vínculo:	