

**RESOLUÇÃO CMAS Nº38/2020**

**Dispõe sobre o pedido de manutenção da inscrição das organizações da sociedade civil de assistência social, bem como dos serviços, programas, projetos ou benefícios socioassistenciais no CMAS-Mauá em 2020.**

**O Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS de Mauá/SP**, em Reunião Ordinária de **13/02/2020**, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei Municipal nº 2.771 de 12 de Setembro de 1997 e suas alterações, regulamentada pelo Decreto nº 5.751 de 24 de outubro de 1997, além do regimento interno deste Conselho, e:

**Considerando** que compete ao CMAS-Mauá fixar normas para inscrição e manutenção de inscrição das organizações da sociedade civil – OSC de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no âmbito municipal;

**Considerando** a Resolução CNAS n.º14/2014 de 15 de maio de 2014, que define os parâmetros nacionais para a inscrição das entidades e organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos de Assistência Social;

**Considerando** as normativas vigentes do CMAS-Mauá<sup>1</sup> referentes à inscrição e manutenção de inscrição das organizações da sociedade civil de Assistência Social, bem como de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no Conselho Municipal de Assistência Social de CMAS-Mauá.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** – As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social inscritas no CMAS-Maua, bem como aquelas que tem inscrição de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, devem entregar o pedido de manutenção de sua inscrição para 2020, com os seguintes documentos:

- I. ANEXO V:- Requerimento de Manutenção da Inscrição no CMAS solicitação e dados informativos para manutenção da inscrição;
- II. ANEXO II:- Relatório de Anual de Atividades – Último ano (2019), contendo a avaliação e apresentação do impacto social esperado;
- III. ANEXO III:- Plano de Ação 2020;
- IV. ANEXO IV:- Declaração de Funcionamento
- V. Cópia simples do estatuto social (atos constitutivos) registrado em cartório;

1 Resolução CMAS nº 37 de 13 de Fevereiro de 2020; Resolução CNAS 14 de 15 de maio de 2014.

- VI. Cópia simples da ata de eleição e posse da atual diretoria, registrada em cartório;
- VII. Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ da Matriz e das filiais do Município de São Paulo, quando houver;
- VIII. Alvará de Funcionamento (emitido pela Prefeitura Municipal de Mauá);
- IX. Licença da Vigilância Sanitária (no prazo de validade);
- X. Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB (no prazo de validade);
- XI. Registro vigente no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA (caso realize ações voltadas à criança e ao adolescente).

**Art. 2º** As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais inscritos no CMAS-Mauá, deverão requerer a manutenção da inscrição **impreterivelmente até o dia 30 de abril de 2020.**

**Parágrafo Único:-** As Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social inscritas no CMAS-Mauá, bem como aquelas que tem inscrição de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, deverão requerer a manutenção da inscrição anualmente.

**Art. 3º** A documentação, no que se refere aos itens de I a VII do artigo 1º, deverá ser entregue em formato físico e digital, gravado em mídia eletrônica (CD, pen drive, etc...), que esteja, preferencialmente, com todos os documentos a serem entregues, salvos em arquivos separados e no formato de PDF.

§ 1º A equipe da Divisão de Secretaria Executiva dos Conselhos (SPS) será responsável por receber e conferir, **no ato da entrega**, os documentos do pedido de manutenção entregues neste Conselho;

§ 2º Após concluída a conferência da documentação, estando esta completa no que se refere aos itens de I a VII do artigo 1º, o profissional responsável emitirá um protocolo de recebimento;

§ 3º Não será protocolado pedido de manutenção com documentação incompleta;

§ 4º A mídia eletrônica deverá estar devidamente etiquetada com o nome e o telefone da organização e do seu respectivo portador no dia da entrega;

**Art. 4º** O prazo final de entrega do pedido de manutenção de inscrição será no dia **30 de abril de 2020 até as 17h00**, presencialmente, na sede do CMAS-Mauá, sito à Rua Campos Sales nº289 Vila Bocaina – Mauá/SP.

**Art. 5º** O CMAS-Mauá notificará através de correspondência com Aviso de Recebimento – AR, àquelas Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que não entregarem o pedido de manutenção da inscrição dentro do prazo.

§1º O prazo de entrega do pedido de manutenção, após notificação será de 30 (trinta) dias a contar da data da assinatura do destinatário, constante no Aviso de Recebimento – AR.

§2º A Organização da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que não cumprirem o prazo após a notificação terá a sua inscrição CANCELADA em resolução específica a ser publicada após deliberação da Plenária.

§3º Em caso de cancelamento da inscrição a Organização da Sociedade Civil de Assistência Social, bem como serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais deverá solicitar NOVO pedido de inscrição.

**Art. 6º** – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial de Mauá/SP.

Mauá, 13 de fevereiro de 2020.

**MARIA APARECIDA RESENDE**  
**Presidente do CMAS**  
**Conselho Municipal de Assistência Social**

**ANEXO V – REQUERIMENTO DA MANUTENÇÃO DE INSCRIÇÃO**

Nº da Inscrição no CMAS/Mauá: \_\_\_\_\_

**Ao(A) Senhor(a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Mauá – CMAS/Mauá**

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a **manutenção da inscrição** neste Conselho na condição de:

- ( ) *Entidade ou Organização*
- ( ) *Serviço*
- ( ) *Programa*
- ( ) *Projeto*
- ( ) *Benefício Socioassistenciais*

**A – DADOS DA ENTIDADE (sede administrativa):**

Nome da Entidade:
CNPJ:
Data de inscrição no CNPJ:
Endereço:
Bairro:
CEP:
Cidade:
Estado:
E-mail:
Telefones: ( ) _____ ( ) _____
CNAE (Código Nacional de Atividade Econômico) Principal:
CRAS de referência:

**B – ALTERAÇÕES ESTATUTÁRIAS:**

- ( ) *Não*
  - ( ) *Sim, data da última alteração: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_*
- Citar os itens alterados (número dos artigos, incisos, páginas, etc.): \_\_\_\_\_*

**C – EIXO DE ATUAÇÃO:**

**C.1) ATENDIMENTO**

*Para preencher o quadro abaixo a OSC deverá observar as normativas vigentes (Nacional, Estadual e Municipal) quanto à nomenclatura dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.*

*Caso não esteja contemplado preencha no campo outros e especifique.*

**Rede Socioassistencial**

**1 – Serviços de Proteção Social Básica**

<b>Assinale</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	
	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
	Outros (especificar):	

**2 – Serviços da Proteção Social Especial**

**2.1 – Média Complexidade**

Assinale	Descrição	Quantidade
	Serviço Especializado em Abordagem Social	
	Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida – LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade – PSC	
	Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias	
	Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	
	Outros (especificar):	

**2.2 – Alta Complexidade**

Assinale	Descrição	Quantidade
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: <b>Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescente – SAICA</b>	
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: <b>Casa Lar</b>	
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: <b>Casa de Passagem</b>	
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: <b>Residência Inclusiva – RI</b>	
	Serviço de Acolhimento Institucional – <b>Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI</b>	
	Serviço de Acolhimento em República	
	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	
	Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	
	Outros (especificar):	

**C.2) ASSESSORAMENTO**

Assinale	Descrição
	Assessoria política, técnica, administrativa e financeira
	Sistematização e difusão de projetos inovadores de inclusão cidadã
	Estímulo ao desenvolvimento integral sustentável e à geração de renda
	Produção e socialização de estudos e pesquisa e avaliação de impactos da Política de Assistência Social

**C.3) DEFESA E GARANTIA DE DIREITOS**

Assinale	Descrição
	Promoção da defesa de direitos já estabelecidos
	Reivindicação da construção de novos direitos
	Formação político cidadã de grupos populares usuários da Política de Assistência Social, incluindo conselheiros e lideranças populares
	Desenvolvimento de ações de ampliação de acesso, fortalecimento do protagonismo dos usuários da Política de Assistência Social
	Outros (especifique):

**3 – HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Especifique (conforme art. 12 da Resolução CMA nº 37/2020):
---

**4 – PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO AO MUNDO DO TRABALHO**

Especifique (conforme art. 12 da Resolução CMA nº 37/2020):
---

**D – CERTIFICADOS/REGISTROS SOCIAIS QUE A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC POSSUI:**

CMDCA (nº e validade):

Utilidade Pública Municipal (nº e validade):

Termo de Fomento (nº e validade)

CMAS ou Conselho Distrital (DF)\* de Assistência Social (nº e data da última renovação): \_\_\_\_\_

Outros (nº e validade):

*\*Quando a sede da entidade for de outro Município, informar o número de inscrição da entidade no CMAS do respectivo Município de sua sede ou no Conselho Distrital (DF).*

**E – COLOCAR TODOS OS ENDEREÇOS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO MUNICÍPIO DE MAUÁ:**

*Para cada endereço a OSC deverá copiar e preencher um quadro (é necessário relacionar os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que são desenvolvidos neste endereço).*

**MATRIZ**

CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	UF:
Telefone:	
Email:	
CRAS de referência:	
Nome dos Serviços, Programas, Projetos, Benefícios Socioassistenciais executados neste endereço:	
1.	
2.	

**FILIAL**

CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	UF:
Telefone:	
Email:	
CRAS de referência:	
Nome dos Serviços, Programas, Projetos, Benefícios Socioassistenciais executados neste endereço:	
1.	
2.	

**F – DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:**

Nome:		
Data de Nascimento:		
RG:	Órgão Expedidor:	
CPF:		
Endereço:	Bairro:	CEP:
Município:	UF:	
Telefone:		
E-mail:		
Período do Mandato:		

Termos em que,  
Pede deferimento.

