

# PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

## PLANO DE AÇÃO 2024

### 1. IDENTIFICAÇÃO

NOME DA OSC/UNIDADE ESTATAL:		CNPJ:	
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, PRAÇA):			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
E-MAIL:		TELEFONE:	
DATA DA FUNDAÇÃO:		SITE/BLOG/OUTROS:	
REPRESENTANTE LEGAL:			
TIPO DE INSCRIÇÃO:			
ORGANIZAÇÃO ( )	SERVIÇO ( )	UNIDADES ESTATAIS ( )	

### 2. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

**Dica:** Neste item copiar exatamente o que consta no Estatuto Social Vigente da Organização.

### 3. OBJETIVO GERAL

**Dica:** Neste item descrever o(s) objetivo(s) geral(is) e específicos da instituição ou unidade estatal (**de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais Resolução do CNAS 109/2009 e demais legislações pertinentes ao serviço ofertado**). Acrescentar e ou excluir quantos objetivos julgar necessário.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para unidades estatais, apresentar breve histórico da instalação do mesmo no território.

### 4. ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS

**Dica:** Somente para Organizações. Neste item descrever a origem dos recursos para financiar os serviços e projetos da Organização, aqui **não se deve colocar valores**, somente as fontes de arrecadação de modo detalhado, conforme modelo abaixo.



# PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

## 6. NOME E IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

**Dica:** Neste item descrever o serviço, elaborar um breve resumo, observar se está de acordo com a Tipificação Resolução do CNAS 109/2009 e demais Resoluções.

Para as organizações que não são preponderantes na Assistência Social, ou aquelas que são preponderantes, porém atuam em outras áreas, **descrever aqui os serviços, programas, projetos, ações e benefícios voltados para o trabalho na Assistência Social e os vinculados a outras políticas.**

Deve-se identificar cada serviço, programa, projeto, ações e benefício socioassistencial, **obrigatoriamente de acordo com a Tipificação Resolução do CNAS 109/2009 e/ou demais Resoluções.**

**Exemplo:** Se a organização desenvolve 03 serviços, como: Serviço de convivência e fortalecimento de vínculo para adolescentes, este deverá ser o 1;  
Um serviço de habilitação e reabilitação este deverá ser o 2;  
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo para pessoa idosa, dever ser o 3.

**SENDO QUE PARA CADA SERVIÇO TIPIFICADO REALIZADO É OBRIGATÓRIO INFORMAR:**

### 6.1) PÚBLICO ALVO

**Dica:** Neste item descrever quem é o público gênero, etnia, faixa etária que participa das atividades, situação socioeconômica e ou situação de vulnerabilidade, residente em quais bairros/regiões.

### 6.2) CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

**Dica:** Qual a capacidade de atendimento para este serviço/programa/projeto, ações? Dentro das condições financeiras das organizações, estruturais e de RH, quantos usuários podem ser atendidos com qualidade?

**6.3) RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS; (este item as unidades estatais não precisam colocar)**

### 6.4) RECURSOS HUMANOS PREVISTOS

**Dica:** Neste item deverá ser descrito a equipe envolvida na execução dos serviços, programas, projetos e ações, lembrando que a mesma deverá estar de acordo com a NOB RH SUAS. **Na visita o Conselheiro pode solicitar a folha de pagamento ou cartão ponto para comprovar equipe.**

## PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Atribuição e Nome de Cada Colaborador	Quantidade	Escolaridade	Data de Admissão	Carga horária diária e semanal	Tipo de vínculo
Assistente Social Nome:	1	Superior	01/04/2018	6h/dia 30h/semanais	CLT
Auxiliar administrativo Nome:	1	Ensino médio	25/03/2015	8h/dia 44h/semanais	CLT
Cozinheira Nome: Nome:	2	Ensino médio Ensino Fundamental	22/05/2017 01/10/2016	8h/dia 44h/semanais Ambas	CLT
Ajudante de cozinha Nome: Nome: Nome:	3	Ensino médio			
Motorista Nome:	1	Ensino médio			
Psicóloga Nome	1	Superior			
Serviços gerais Nome:	1	Ensino fundamental			
Orientador Social Nome: Nome: Nome: Nome:	4	Ensino médio			
Prof de música Nome:	1	Superior		2h/dias 3x semana=6h	CLT?

### 7) ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:

**Dica:** Neste item descrever a abrangência territorial do serviço, programa, projeto, por exemplo: a organização ou unidade estatal atende todo Município de Salto, ou trabalha em uma região específica?

### 8) FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO:

**Dica:** Estratégias para participação dos usuários e avaliação dos serviços, demonstrando a forma que a organização de Assistência Social e Unidades Estatais fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do seu plano: elaboração, execução, monitoramento e avaliação.

# PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

## 9) FORMAS DE ACESSO:

**Dica:** De que forma os usuários acessam o serviço? Descrever se é demanda espontânea, busca ativa, encaminhamento, etc.

## 10) ATIVIDADES /RESULTADOS QUE SE ESPERA ATINGIR:

**Dica:** Descrever oficinas e atividades que são realizadas em cada serviço e os resultados que se espera atingir em cada uma.

**Descrever as atividades e resultados para cada serviço conforme exemplo abaixo:**

**Atividade 1** - Oferecer curso de capacitação para jovens de 16 a 18 anos nas áreas de logística e administração e incluí-los no mercado de trabalho.

**Resultado Esperado** - espera-se acolher 350 jovens com idade entre 16 e 18 anos, os quais participarão da capacitação de auxiliar administrativo e auxiliar de logísticas, encaminha-los ao mercado de trabalho e contribuir com a melhora da autoestima, melhora no comportamento e participação na sociedade.

**Atividade 2 -  
Resultado Esperado**

**Atividade 3 -  
Resultado Esperado**

**Atividade 4 –  
Resultado Esperado**

Estância Turística de Salto, XXXX de XXXX de 20XX.

### Para Organizações

\_\_\_\_\_  
Técnico Responsável pela Elaboração  
Nome:  
Cargo:

\_\_\_\_\_  
Presidente da Organização  
Nome:

### Para Poder Público

\_\_\_\_\_  
Coordenador do Espaço Público  
Nome:

\_\_\_\_\_  
Secretaria de Ação Social e Cidadania  
Nome: