



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO

ESTADO DO PARANÁ

GABINETE DO PREFEITO

Ofício nº 86/AL

Pato Branco, 24 de março de 2022.

Prezado Vereador,

Vimos através deste encaminhar memorandos 50, 54, 55, 58, 59 e 69/2022 da Secretaria de Assistência Social, apresentando impedimentos técnicos a emendas impositivas.

Ademais, aproveitamos o ensejo para renovar nossos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,


Francieli Catusso Tamagno
Assessora de Assuntos Legislativos



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Assistência Social

Memorando: 050/2022

Pato Branco, 11 de fevereiro de 2022

Da: Secretaria de Assistência Social

Para: Setor de Projetos - A/C Satiro Bertol

Assunto: Emenda Impositiva Individual 79/2021 - Lei nº 5.867/2021

Beneficiário: Projeto Jojoca

Prezado Senhor,

Considerando a Emenda Impositiva Individual sob nº 79/2021 relacionada à Lei nº 5.867/2021 na qual o beneficiário é o Projeto Jojoca no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), informamos que, no âmbito da Política de Assistência Social, há a necessidade de inscrição da entidade junto ao Conselho Municipal de Assistência Social para o reconhecimento de vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como competente registro concluído e atualizado no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social (CNEAS) no Sistema SUASWEB, a qual habilita a referida OSC a receber recursos públicos por meio de parceria com as gestões municipais, conforme parâmetros estabelecidos na Lei nº 13.019/2014, Decreto nº 8.726/2016, Resolução CNAS nº 21/2016 e Resolução CNAS nº 109/2009 e Resolução CMAS 17/2016 (conforme anexo) .

Atenciosamente,

Luana Varaschim Ferin
Secretária Municipal de Assistência Social



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Assistência Social

Memorando: 054/2022

Pato Branco, 11 de fevereiro de 2022

Da: Secretaria de Assistência Social

Para: Setor de Projetos - A/C Satiro Bertol

Assunto: Emenda Impositiva Individual 36/2021 - Lei nº 5.867/2021

Beneficiário: Projeto ABRACE - Grupo de Voluntárias

Prezado Senhor,

Considerando a Emenda Impositiva de Bancada sob nº 36/2021 relacionada à Lei nº 5.867/2021 na qual o beneficiário é o Projeto ABRACE, no valor de R\$ 50.000,00,00 (cinquenta mil reais), explicitamos que, pelas características fundantes da instituição e por seu foco de atuação estar ligado à geração financeira a ser direcionada às entidades de assistência social existentes, vislumbra-se a necessidade de estar inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, sob a perspectiva dos eixos contidos na Resolução nº 17/2016 (conforme anexo) e nos parâmetros normativos regidos pela Resolução nº 109/2009 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais) e Resolução CNAS 27/2011.

Atenciosamente,



Luana Varaschim Perin

Secretária Municipal de Assistência Social



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Assistência Social

Memorando: 055/2022

Pato Branco, 11 de fevereiro de 2022

Da: Secretaria de Assistência Social

Para: Setor de Projetos - A/C Satiro Bertol

Assunto: Emenda Impositiva Individual 46/2021 - Lei nº 5.867/2021

Beneficiário: Associação dos Surdos de Pato Branco - ASPB

Prezado Senhor,

Considerando a Emenda Impositiva de Bancada sob nº 46/2021 relacionada à Lei nº 5.867/2021 em que a beneficiária é a Associação dos Surdos de Pato Branco- ASPB no valor de R\$ 22.427,16 (vinte e dois mil, quatrocentos e vinte e sete reais e dezesseis centavos), explicitamos a necessidade da referida OSC estar devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS para fins de repasse de recursos, sob a perspectiva dos eixos contidos na Resolução do CMAS nº 17/2016 (conforme anexo) e nos parâmetros normativos regidos pela Resolução nº 109/2009 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais) e Resolução CNAS 27/2011.

Atenciosamente,

Luana Varaschim Perin
Secretária Municipal de Assistência Social



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Assistência Social

Memorando: 058/2022

Pato Branco, 11 de fevereiro de 2022

Da: Secretaria de Assistência Social

Para: Setor de Projetos - A/C Satiro Bertol

Assunto: Emenda Impositiva Individual 15/2021 - Lei nº 5.867/2021

Beneficiário: Associação Iguais nas Diferenças

Prezado Senhor,

Considerando a Emenda Impositiva Individual sob nº 15/2021 relacionada à Lei nº 5.867/2021 na qual a beneficiária é a Associação Iguais nas Diferenças no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), informamos que a referida organização da sociedade civil não está devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, necessitando assim tal prerrogativa para a vinculação da referida ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS, bem como o registro posterior ao Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social - CNEAS do Sistema SUASWEB para o desenvolvimento dos serviços socioassistenciais tipificados pela Resolução CNAS nº 109/2009 e pelos parâmetros da Lei nº 13.019/2014, Decreto nº 8.726/2016, Resolução CNAS nº 21/2016 e Resolução CNAS nº 109/2009 e Resolução CMAS 17/2016 (conforme anexo).