Mauá, .....(dia) de .....(mês) de .....(ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da OSC

**ANEXO II – RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES – Último ano**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 UNIDADE EXECUTORA**

Unidade Executora/Razão Social				C.N.P.J.	
CNAE PRINCIPAL (Código Nacional de Atividade Econômica):					
Endereço				(DDD) Telefone/Fax	
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade					
C.P.F.				Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo		E-mail do responsável	
Endereço completo				CEP	(DDD) Tel./Celular do Responsável
CRAS de Referência:					

**1.2. IDENTIFICAÇÃO UNIDADE MANTENEDORA (quando houver)**

Unidade Mantenedora/Razão Social				C.N.P.J.	
CNAE PRINCIPAL (Código Nacional de Atividade Econômica):					
Endereço				(DDD) Telefone/Fax	
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade					
C.P.F.				Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor		Cargo		E-mail do responsável	
Endereço completo				CEP	(DDD) Tel./Cel do Responsável

**1.3. IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO**

Houve alteração do Técnico Responsável em 2019: (            ) Sim (    ) Não

Nome		CPF
Endereço		(DDD) Telefone/Fax

Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional
Formação Profissional:		Nº de Registro de Classe:	
Regime de Trabalho:		Data Início:	Carga Horária:
Cargo:		Função na entidade:	

**ATENÇÃO: O RELATÓRIO DEVE SER REALIZADO EM ANÁLISE AO PLANO DE TRABALHO APRESENTADO PARA 2020, INFORMANDO SE HOUVE ALTERAÇÕES E AS RESPECTIVAS JUSTIFICATIVAS.**

**1.4. CREDENCIAMENTO DA OSC** *(Informe se houve alteração no credenciamento da Organização da Sociedade Civil – OSC)*

**1.5. FINALIDADE ESTATUTÁRIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC** *(Informação conforme consta no estatuto)*

**1.6. ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO TERRITÓRIO** *(Informe se houve alteração ou impacto social na análise diagnóstica do Território)*

**1.7. MAPEAMENTO DA REDE DE SERVIÇOS UTILIZADA PARA A EFETIVAÇÃO DAS AÇÕES COM OS USUÁRIOS** *(Informe se houve alteração, inclusão, exclusão na rede de serviços utilizada para efetivação das ações com os usuários)*

**1.8. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL** *(Informe se houve alteração na área de abrangência territorial da OSC)*

**1.9. PÚBLICO ALVO DA INSTITUIÇÃO** *(Caracterizar e quantificar o público-alvo de acordo com o perfil atendido em cada serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial, considerando: idade, fases da vida (criança, adolescentes, jovens, idosos e famílias), gênero, escolaridade, raça/etnia; e, principalmente, descrever quais foram as variáveis de situações de vulnerabilidade social (altíssima, alta, média ou baixa) e/ou risco pessoal e social conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Norma Operacional Básica (NOB-SUAS) e demais legislações da área de Assistência Social contempladas na Resolução CMAS/Mauá nº 37/2020.)*

**1.10. CRITÉRIOS ADOTADOS PARA INSERÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL** *(Descrever quais foram os critérios de seleção na instituição, considerando a identificação de cada serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial desenvolvido e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social.)*

**1.11. ÁREA DE ATUAÇÃO PREPONDERANTE E SECUNDÁRIA**

## **II. DO PLANO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

**2. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS** *(obs.: para cada serviço, programa, projeto ou benefício, deverá ser preenchido um quadro específico).*

<b>2.1 NOME DO SERVIÇO</b> <i>(Descrever o nome tipificado, conforme as normas legais)</i>				
2.1.1. Descrever o nome fantasia se houver				
2.1.2 Tipologia				
<input type="checkbox"/> Proteção Social Básica <input type="checkbox"/> Proteção Social Especial Média Complexidade <input type="checkbox"/> Proteção Social Especial Alta Complexidade <input type="checkbox"/> Assessoramento <input type="checkbox"/> Defesa e Garantia de Direitos				
<b>2.1.3 Endereço do Serviço</b>				
Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço.				
<b>2.2 DESCRIÇÃO</b>				
Descreva sucintamente no que consiste este Serviço incluindo o item justificativa do Plano.				
<b>2.3 PÚBLICO ALVO/USUÁRIO DO SERVIÇO</b>				
<b>2.1 Qualificação do público usuário:</b> (Informe o público descrito no plano 2019 e se houve alteração).				
<b>2.2 Critérios adotados para inserção do usuário no Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.</b> (Informe os critérios descritos no plano 2019 e se houve alteração).				
<b>2.3 Capacidade de atendimento</b> (Informe a capacidade de atendimento descrita no plano 2019 e qual a quantidade atendida, justificando possíveis alterações).				
<b>2.5. OBJETIVOS</b>				
Importe os objetivos gerais e específicos do plano e informe se houve alteração no período. Se não, esclarecer que permanecem os mesmos citados no plano anterior. Se sim, qual, por quê? Estão em consonância com as finalidades estatutárias? Os objetivos foram alcançados? Sim, não ou parcialmente? Por quê?				
<b>Objetivo Geral</b>		<b>Alcançado sim ou não/Justifique</b>		
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Informe e Justifique se foram alcançados</b>	<b>Início</b>	<b>Término</b>
Importe objetivos citados no plano 2019 e acrescente se for necessário novos objetivos realizados.	Elencar as atividades que foram realizadas para alcançar cada um dos objetivos deste Serviço.	integralmente/parcialmente /Não foram alcançados		

