

RESOLUÇÃO CMAS Nº 76/2021

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 2021.

O Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS de Mauá/SP, em Reunião Ordinária de **25/11/2021**, 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, e:

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 a Resolução CNAS/MC nº 32 de 19 de abril de 2021, que revoga a Resolução CNAS nº 04 de 02 de abril de 2020 e altera a Resolução nº 18, de 3 novembro de 2020, sendo que ambas em 2020 alteram o artigo 13 da Resolução CNAS nº 14, de 15 de maio de 2014, que define parâmetros nacionais para a inscrição das entidades ou organizações de Assistência Social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos de Assistência Social.

Considerando a Resolução CMAS nº 37/2020 que dispõe sobre os parâmetros municipais para inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social, das Organizações da Sociedade Civil (OSC), no âmbito da Política de Assistência Social, bem como dos Serviços, Programas, Projetos e Benefícios Socioassistenciais da Política de Assistência Social no município de Mauá.

Considerando a Resolução CMAS nº 75/2021 que altera em caráter excepcional, o prazo estabelecido no caput do art. 29 da Resolução CMAS nº 37 de 02 de março de 2020 que trata de manutenção do comprovante de Inscrição no CMAS e dá outras providências;

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;

R E S O L V E:

Art. 1º 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, devem **entregar o pedido de manutenção de sua inscrição** com os seguintes documentos correspondentes aos anexos da Resolução CMAS 37/2020, os quais constam e seguem relacionados:

- I. Requerimento de Manutenção da Inscrição no CMAS - (ANEXO V)
- II. Relatório Anual de Atividades evidenciando o Plano de Ação apresentado na manutenção no ano- (ANEXO II)
- III. Plano de Ação do próximo ano -(ANEXO III)
- IV. Declaração de Funcionamento - (ANEXO IV)

- V. Cópia simples da Licença da Vigilância Sanitária (no prazo de validade);
- VI. Cópia simples do Alvará de Funcionamento (emitido pela Prefeitura Municipal de Mauá, no prazo de validade);
- VII. Registro atualizado/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, anualmente, até o dia 31 de dezembro.

§ 1º Considerando o calendário 2021 do município, o prazo final para requerer a manutenção da inscrição no CMAS, se encerra em 30 de dezembro de 2021 até as 17h00.

§ 2º O prazo que trata o caput, vigorará enquanto perdurar a emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, COVID-19.

Art. 3º A documentação de manutenção de inscrição, no que se refere aos itens de I a VII do artigo 1º, deverá ser entregue na sede do CMAS-Mauá, sito à Rua Campos Sales nº289 Vila Bocaina – Mauá/SP. em formato físico e digital por envio de e-mail, com todos os documentos salvos em arquivos separados e no formato de PDF.

Art. 4º O CMAS – Mauá notificará através de correspondência e e-mail as 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 Após notificação, o prazo de entrega do pedido de manutenção, será de 30 (trinta) dias a contar da data do recebimento da notificação, sob pena de cancelamento da inscrição.

§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 poderá ter sua inscrição cancelada.

Art. 5º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial de Mauá/SP.

Mauá, 25 de novembro de 2021

FERNANDA PAULA CARDOSO
Presidente
Conselho Municipal de Assistência Social

REQUERIMENTO DA MANUTENÇÃO DE INSCRIÇÃO – ANEXO V

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 Econômica) 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**

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

3) 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
--	---

4) 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):	

5 – HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

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

6 – PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO AO MUNDO DO TRABALHO

Especifique (conforme art. 12 da Resolução CMAS 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

RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES (realizadas no último ano) – ANEXO II**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 NA ÚLTIMA MANUTENÇÃO, 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).*