Atenciosamente,

Luana Varaschin Perin
Secretária Municipal de Assistência Social



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Assistência Social

Memorando: 059/2022

Pato Branco, 11 de fevereiro de 2022

Da: Secretaria de Assistência Social

Para: Setor de Projetos - A/C Satiro Bertol

Assunto: Emenda Impositiva Individual 17/2021 - Lei nº 5.867/2021

Beneficiário: Associação Iguais nas Diferenças

Prezado Senhor,

Considerando a Emenda Impositiva Individual sob nº 17/2021 relacionada à Lei nº 5.867/2021 na qual a beneficiária é a Associação Iguais nas Diferenças no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), informamos que a referida organização da sociedade civil não está devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, necessitando assim tal prerrogativa para a vinculação da referida ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS, bem como o registro posterior ao Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social - CNEAS do Sistema SUASWEB para o desenvolvimento dos serviços socioassistenciais tipificados pela Resolução CNAS nº 109/2009 e pelos parâmetros da Lei nº 13.019/2014, Decreto nº 8.726/2016, Resolução CNAS nº 21/2016 e Resolução CNAS nº 109/2009 e Resolução CMAS 17/2016 (conforme anexo).

Atenciosamente,

Luana Varaschim Perin
Secretária Municipal de Assistência Social



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Assistência Social

Memorando: 069/2022

Pato Branco, 11 de fevereiro de 2022

Da: Secretaria de Assistência Social

Para: Setor de Projetos - A/C Satiro Bertol

Assunto: Emenda Impositiva Individual 29/2021 - Lei nº 5.867/2021
Beneficiário: Associação Iguais nas Diferenças

Prezado Senhor,

Considerando a Emenda Impositiva Individual sob nº 29/2021 relacionada à Lei nº 5.867/2021 na qual a beneficiária é a Associação Iguais nas Diferenças, no valor de R\$ 40.000,00 (vinte mil reais), informamos que a referida organização da sociedade civil não está devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, necessitando assim tal prerrogativa para sua vinculação ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS, bem como o registro posterior ao Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social - CNEAS do Sistema SUASWEB, para o desenvolvimento dos serviços socioassistenciais tipificados pela Resolução CNAS nº 109/2009 e pelos parâmetros da Lei nº 13.019/2014, Decreto nº 8.726/2016, Resolução CNAS nº 21/2016 e Resolução CNAS nº 109/2009 e Resolução CMAS 17/2016 (conforme anexo).

Atenciosamente,

Luana Varaschim Perin
Secretária Municipal de Assistência Social

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

Ao(A) Senhor(a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Pato Branco

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

() *Entidade ou Organização*

() *Serviço*

() *Programa*

() *Projeto*

() *Benefício Socioassistencial*

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:
Supervisão de Assistência Social - SAS de referência:

B - EIXO DE ATUAÇÃO:

B.1) ATENDIMENTO

Para preencher o quadro abaixo a entidade 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 e Atendimento Integral à Família – PAIF	
	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	
	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
	Centro para Crianças e Adolescentes – CCA	
	Centro para Juventude – CJ	
	Núcleo de Convivência de Idoso – NCI	
	Centro de Desenvolvimento Social e Produtivo para Adolescentes, Jovens e Adultos – CEDESP	
	Outros (especificar):	

2 - Serviços da Proteção Social Especial

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

2.1 - Média Complexidade

Assinale	Descrição	Quantidade
	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI	
	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	
	Centro de Defesa e de Convivência da Mulher	
	Núcleo de Apoio a Inclusão Social Para Pessoas com Deficiência	
	Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua	
	Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico – NPJ	
	Serviço de Proteção Social às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência	
	Outros (especificar):	

2.2 - Alta Complexidade

Assinale	Descrição	Quantidade
	Serviço de Acolhimento Institucional	
	abrigo institucional	
	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes – SAICA	
	Casa-Lar	
	Casa de Passagem	
	Residência Inclusiva	
	Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI	
	Serviço de Acolhimento em República	
	Centro de Acolhida às Pessoas em Situação de Rua	
	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	
	Centro de Acolhida Especial para Famílias	
	Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	
	Outros (especificar):	