**2.6. METODOLOGIA** *(Retratar a forma adotada para o desenvolvimento do serviço, projeto, programa, benefício socioassistenciais. Descrever como as atividades foram realizadas na busca de se alcançar cada um dos objetivos e metas propostos. Deve constar: grade de atividades; forma de participação da família e da comunidade nas atividades; como se deu o acompanhamento da progressão do atendimento; responsáveis pelas atividades; carga horária; dias de funcionamento; conteúdos trabalhados; especifique qual a forma de participação dos usuários e as estratégias que foram utilizadas; etc.)*

**Para as ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC DE ACESSORAMENTO e de DEFESA E GARANTIA DE DIREITOS**, além dos itens acima, informar: tipo de assessoramento e como foi realizado o acompanhamento do mesmo; apresentar o cronograma das ações.

**2.7 METAS** (Informe as metas alcançadas, por exemplo, o número de atendidos, quantidade de famílias atendidas e quantas foram referenciadas no CRAS ou CREAS; quantidade de organizações são assessoradas no município de Mauá, entre outros. Detalhar de acordo com o que consta no Plano de Ação do ano anterior, informando se foi possível cumprir o planejado, e no caso contrário justifique.)

Nº no plano de ação:	
Nome:	
Nº de atendimentos realizados:	
Nº de atendidos:	
A meta foi alcançada?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Foi executado algum serviço, programa, projeto, ou benefício socioassistencial que não constava no plano de ação? Se sim identifique-o.	
O serviço, programa, projeto, ou benefício socioassistencial terá continuidade no próximo ano?	

**2.8 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS** (Importe a forma de participação dos usuários e/ou estratégias elencadas no plano e informe se foram efetivadas ou se substituídas por outras formas de participação e apresente o resultado das avaliações dos usuários sobre o serviço)

**2.9 IMPACTO SOCIAL ALCANÇADO** (Descreva qual o impacto social alcançado, caso contrário justifique.)

**2.10. RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS** (Informar o percentual dos recursos financeiros que foram utilizados para a execução do serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial.)

Pessoa Jurídica: %	Pessoa Física: %	Recursos Públicos: %
--------------------	------------------	----------------------

**2.11. INFRAESTRUTURAS DISPONÍVEIS PARA A AÇÃO/PROJETO** (Com qual infraestrutura a Organização contou para realizar os atendimentos? Informe a quantidade de salas utilizadas para as atividades, salas administrativas, entre outros.)

<b>Item</b>	<b>Quantidade</b>
Almoxarifado ou similar	
Banheiros	
Biblioteca	
Brinquedoteca	
Copa/cozinha	
Enfermaria	
Espaço para animais de estimação	
Espaço para guarda de pertences	
Instalações elétricas e hidráulicas	
Jardim/parque	
Lavanderia	
Quadras esportivas	
Quartos coletivos	
Quartos individuais	
Recepção	
Refeitório	
Salas de atendimento em grupo/atividades comunitárias	
Salas de atendimento individual	
Salas de repouso	
Salas exclusivas para administração, coordenação, equipe	

técnica	
Outros (Especifique)	

**2.12. RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS**

QTDADE	CARGO/FUNÇÃO	NOME	FORMAÇÃO / NÍVEL DE ESCOLARIDADE (**)	CARGA HORÁRIA SEMANAL informada/realizada	Regime Contratação/ Vínculo (*) informado/realizado
Ex. 02	<b>Assistente Social</b>	João da Silva	Serviço Social	30hs/20hs	CLT/Autônomo
		Marli Juruiaia	Serviço Social	30hs/20hs	CLT/CLT
Ex 01	Educador Social	Maristela dos Santos	Ensino Médio	20hs/20hs	CLT/CLT
<b>Total regime CLT:</b>			R\$		
<b>Total outras formas de Contratação:</b>			R\$		

*Descrever qual foi o recurso humano direto envolvido na execução do serviço, programa, projeto ou benefícios socioassistenciais.*

*(\*) Estagiário, Aprendiz, Voluntário, Regime CLT, Prestador de serviço, Autônomo, Profissional liberal*

*(\*\*) Iltrado, Não Alfabetizado, Alfabetizado, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Superior Incompleto, Superior Completo, Pós-Graduação, Mestrado, Doutorado*

Declaro que a organização não permaneceu por mais que 30 dias sem equipe mínima, conforme estipulado na Nob/RH Suas e informado no Plano de 2019.