2.1 NOME DO SERVIÇO <i>(Descrever o nome tipificado, conforme as normas legais)</i>				
2.1.1. Descrever o nome fantasia se houver				
2.1.2 Tipologia				
☐ Proteção Social Básica ☐ Proteção Social Especial Média Complexidade ☐ Proteção Social Especial Alta Complexidade ☐ Assessoramento ☐ Defesa e Garantia de Direitos				
2.1.3 Endereço do Serviço				
Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço.				
2.2 DESCRIÇÃO				
Descreva sucintamente no que consiste este Serviço incluindo o item justificativa do Plano.				
2.3 PÚBLICO ALVO/USUÁRIO DO SERVIÇO				
2.1 Qualificação do público usuário: (Informe o público descrito no plano 2019 e se houve alteração).				
2.2 Critérios adotados para inserção do usuário no Serviço, Programa, Projeto ou Benefício. (Informe os critérios descritos no plano 2019 e se houve alteração).				
2.3 Capacidade de atendimento (Informe a capacidade de atendimento descrita no plano 2019 e qual a quantidade atendida, justificando possíveis alterações).				
2.5. OBJETIVOS				
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?				
Objetivo Geral		Alcançado sim ou não/Justifique		
Objetivos Específicos	Descrição das Atividades	Informe e Justifique se foram alcançados	Início	Término
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 propostas.*

Regulamentado pelo Decreto n.º 5.751 de 24/10/97.

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? Sim 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 (Informe 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.)

Item	Quantidade
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 (segue exemplo)

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

*(**) Ilétrado, 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 MENSAIS *(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

ROTEIRO PLANO DE AÇÃO (para o próximo ano) - ANEXO III**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)		
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		
() Região CRAS ORATÓRIO Se somente bairros específicos, identificar os bairros	() Região CRAS PQ. DAS AMÉRICAS Se somente bairros específicos, identificar os bairros	() Região CRAS ZAIRA Se somente bairros específicos, identificar os bairros
() Região CRAS VILA	() Região CRAS MACUCO	() Região CRAS FEITAL

MERCEDES Se somente bairros específicos, identificar os bairros	Se somente bairros específicos, identificar os bairros	Se somente bairros específicos, identificar os bairros
() Região CRAS SÃO JOÃO Se somente bairros específicos, identificar os bairros	() Região CREAS I Se somente bairros específicos, identificar os bairros	() Região CREAS II Se somente bairros específicos, identificar os bairros
() Outras Regiões Se somente bairros específicos, identificar os bairros	() Outros municípios – especificar: 	

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**

QUANTIDADE	CARGO	CARGA HORÁRIA/SEMANA	FORMAÇÃO	REGIME CONTRA- TAÇÃO

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)

QUANTIDADE	CARGO	CARGA HORÁRIA/SEMANA	FORMAÇÃO	REGIME CONTRA- TAÇÃO

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

(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 %						

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 idosos.
- () Promoção e Integração ao Mundo do Trabalho

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

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:

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;

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

22

() 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	
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?

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

Perguntas para reflexão e elaboração da metodologia.

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?

1.11 Cronograma de Atividades Mensais:

[illegible]

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

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.

1.16 Recursos Humanos Envolvidos no Serviço Identificado

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

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

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

17 Orçamento Físico-Financeiro – Por Serviço, Programa, Projeto ou Benefício Socioassistencial (Planilha do Excel)

[illegible]

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

Psicólogo														
Sociólogo														
Advogado														
Educadores Sociais														
Cuidador														
Educador Social														
Auxiliar de Cuidador														
Outros (especifique)														
Sub-Total - Equipe Técnica		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
(Equipe Apoio / Administrativo)														
Administrativo														
Motorista														
Cozinheiro														
Outros especifique														
Sub-Total - Equipe Apoio / Administra- tivo		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
SUB-TOTAL DE PESSOAL		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	Qtd	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	TOTAL

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

MATERIAL PERMANENTE	Qtd	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	TOTAL
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
OUTROS GASTOS		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

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

QUADRO RESUMO - ORÇAMENTO FÍSICO FINANCEIRO														
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
TOTAL DAS DESPESAS		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

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

OUTROS GASTOS									
TOTAL									

MAUÁ, de de .

ASSINATURA

PRESIDENTE

ASSINATURA/ Registro

TÉCNICO RESPONSÁVEL

PELO PROJETO

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).

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