



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
Unidade Prestadora de Serviços - UPS

- Inclusão
 Atualização

1 Dados Cadastrais			
1.1. C.N.P.J	<input type="text"/>		*
1.2. Razão Social	<input type="text"/>		*
1.3. Ano de Fundação	<input type="text"/>		*
1.4. Endereço	<input type="text"/>		*
1.5. Número	* 1.6. Complemento	<input type="text"/>	1.7. Cep <input type="text"/>
1.8. Bairro	<input type="text"/>		*
1.9. Município	<input type="text"/>		*
1.10. Zona	* <input type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Rural	
1.11. Fone	* <input type="text"/>	1.12. Fax <input type="text"/>	
1.13. E-Mail	<input type="text"/>		*
2. Dados do Responsável Legal pela UPS - Unidade Prestadora de Serviços			
2.1. Nome	<input type="text"/>		*
2.2. CPF	<input type="text"/>	* 2.3. RG	<input type="text"/>

Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Area da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições
Unidade Prestadora de Serviços - UPS

2.4. Orgão Emissor

SSP - Secretaria de Segurança Pública

Outros (Especificar)

2.5. UF *

São Paulo - SP

Outros (Especificar)

2.6. Cargo

*

2.7. Fone *

2.8. Fax

2.9. E-Mail

3. Caracterização da UPS

3.1. Local de Funcionamento *

Prédio alugado

Prédio cedido com situação regularizada

Prédio cedido por acordo não formalizado

Prédio próprio

3.2. 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)

3.3. Este local funciona em quantos dias por semana?

1 2 3 4 5 6 7

4. Recursos Humanos

4.1. Qtd. Remunerados Contratados *

4.2. Qtd. Remunerados Cedidos

4.3. Qtd. Estagiários

4.4. Qtd. Voluntários

4.5. Qtd. Profissionais Autonomos *

**Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Benéficas da Área da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições
Unidade Prestadora de Serviços - UPS**

5. Área de Atuação *

Assistência Social

6. Registro no CMAS *

Número Data da Inscrição Data da Emissão da Declaração Atualizada das inscrição no CMAS

7. Proteção Social *

7.1. Serviços de Proteção Social Básica

7.1.1. 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

7.1.2. Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos

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

7.2. Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade

7.2.1. Serviço Especializado em Abordagem Social

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

7.2.3. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosos (as) e suas Famílias

7.2.4. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

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

7.3. Serviços de Proteção Social de Alta Complexidade

7.3.1. Abrigo Institucional

7.3.2. Casa-Lar

7.3.3. Casa de Passagem

7.3.4. Residência Inclusiva

7.3.5. Serviço de Acolhimento em República

7.3.6. Serviço de Atendimento Institucional em família Acolhedora

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

Usuarios *

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Criança | <input type="checkbox"/> Idoso |
| <input type="checkbox"/> Adolescente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Jovem | <input type="checkbox"/> Comunidade |
| <input type="checkbox"/> Adulto | |

Sexo *

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Masculino |
| <input type="checkbox"/> Ambos | |

Formulário de Inclusão e/ou Atualização das Entidades Beneficentes da Area da Assistência Social no Sistema Pró Social Módulo/instituições
Unidade Prestadora de Serviços - UPS

Nome do Responsável pelo Preenchimento	<input type="text"/>	*
RG.	<input type="text"/>	*
CPF	<input type="text"/>	*
Declaro, sob as penas de lei (Artigo 299 do Código Penal), que as informações contidas neste formulário correspondem a verdade.		
<input type="text"/>		^
Assinatura		*
	<input type="text"/>	^
	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
assinatura _____

Inclusão dos dados no Sistema feito por:
cargo _____ data ____/____/____
assinatura _____