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**2.13. ARTICULAÇÃO COM A REDE PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS OU BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

*Descrever quais as articulações foram possíveis realizar para o desenvolvimento dos serviços, programas, projetos ou benefícios socioassistenciais junto aos usuários no ano, compreendendo a articulação efetuada com a rede de serviços existentes na comunidade, serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas sociais (saúde, educação, trabalho, habitação, etc.), organizações sociais, órgãos de defesa dos direitos, conselhos municipais, entre outros.*

**2.14. DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES**

*Descrever quais as atividades desenvolvidas e quantas horas foram dedicadas anualmente para capacitação e educação permanente dos trabalhadores.*

**2.15. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**

*Em quais regiões do município de Mauá, o serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial foram desenvolvidos.*

**2.16. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES MENSAS** (*Importe do Plano 2019 e informe se houve alteração durante o ano em relação a metodologia*)

**2.17. DOCUMENTOS E INSTRUMENTOS DE REGISTROS PARA ACOMPANHAMENTO E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO/AÇÃO JUNTO AOS USUÁRIOS** (*Informe os instrumentos de registros para acompanhamento e desenvolvimento do projeto/ação*)

**2.18. ALIMENTAÇÃO** (*Informe a característica das refeições, como horários, tipo, etc.*)

**2.19. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** (*Informe os resultados/indicadores e instrumentos, bem como a periodicidade do monitoramento e avaliação desse serviço pela equipe técnica da própria Unidade e/ou por Órgãos externos*)

**3. RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS COM O Nº DE NIS** (numero de identificação social)

**5. DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal da instituição, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

Local e data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do técnico Responsável  
e o Representante Legal  
Nome da Unidade

**ANEXO III – ROTEIRO PLANO DE AÇÃO 2020 CMAS – MAUÁ**

**I – IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (OSC) EXECUTORA**

**1. Dados da Organização Sociedade Civil Executora**

Nome/Razão Social			C.N.P.J.		
CNAE Principal (Código Nacional de Atividade Econômica):					
Endereço				(DDD) Telefone/Fax	
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do Responsável					
C.P.F.			Data Término do Mandato:		
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo na OSC		E-mail do Responsável		
Endereço Residencial Completo			CEP	Tel/Cel do Responsável	
CRAS de Referência:					

**2. Identificações Unidade Mantenedora (se não houver, excluir tabela)**

Unidade Mantenedora/Razão Social			C.N.P.J.		
Endereço				(DDD) Telefone/Fax	
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade					
C.P.F.			Data de Término do Mandato:		
R.G./Órgão expedidor. /	Cargo		E-mail do responsável		
Endereço Completo			CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	

**3. Identificação Técnico(s) Responsável(is) pelo Plano de Ação**

Nome	C.P.F.
Endereço	(DDD) Telefone/Fax

Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional
Formação Profissional			
Nº de Registro		Função na Entidade	

**4. Credenciamento da OSC**

INSCRIÇÃO/CADASTRO:	PERÍODO VALIDADE
2 Conselho Municipal de Assistência Social	
3 Secretaria Municipal de Promoção Social	
4 Conselho Municipal da Criança e Adolescente	
5 Conselho Municipal de Idoso	
6 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social	
OUTROS: Identifique	

UTILIDADE PÚBLICA	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO
Municipal			
Estadual			

DOCUMENTOS PÚBLICOS	Nº	DATA VALIDADE
LICENÇA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (COVISA MAUÁ) <i>Obs.: obrigatório somente para Osc de Longa Permanência – ILPI e Acolhimento Institucional</i>		
ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO (Prefeitura Municipal de Mauá)		
LAUDO BOMBEIRO – AVCB		

**5. Finalidade Estatutária da OSC**

*Inserir o artigo do estatuto que trata sobre a finalidade estatutária na Assistência Social. O Plano de Ação apresentado deve ter correspondência com sua finalidade estatutária.*

**6. Análise Diagnóstica do Território**

*Contextualizar a realidade socioeconômica da comunidade e do entorno, com dados oficiais – IBGE, SEADE, CENSO. Descrever: os motivos que levaram à realização dos Serviços/projetos; as peculiaridades da região e os aspectos que facilitaram a implantação dos mesmos.*

**7. Mapeamento da rede de serviços utilizada para a efetivação das ações com os usuários**

*Inserir **apenas** os serviços utilizados para a execução das ações com seu público alvo.*

**8. Abrangência Territorial:**

Registrar o território onde as ações atingem.

