



SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
COEGEMAS/FRENTE PAULISTA DE DIRIGENTES PÚBLICOS
E MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB//SP

ANEXO I

TERMO DE HABILITAÇÃO

Gestão Inicial 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
Conselho Municipal de Assistência Social		
▪ 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 / /	()	()
Fundo Municipal de Assistência Social		
▪ Ato legal de criação do FMAS. Data / /	()	()
Alocação no FMAS e execução de recursos financeiros próprios na Assistência Social		
▪ Lei Orçamentária Anual /LOA	()	()
Plano Municipal de Assistência Social		
▪ PMAS com programação física e financeira atualizada	()	()
▪ Ato do CMAS que aprova o Plano. Data / /	()	()
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:		



SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
COEGEMAS/FRENTE PAULISTA DE DIRIGENTES PÚBLICOS
E MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB//SP

DESCRIÇÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

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

Ass. SEAS (ou Congêneres):

Ass. COEGEMAS:

Comentários:

–

–

–

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		
	SIM	NÃO
Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS		
▪ 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 / /	()	()
Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Assistência Social		
▪ Declaração do CMAS comprovando a existência da estrutura e técnico de nível superior responsável pela Secretaria Executiva	()	()
Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente - CMDCA		
▪ Lei de Criação do CMDCA. Data / /	()	()
▪ Ata das 3 últimas reuniões do CMDCA	()	()
▪ Publicação de nomeação da atual composição do CMDCA. Data / /	()	()
Conselho Tutelar - CT		
▪ Lei de Criação do CT. Data / /	()	()
▪ Cópias dos Instrumentos que comprovem o regular funcionamento (atas ou portarias) e, 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 / /	()	()
Fundo Municipal de Assistência Social		
▪ Ato legal de criação do FMAS. Data / /	()	()
Alocação no FMAS e execução de recursos financeiros próprios na Assistência Social		
▪ Lei Orçamentária Anula /LOA	()	()
▪ Balancete do FMAS referentes ao último trimestre	()	()
▪ Resolução do CMAS que aprova a prestação de contas do ano anterior	()	()
Plano Municipal de Assistência Social		
▪ PMAS atualizado com a programação física e financeira atualizada	()	()
▪ Ato do CMAS que aprova o Plano. Data / /	()	()
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS		



SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
COEGEMAS/FRENTE PAULISTA DE DIRIGENTES PÚBLICOS
E MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB//SP

- Descrição da localização, espaço físico, equipe técnica existente, área de abrangência (território) e a rede de proteção social básica existentes no território e proximidades; () ()

Diagnóstico das áreas de vulnerabilidade e risco social

- 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 executados () ()

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 Congêneres):

Ass. COEGEMAS:

Comentários:

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
Conselho Municipal de Assistência Social		
▪ 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 / /	()	()
Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Assistência Social		
▪ Declaração do CMAS comprovando a existência da estrutura e técnico de nível superior responsável pela Secretaria Executiva	()	()
Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente - CMDCA		
▪ Lei de Criação do CMDCA. Data / /	()	()
▪ Ata das 3 últimas reuniões do CMDCA	()	()
▪ Publicação de nomeação da atual composição do CMDCA. Data / /	()	()
Conselho Tutelar – CT		
▪ Lei de Criação do CT. Data / /	()	()
▪ Cópias dos Instrumentos que comprovem o regular funcionamento (atas ou portarias) e, 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 / /	()	()
Fundo Municipal de Assistência Social		
▪ 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	()	()

Alocação no FMAS e execução de recursos financeiros próprios na Assistência Social		
▪ Lei Orçamentária Anula /LOA	()	()
▪ Balancete do FMAS referentes ao último trimestre	()	()
▪ Resolução do CMAS que aprova a prestação de contas do ano anterior	()	()
Plano Municipal de Assistência Social		
▪ PMAS atualizado com a programação física e financeira atualizada	()	()
▪ Ata do CMAS que aprova o Plano. Data / /	()	()
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS		
▪ Descrição da localização, espaço físico, equipe técnica existente, área de abrangência (território) e a rede de proteção social básica existentes no território e proximidades	()	()
Diagnóstico das áreas de vulnerabilidade e risco social		
▪ 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 executados	()	()
Capacidade Instalada na Proteção Social Especial de alta complexidade		
▪ Declaração atualizada do gestor municipal descrevendo os serviços e sua capacidade instalada na Proteção Social Especial de Alta Complexidade existente.	()	()
Áreas de vulnerabilidade e risco		
▪ Diagnóstico das áreas de vulnerabilidade e risco social	()	()
Pactos de Resultados		
▪ Termo de compromisso do pacto de resultado firmado entre o Gestor Municipal e o Gestor Estadual para o ano em curso	()	()
Indicadores de Monitoramento e Avaliação		
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	()	()
Política de Recursos Humanos		
Política Municipal de Recursos Humanos		
Plano de Cargos, Carreiras e Salários		
Formalização do Pleito de habilitação		
▪ Ofício do gestor municipal a CIB	()	()



SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
COEGEMAS/FRENTE PAULISTA DE DIRIGENTES PÚBLICOS
E MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB//SP

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 / / .

SEAS (ou Congêneres):

COEGEMAS:

Comentários:
