

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES - XXXX****1. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS**

1.1 RAZÃO SOCIAL:	1.2 CNPJ

1.5 DIRETOR EXECUTIVO

1.6 TÉCNICO DE REFERÊNCIA	1.7 REGISTRO DO CONSELHO DE CLASSE

1.8 ENDEREÇO DO SERVIÇO	1.9 TELEFONE DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA OU UNIDADE OFERTANTE
	1.10 ENDEREÇO ELETRÔNICO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA OU UNIDADE OFERTANTE

2. OBJETIVOS**2.1 Geral:****2.2 Específicos:****3. ORIGEM DO RECURSO**

PROGRAMA/SERVIÇO	RECURSO	FONTE	DESTINO



4. RECURSOS FÍSICOS DISPONÍVEIS PARA O SERVIÇO:

ESPECIFICAÇÃO DA ÁREA	QUANTIDADE

4.1 Estrutura física para execução do serviço socioassistencial

4.2 Acessibilidade

4.3 salubridade e sigilo

RELATÓRIO DE ATIVIDADES
IDENTIFICAÇÃO DE CASA SERVIÇO/PROGRAMA OU PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Nome:

Diretora Executiva:

Endereço:

Dados para contato:

Endereço eletrônico:

2. OBJETIVOS DO SERVIÇO

2.1 Objetivo Geral:

2.2 Objetivo Específico

**3. CAPACIDADE DE ATENDIMENTO****3.1 Meta pactuada mês (ano de vigência)**

MÊS	META PACTUADA	ATIVOS
Janeiro		
Fevereiro		
Março		
Abril		
Maio		
Junho		
Julho		
Agosto		
Setembro		
Outubro		
Novembro		
Dezembro		

4. RECURSOS DISPONÍVEIS**4.1 Recurso Financeiro Utilizados**

DESCRIÇÃO P/ TIPO DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR PERCAPTA	VALOR BIMESTRAL	VALOR TOTAL
EX: Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.	511 - SCFV	R\$ 194,84	R\$ 199.123,80	R\$ 1.194.742,78
	59 - Meta PETTI	R\$ 50,00	R\$ 5.900,00	R\$ 35.400,00
	TOTAL MENSAL / ANUAL		R\$ 205.023,80	R\$ 1.230.142,78

**4.2 Recursos Humanos:**

Cargos pactuados	Nome do funcionário	CH Semanal	TURNO DE TRABALHO (discriminar dias trabalhados e horários de cumprimento da carga horária)	Data de Admissão	Data de Desligamento

5. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**6. METAS MONITORADAS**

Meta pactuada	Quantidade pactuada	Quantidade efetivada	Aferição de indicadores	Justificativa
1. Usuários pactuados no Termo de Colaboração em vigência.	Xxx Ex: 100 usuários	Xxx Ex: 95 usuários	Quantidade efetivada x 100 % / Quantidade Pactuada = Y 95 x 100 / 100 = 95%	Meta cumprida, Meta não cumprida, justificar.
2.				



7. PESQUISAS DE MONITORAMENTO JUNTO AOS USUÁRIOS

8. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

**9. CONSIDERAÇÕES
FINAIS**



TIMBRE DA ENTIDADE