( ) Todas as regiões de Mauá		
<p>( ) <b>Região CRAS ORATÓRIO</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Região CRAS PQ. DAS AMÉRICAS</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Região CRAS ZAIRA</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>
<p>( ) <b>Região CRAS VILA MERCEDES</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Região CRAS MACUCO</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Região CRAS FEITAL</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>
<p>( ) <b>Região CRAS SÃO JOÃO</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Região CREAS I</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Região CREAS II</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>
<p>( ) <b>Outras Regiões</b></p> <p>Se somente bairros específicos, identificar os bairros</p>	<p>( ) <b>Outros municípios – especificar:</b></p>	

**9. Política Pública Preponderante:** \_\_\_\_\_

**9.1 Enumere Política(s) Pública(s) Secundária(s)**

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| ( ) Política de Assistência Social | ( ) Política de Esporte        |
| ( ) Política de Cultura            | ( ) Política de Saúde          |
| ( ) Política de Educação           | ( ) Outra: (Identifique) _____ |

**10. Público usuário da OSC:**

Citar o público-alvo da Osc, considerando todos os serviços socioassistenciais prestados; Descrever as características que identificam o perfil dos destinatários das ações, como idade e fases da vida (criança, adolescentes, jovens, idosos, famílias)

**10.1. Critérios adotados para inserção dos usuários no serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial**

Descreva quais são os critérios de seleção na organização, considerando a identificação de cada serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial a ser desenvolvido e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social

**11. Recursos Humanos Envolvidos (Quadro Geral da OSC)**

**a) Existentes**

<b>QUANTIDADE</b>	<b>CARGO</b>	<b>CARGA HORÁRIA/SEMANA</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>REGIME CONTRATAÇÃO</b>

Total Regime CLT:

Total referente a outras formas de Contratação:

Total de Voluntários:

Total de Equipe Técnica (atividades fim):

Total Geral:

*\*Considera-se para equipe técnica (atividades fim) os profissionais que atuam diretamente com a execução do projeto, aceitando-se um percentual máximo de 15% de profissionais de apoio ou administrativo.*

**b) Necessários (se houver previsão)**

<b>QUANTIDADE</b>	<b>CARGO</b>	<b>CARGA HORÁRIA/SEMANA</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>REGIME CONTRATAÇÃO</b>

Total Regime CLT:

Total referente a outras formas de Contratação:

Total de Voluntários:

Total de Equipe Técnica (atividades fim):

Total Geral:

*\*Considera-se para equipe técnica (atividades fim) os profissionais que atuam diretamente com a execução do projeto, aceitando-se um percentual máximo de 15% de profissionais de apoio ou administrativo.*



**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

Caso haja outros custos, inseri-los na planilha de acordo com somatório dos serviços do item Plano.

12.1. Qual a principal fonte/forma de captação de recursos próprios: \_\_\_\_\_

**13. Quadro de Aplicação de Recursos Financeiros nas Políticas (% sobre o total)**

ÁREA –POLÍTICA PÚBLICA	ASSISTÊNCIA SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	CULTURA	OUTRAS	TOTAL
Atividade Fim Essencial aos serviços, programas e projetos de assistência social.						
Atividades Meios /Administrativas						
Total em %						

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

**II – DO PLANO TÉCNICO DE TRABALHO**

**ÁREA DE ATUAÇÃO – ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**1. Identificação do serviço, programa, projeto ou benefício Socioassistencial.**

Os Serviços, Programas e Projetos deverão estar de acordo com o artigo 24 e §1º e 2º da Lei 8742/1993 – LOAS e Resolução CMAS nº 37/2020.

Os Serviços Socioassistenciais de atendimento deverão estar de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e Resolução CMAS nº 37/2020;

Os Serviços Socioassistenciais de Assessoramento e Defesa e Garantia de Direitos deverão respeitar os critérios estabelecidos pela Resolução CMAS nº 37/2020;

**1.1. Nome Fantasia do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício**

**1.2. Identificar onde são desenvolvidas as atividades com:**

- Nome (s) do(s) equipamento(s),
- Endereços,
- Telefones;
- Técnico responsável.

**1.3. Tipo de Serviço, Benefício, Programa ou Projeto Socioassistencial**

Somente para serviços no âmbito da Política de Assistência Social

Selecionar a tipificação/ classificação, correspondente ao Serviço, programa ou projeto supracitado. **Eliminar os que não se aplicam.**

**( ) I – Atendimento**

Quando realizam de forma continuada, permanente e planejada, serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial, dirigido às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social conforme preconiza a Política de Assistência Social.

**A - Serviços Tipificados de Proteção Social Básica**

- ( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- ( ) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.
- ( ) Promoção e Integração ao Mundo do Trabalho

**B - Serviços Tipificados Proteção Social Especial Média Complexidade**

- ( ) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- ( ) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- ( ) Serviço Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, idosas e suas Famílias;
- ( ) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

**C - Serviços Tipificados Proteção Social Especial de Alta Complexidade**

- ( ) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: Abrigo Institucional; Casa-lar; Casa de Passagem (albergue); Residência Inclusiva;
- ( ) Serviço de Acolhimento em República;
- ( ) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- ( ) Serviço de Proteção em Situação de Calamidades Públicas e de Emergenciais.

**( ) II – Assessoramento:**

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

São Organizações da Sociedade Civil de assessoramento aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações de usuários, fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações de usuários, formação e capacitação de lideranças, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos da Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, respeitadas as deliberações do CNAS, conforme § 2º do artigo 3º da Lei 12.435/2011, que altera a LOAS e Nota Técnica SNAS nº 10/2018.

- ( ) Assessoria política, técnica, administrativa e financeira a movimentos sociais, organizações, grupos populares e de usuários, no fortalecimento de seu protagonismo e na capacitação para a intervenção nas esferas políticas, em particular na Política de Assistência Social;
- ( ) Sistematização e difusão de projetos inovadores de inclusão cidadã que possam apresentar soluções alternativas para enfrentamento da pobreza, a serem incorporadas nas políticas públicas;
- ( ) Estímulo ao desenvolvimento integral sustentável das comunidades e à geração de renda;
- ( ) Produção e socialização de estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento da sociedade sobre os seus direitos de cidadania, bem como dos gestores públicos, subsidiando-os na formulação e avaliação de impactos da Política de Assistência Social.

**( ) III – Defesa e garantia de direitos:**

São Organizações da Sociedade Civil de Defesa e Garantia de Direitos aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas e projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, construção de novos direitos, promoção da cidadania, enfrentamento das desigualdades sociais, articulação com órgãos públicos de defesa de direitos, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos da Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, respeitadas as deliberações do CNAS, conforme § 3º do artigo 3º da Lei 12.435/2011, que altera a LOAS e Nota Técnica SNAS nº 10/2018.

- ( ) Promoção da defesa de direitos já estabelecidos através de distintas formas de ação e reivindicação na esfera política e no contexto da sociedade;
- ( ) Reivindicação da construção de novos direitos fundados em novos conhecimentos e padrões de atuação reconhecidos nacional e internacionalmente;
- ( ) Formação política cidadão de grupos populares usuários da política de assistência social, nela incluindo capacitação de conselheiros/as e lideranças populares;
- ( ) Desenvolvimento de ações de ampliação de acesso dos usuários às informações, visando o fortalecimento do protagonismo dos mesmos, na reivindicação dos direitos socioassistenciais e a implementação da política de assistência social.

**1.4 Justificativa**

**1.5 Qualificação do público alvo**

FAIXA ETÁRIA DO PÚBLICO ALVO (Inserir Quantidade de cada faixa etária)					
0 - 6	6 - 15	15 - 17	18 – 29	30 a 59	60 ou mais

LINHA DE ATUAÇÃO COM PÚBLICO PRIORITÁRIO	
Público Prioritário	Quantidade
Criança e Adolescente	
Orientação Sexual	
Idoso	
Mulher	
Raça/ Etnia	
Pessoa com Deficiência	
Pessoa em Situação de Rua	
Trabalho Infantil	
Adolescente em Liberdade Assistida	

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

Programas governamentais (Ex. Criança Feliz, Peti) Qual	
Outros	

**1.6 Critérios adotados para inserção do usuário no Serviço, Programa, Projeto ou Benefício Social.**

**1.7 Capacidade de atendimento:**

**1.8 Objetivos**

**a) Objetivo Geral:**

O objetivo geral expressa a intenção de atingir um determinado fim, uma mudança na situação social do usuário e da comunidade. Por isso não deve ser quantificado (quando se transformaria no resultado esperado) nem expressar a forma como se vai trabalhar (quando se transformaria em ações).

**b) Objetivos Específicos:**

São desdobramentos do objetivo geral.

**Perguntas para reflexão, para elaborar os objetivos específicos:**

Que resultados esperamos quando pensamos no objetivo geral?

Que resultados esperamos em cada objetivo específico?

Que resultados cada uma das atividades planejadas para alcançar os objetivos específicos vai produzir?

Objetivo Específico	Metas	Atividades	Resultados Esperados
<b>Exemplo</b> Desenvolver competências para inserção no mercado de trabalho.	Atender 20 jovens adolescentes	Inserção e orientação de jovens adolescentes no serviço	Garantia de acesso a serviços socioassistenciais
		Aulas teórico-práticas	Aquisição de conhecimentos
		Oficinas preparatórias para mercado de trabalho	Acesso qualificado ao mercado de trabalho
Objetivo Específico	Metas	Atividades	Resultados Esperados

**1.9 Demonstração da forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, monitoramento e avaliação**

**1.10 Metodologia (citar cada atividade, a metodologia usada, o responsável pela atividade e sua periodicidade)**

**Perguntas para reflexão e elaboração da metodologia.**

Em que consiste o método de trabalho do projeto? Que referências ou experiências embasam o método?

Existem justificativas teóricas para o método de trabalho? Esses métodos já foram usados em outras situações? Tiveram sucesso? Você acha que esse método pode ser reaplicado ou multiplicado?

Atividades	Procedimento Metodológico	Responsável	Periodicidade (diária, semanal, quinzenal, mensal)	Dia da Semana	Horário

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

**1.11 Cronograma de Atividades Mensais:**

ATIVIDADES	PERÍODO/MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

**1.12 Alimentação:**

Inserir a característica das refeições: horários, tipo, etc.

