



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	15.355.260/0014-71 *		
1.2. Razão Social	Centro Adventista de Apoio à Família - CA4F *		
1.3. Ano de Fundação	2012 *		
1.4. Endereço	Rua Antenor Duarte Nogueira *		
1.5. Número	2000 *	1.6. Complemento	
		1.7. Cep	14.784-400 *
1.8. Bairro	Paulista Prata *		
1.9. Município	Barretos/SP *		
1.10. Zona *	<input checked="" type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Rural	
1.11. Fone *	173324-5290	1.12. Fax	
1.13. E-Mail	ca4fbaretos@gmail.com *		
2. Dados do Responsável Legal pela UPS - Unidade Prestadora de Serviços			
2.1. Nome	Maurício Pinto Lima *		
2.2. CPF	074175718-40 *	2.3. RG	18.431.605-9 *

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

2.4. Órgão Emissor
 SSP - Secretaria de Segurança Pública
 Outros (Especificar) _____

2.5. UF *
 São Paulo - SP
 Outros (Especificar) RJ

2.6. Cargo Presidente *

2.7. Fone * 193877-9025 2.8. Fax _____

2.9. E-Mail mauricio.lima@ub.org.br

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 4.2. Qtd. Remunerados Cedidos _____

4.3. Qtd. Estagiários 2 4.4. Qtd. Voluntários 20

4.5. Qtd. Profissionais Autônomos * 4 4.6. Possui Somente Voluntários _____

**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**

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 *

Criança

Idoso

Adolescente

Família

Jovem

Comunidade

Adulto

Sexo *

Feminino

Masculino

Ambos

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

Qualificações - População Alvo

<input type="checkbox"/> Autores de ato infracional, inclusive egressos	<input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência
<input type="checkbox"/> Comunidade Indígena	<input type="checkbox"/> Pessoa em situação de Rua
<input type="checkbox"/> Comunidade Quilombola	<input checked="" type="checkbox"/> Situação de Vulnerabilidade e Risco Social
<input type="checkbox"/> Comunidade Rural	<input type="checkbox"/> Vítimas de violência (maus tratos, abuso sexual, etc.)

Nome do Responsável pelo Preenchimento Dulvane Cristina Pekoika *

RG. 27.328.762-X * CPF 303.813008-93 *

Declaro, sob as penas de lei (Artigo 299 do Código Penal), que as informações contidas neste formulário correspondem a verdade.

[Assinatura] * 06/07/2025 *

Assinatura 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 _____
assinatura _____

Inclusão dos dados no Sistema feito por:

cargo _____ data ____/____/____
assinatura _____