Serviços que fazem parte da Rede Socioassistencial específica do Município

3 - Serviços da Proteção Social Básica

Assinale	Descrição	Quantidade

4 - Serviços da Proteção Social Especial

4.1 - Média Complexidade

Assinale	Descrição	Quantidade

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
 (utilizar o timbre da Entidade)

4.2 - Alta Complexidade

Assinale	Descrição	Quantidade
	Outros (especificar):	

Assinale	Descrição	Quantidade
	Hospedagem para Pessoas em Situação de Rua	
	Outros (especificar):	

B.2) ASSESSORAMENTO

Assinale	Descrição
	Financeiro
	Técnico
	Administrativo
	Político

B.3) DEFESA E GARANTIA DE DIREITOS

Especifique: _____

B.4) HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Especifique: _____

B.5) PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO AO MUNDO DO TRABALHO

Especifique: _____

B.6) ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PROVISÓRIO ÀS PESSOAS E DE SEUS ACOMPANHANTES (CASA DE APOIO)

Especifique: _____

C - ATIVIDADE PRINCIPAL DA ENTIDADE CONFORME ESTATUTO:

Especifique:

D - CERTIFICADOS/REGISTROS SOCIAIS QUE A ENTIDADE POSSUI:

CMDCA (nº e validade):

Utilidade Pública Municipal (nº e validade):

SMADS: () Matrícula () Credenciamento

Termo de Fomento (nº e validade)

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

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

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 ENTIDADE NO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO:

Para cada endereço a entidade 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:		
Supervisão de Assistência Social - SAS de referência:		
Nome dos Serviços, Programas, Projetos, Benefícios Socioassistenciais executados neste endereço:		
1.		
2.		

FILIAL

CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:	CEP:	
Município:	UF:	
Telefone:		
Email:		
Supervisão de Assistência Social - SAS 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.

Pato Branco, PR,(dia) de(mês) de(ano)

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

Assinatura do representante legal da entidade

RELATÓRIO DE ATIVIDADES (INSCRIÇÃO)

*Este relatório deverá ser preenchido para cada unidade executora informada no Requerimento de Inscrição onde são realizadas as atividades de cada serviço, programa, projeto e/ou benefício socioassistenciais. O período de referência deve ser o **ano anterior** ao requerimento.*

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:
Supervisão de Assistência Social - SAS de referência:

B - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS

Os itens abaixo deverão ser descrito para cada um dos serviços, programas, projetos e ou benefícios socioassistenciais, prestado pela entidade no contexto da Assistência Social.

CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	UF:
Telefone:	
Email:	
Supervisão de Assistência Social - SAS de referência:	

B.1) NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

B.1.1) PÚBLICO ALVO

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 nº 16/2016 do CMAS.

B.1.2) OBJETIVO GERAL DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

Descrever se o objetivo geral foi alcançado no todo ou parcialmente.

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

B.1.3) OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

Descrever quais dos objetivos específicos foi possível alcançar.

Objetivos específicos	Resultados obtidos

B.1.4) 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.

B.1.5) 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 ENTIDADES DE ACESSORAMENTO, além dos itens acima, informar: tipo de assessoramento e como foi realizado o acompanhamento do mesmo; apresentar o cronograma das ações.

B.1.6) 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 entidades que são assessoradas no município de Pato Branco, entre outros. Detalhe 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
O serviço, programa, projeto, ou benefício socioassistencial terá continuidade no próximo ano?

B.1.7) IMPACTO SOCIAL ALCANÇADO

Descreva qual o impacto social alcançado, caso contrário justifique.

B.1.8) 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: %	Verbas Públicas: %
--------------------	------------------	--------------------

B.1.9) INFRAESTRUTURA

Com qual infraestrutura a Entidade 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	

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

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)	

B.1.10) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

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

<i>Função</i>	<i>Formação</i>	<i>Vínculo (*)</i>	<i>Nível de escolaridade (**)</i>	<i>Carga Horária (semanal)</i>

(*) 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

B.1.1.11) 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 serviço existentes na comunidade, serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas sociais (saúde, educação, trabalho, habitação, etc.), entidades e organizações sociais, órgãos de defesa dos direitos, conselhos municipais, entre outros.

B.1.12) 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.

B.1.13) ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Em quais regiões da cidade de Pato Branco o serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial foram desenvolvidos.

Pato Branco,(dia) de(mês) de(ano)

Assinatura do representante legal da entidade

PLANO DE AÇÃO para os próximos 12 (doze) meses (INSCRIÇÃO)

A - APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE

Neste item deverá ser exemplificado quem é a entidade e sua representatividade na assistência social, inclusive constando o seu eixo de atuação (por exemplo, de atendimento, de assessoramento, etc.).

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

B - FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

Quais são as finalidades da instituição contidas no Estatuto Social.

C - OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO

Aquí deverá ser descrito o objetivo da instituição e não dos programas.

D - ORIGEM DOS RECURSOS

Deverá ser descrito como a instituição se sustenta - doação, prestação de serviços, convênios, parcerias com empresas privadas ou públicas, entre outros.

E - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS

Repetir os itens a seguir para cada serviço, programa, projeto, benefício socioassistencial, prestado pela entidade no contexto da assistência Social.

e.1) NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL OFERECIDO

e.2) OBJETIVO GERAL DO SERVIÇO, PROJETO, PROGRAMA, BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL OFERECIDO

Descrever qual o objetivo geral do projeto, levando em consideração os resultados que se espera alcançar junto ao público-alvo. Deve-se iniciar a frase utilizando verbos no infinitivo, por exemplo: "capacitar", "promover", "investir", "realizar", "oferecer", entre outros.

e.3) OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO SERVIÇO, PROJETO, PROGRAMA, BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL OFERECIDO

Descrever pequenos objetivos intermediários da instituição necessários para que se alcance o objetivo geral. Deve-se iniciar a frase utilizando verbos no infinitivo, por exemplo: "capacitar", "promover", "investir".

Objetivos específicos	Resultados esperados

e.4) PÚBLICO ALVO

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 16/2016 do CMAS.

e.5) FORMA DE ACESSO

Descrever os critérios de seleção utilizados pela instituição, considerando o tipo de atendimento de cada projeto oferecido e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social estabelecidos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

e.6) METODOLOGIA

Retratar a forma adotada para o desenvolvimento do serviço, projeto, programa, benefício socioassistenciais. Descrever como as atividades serão 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 dá o acompanhamento da progressão do atendimento; responsáveis pelas atividades; carga horária; dias de funcionamento; conteúdos a serem trabalhados; especifique qual a forma de participação dos usuários e as estratégias que serão utilizadas; etc.;

Para as ENTIDADES DE ACESSORAMENTO, além dos itens acima, informar: tipo de assessoramento e como será realizado o acompanhamento do mesmo; apresentar o cronograma das ações.

e.7) METAS

Informar a capacidade de atendimento e quantas pessoas serão atendidas pelo serviço, projeto, programa, benefício socioassistenciais.

Nº no plano de ação:
Nome:

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
 (utilizar o timbre da Entidade)

Nº de atendimentos a serem realizados:
Nº de usuários a serem atendidos:
O serviço, programa, projeto, ou benefício socioassistencial terá continuidade no próximo ano?

e.8) IMPACTO SOCIAL ESPERADO

Descrever como a entidade ou organização espera contribuir na vida dos usuários, família e comunidade a partir das atividades a serem realizadas.

e.9) INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO, PROJETO, PROGRAMA, BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL JUNTO AOS USUÁRIOS

Relacionar os instrumentais que serão utilizados para o monitoramento do atendimento aos usuários, tais como listas de presença, ficha de cadastro, relatórios, termo de assessoramento, pesquisas, entrevista socioeconômica, plano de acompanhamento individual se for caso, plano de acompanhamento familiar se for o caso, etc.

e.10) RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS

Informar o percentual dos recursos financeiros a serem utilizados para a execução do serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial.

Pessoa Jurídica: %	Pessoa Física: %	Verbas Públicas: %
--------------------	------------------	--------------------

e.11) INFRAESTRUTURA

Aqui deverá ser descrito a infraestrutura utilizada para a execução dos atendimentos (quantidade de salas disponíveis para atividades coletivas, atendimento individual, salas administrativas, etc.)

<i>Item</i>	<i>Quantidade</i>
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)	

e.12) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
(utilizar o timbre da Entidade)

Descrever qual será o recurso humano direto envolvido na execução do serviço, projeto, programa, benefício socioassistenciais.

<i>Função</i>	<i>Formação</i>	<i>Vínculo (*)</i>	<i>Nível de escolaridade (**)</i>	<i>Carga Horária (semanal)</i>

() 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*

e.13) ARTICULAÇÃO COM A REDE PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PROJETOS, PROGRAMAS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS OFERECIDOS

Descrever quais as articulações a serem efetuadas pela instituição para o desenvolvimento dos serviços, projetos, programas e benefícios socioassistenciais junto aos usuários no ano, compreendendo a articulação efetuada com a rede de serviço existentes na comunidade, serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas públicas (saúde, educação, trabalho, habilitação, etc.), órgãos de defesa dos direitos, conselhos de direitos, entre outros.

e.14) DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES

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

e.15) ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Quais regiões o serviço, projeto, programa, benefício socioassistencial será desenvolvido.

Pato Branco, PR,(dia) de(mês) de(ano)

Assinatura do representante legal da entidade