**1.13 Infraestrutura disponível para a Serviço/Programa/Projeto**

Descrever a Infraestrutura.

- ( ) Recepção;
- ( ) Salas de Atendimento Individualizado (resguarda sigilo);
- ( ) Salas de Atividades Coletivas e Comunitárias;
- ( ) Instalações Sanitárias;
- ( ) Sala do Técnico Responsável (resguarda sigilo);
- ( ) Cozinha;
- ( ) Refeitório;
- ( ) Enfermaria;
- ( ) Sala de Vídeo;
- ( ) Outros (Identifique) \_\_\_\_\_

**1.14 Parcerias para a Serviço/Programa/Projeto**

Descrever as parcerias efetuadas com órgãos, instituições, empresas, entre outras, para a execução do projeto/ação.

NOME DO PARCEIRO	TIPO DE CONTRIBUIÇÃO (Financeira, Técnica, Recursos humanos ou outra)

**1.15 Monitoramento e avaliação do projeto:**

Descrever como será o sistema de monitoramento e avaliação do projeto.

Informar quais os instrumentos e estratégias utilizados.

Mencionar se há a participação de outros atores na avaliação (família, usuário, comunidade, parceiro).

Explicar de que forma se realiza, bem como a periodicidade.

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

**1.16 Recursos Humanos Envolvidos no Serviço Identificado**

Quantificar os profissionais existentes e necessários ao desenvolvimento do Plano de Trabalho

**a) Existentes**

QUANTIDADE	CARGO	FORMAÇÃO	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)	REGIME CONTRATAÇÃO/ VOLUNTÁRIO

Total Regime CLT: R\$

Total Outras Formas de Contratação: R\$

Total de Voluntários:

Total de Equipe Técnica:

Total: R\$

**b) Necessários**

QUANTIDADE	CARGO	FORMAÇÃO	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)	REGIME CONTRATAÇÃO/ VOLUNTÁRIO









**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

SUB-TOTAL MATERIAL PERMANENTE		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>OUTROS GASTOS</b>		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	TOTAL
SUB-TOTAL OUTROS GASTOS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>QUADRO RESUMO - ORÇAMENTO FÍSICO FINANCEIRO</b>														
NATUREZA DO MOVIMENTO		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL DESPESAS
RECURSOS HUMANOS PF		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENCARGOS SOCIAIS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECURSOS HUMANOS PJ		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO TERCEIROS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LOCAÇÕES DE IMÓVEIS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LOCAÇÕES DIVERSAS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
UTILIDADES PÚBLICAS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTE		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MATERIAL PERMANENTE		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS GASTOS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL DAS DESPESAS</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**1.18 Indicar Previsão de fonte de Receitas da OSC. Apresentar os valores das Fontes de Receita Próprias e através de convênio (Federal, Estadual, Municipal) e outras (anual) do Serviço**

**Obs.** poderão ser incluídas quantas colunas se fizer necessário, mas não poderá ser retirada nenhuma destas colunas abaixo. Resumo dos valores apurados na tabela 1.15

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
 (utilizar o timbre da OSC)

Fonte de Recursos	Recursos Próprios	Secretaria Municipal/Estadual Assistência Social	Secretaria Municipal Educação	Secretaria Municipal Saúde	FMDCA	Secretaria Municipal Cultura	Emenda Parlamentar	Outros	Total
RECURSOS HUMANOS – PESSOA FÍSICA									
ENCARGOS SOCIAIS									
RECURSOS HUMANOS – PESSOA JURÍDICA									
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS (Alimentos)									
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO									
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS									
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS									
LOCAÇÕES DIVERSAS									
UTILIDADES PÚBLICAS									
TRANSPORTE									
MATERIAL PERMANENTE									
OUTROS GASTOS									
<b>TOTAL</b>									

MAUÁ, de de .

ASSINATURA  
**PRESIDENTE**

ASSINATURA/ Registro  
**TÉCNICO RESPONSÁVEL**  
**PELO PROJETO**

**ANEXO III**  
**PLANO DE AÇÃO 2020**  
(utilizar o timbre da OSC)

Obs: Preencher todos os itens do **II – DO PLANO TÉCNICO DE TRABALHO** para cada programa, projeto, serviço ou benefício socioassistencial, após iniciar a identificação dos serviços prestados em outras áreas de atuação (quando for o caso).

ÁREA DE ATUAÇÃO: (definir área ex: EDUCAÇÃO/ SAÚDE)

**Atenção:** As Entidades com preponderância na área da Assistência Social para os programas da área da Saúde ou Educação deverão preencher os seguintes itens:

**III – PREVISÃO DO INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO PLANO EM CURSO**

Informar quando será início e o término do Plano de Trabalho

MAUÁ, de de .

ASSINATURA  
**PRESIDENTE**

ASSINATURA  
**TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO PROJETO**