

(utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

A - DADOS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC E REPRESENTANTE LEGAL (sede administrativa):

Razão Social da OSC:		
Nome Fantasia (se houver):		
CNPJ:	Data de inscrição no CNPJ:	
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Município:	UF:
E-mail:		
Site:		
Telefones: () ()		
CNAE (Código Nacional de Atividade Econômica) Principal:		
DADOS DO PRESENTANTE LEGAL:		
Nome Completo:		
Data de Nascimento: dd/mm/aaaa		
RG:	Órgão Expedidor:	
CPF:		
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Município:	UF:
Telefone: ()	E-mail:	
Período do Mandato:		

B - IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO

Houve alteração do Técnico Responsável: () Sim Quando? __? __/ __

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 AÇÃO APRESENTADO PARA O ANO _____, INFORMANDO SE HOUVE ALTERAÇÕES E AS RESPECTIVAS JUSTIFICATIVAS.

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

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

(utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

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

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*)

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

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 às 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.*)

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.*)

ÁREA DE ATUAÇÃO PREPONDERANTE E SECUNDÁRIA

DO PLANO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS

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

NOME DO SERVIÇO (<i>Descrever o nome tipificado, conforme as normas legais</i>)
Descrever o nome fantasia se houver
Tipologia
() Proteção Social Básica
() Proteção Social Especial Média Complexidade
() Proteção Social Especial Alta Complexidade
() Assessoramento
() Defesa e Garantia de Direitos
ENDEREÇO DO SERVIÇO

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço:				
DESCRIÇÃO				
Descreva sucintamente no que consiste este Serviço incluindo o item justificativa do Plano executado				
PÚBLICO ALVO/USUÁRIO DO SERVIÇO				
Qualificação do público usuário: (Informe o público descrito no Plano de Ação executado e se houve alteração).				
Critérios adotados para inserção do usuário no Serviço, Programa, Projeto ou Benefício. (Informe os critérios descritos no plano executado e se houve alteração).				
Capacidade de atendimento (Informe a capacidade de atendimento descrita no plano executado e qual a quantidade atendida, justificando possíveis alterações).				
OBJETIVOS				
Importe os objetivos gerais e específicos do plano executado e informe se houve alteração no período. Se não, esclarecer que permanecem os mesmos citados no plano. 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		Início	Término
Importe objetivos citados no plano anterior, acrescente se necessário novos objetivos	Elencar as atividades que foram realizadas para alcançar cada um dos objetivos deste Serviço.	Informe e Justifique se foram alcançados integralmente/parcialmente/Não foram alcançados		

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.;

(utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC DE ASSESSORAMENTO 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.

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 executado do ano anterior, informando se foi possível cumprir o planejado, e no caso contrário justifique.)

Nº de atendimentos realizados:
Nº de atendidos:
A meta foi alcançada? <input 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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

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

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

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: %
--------------------	------------------	----------------------

INFRAESTRUTURAS DISPONÍVEIS PARA A AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS (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	

(utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

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)	

RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Quantidade de	CARGO/FUNÇÃO	NOME	FORMAÇÃO-NÍVEL DE ESCOLARIDADE (* **) (***)	CARGA HORÁRIA SEMANAL informada e realizada	Regime de Contratação/Vínculo (*) informado/realizado

(utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

Ex. 02	Assistente Social	João da Silva Marli Juruiaia	Serviço Social Serviço Social (***)	30hs/20hs 30hs/20hs	CLT/Autônomo CLT/CLT
Ex 01	Educador Social	Maristela dos Santos	Ensino Médio (**)	20hs/20hs	CLT/CLT
Total regime CLT:			R\$		
Totais 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

(**) 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 executado.

Presidente: _____

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.

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.

ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

(utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

ANEXO III- RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES REALIZADAS – Ano Anterior

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

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES MENSAIS *(Importe do Plano de Ação executado e informe se houve alteração durante o ano em relação a metodologia)*

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)*

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

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)*

RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS COM O Nº DE NIS (número de identificação social)

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 e assinatura do técnico Responsável e do Representante Legal
Nome da Unidade