Roteiro de Plano de Ação
Ano_____
Serviços/Programas Tipificados

Resolução CMAS nº 046/2023 – Aprova os roteiros de Plano de Ação, Relatório de Atividades e Orientação Técnica, para uso das entidades ou organizações de Assistência Social no ato da inscrição ou entrega anual obrigatória, até 30 de abril.

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

1. Nome da Entidade:

2. Data de Fundação em Ata:

3. Nome Fantasia:	**4.CNPJ** ( ) Matriz: nº ( ) Filial: nº

5.Data de Abertura do CNPJ:

6. Atividade Econômica Principal (descrição):

7. Atividade Econômica Secundária (descrição):

8. Área da Atividade Preponderante
( ) Área de Assistência Social
( ) Área de Saúde
( ) Área de Educação
( ) Outra: _____

9. Endereço da sede: (Rua, número, bairro, cidade e Cep)

10. DDD/ Telefone:

11. E-mail:

12. SITE:

13. REDES SOCIAIS (Facebook, Twitter, Blog, WhatsApp, Skype, Instagran, ...):

14. Representante Legal Da Entidade:	Nome:
	C.I/ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF e CPF:
	Endereço residencial:
	Telefone:
	E-mail:
15. Inscrições, Registros e Cadastros da Entidade	CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social ( ) Sim ( ) Não Nº:_____
	CNEAS – Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social ( ) Sim ( ) Não
	CEBAS – Certificado de Entidade beneficente de Assistência Social ( ) Sim ( ) Não Se sim, Validade:
	Outros – Quais conselhos? Conselho da Criança e Adolescente, Idoso, Mulher, Pessoa com Deficiência, outros)
16. Qual oferta socioassistencial a entidade é inscrita (relacionar todos os serviços/programas inscritos) ou que pretende se inscrever (relacionar o serviço/programa que solicita inscrição)?	
17. Há previsão de mais ofertas socioassistenciais a serem implantadas?	
18. Finalidades Estatutárias: (Descrever conforme Estatuto Social da entidade)	
19. Origens dos Recursos	

Atenção! Os recursos aqui mencionados são da entidade como um todo (Convênios, Termos de Parceria, Doações e Outros)

Origem do Recurso	Fonte	Valor (R$)
Federal	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
Estadual	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	

	Outros (Citar)	
Municipal	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
Próprios	Rifas, Bazar e Festas	
	Doações Pessoas Físicas	
	Doações Pessoas Jurídicas	
	Outros (Telemarketing, etc)	
20. Espaço Físico e Infraestrutura da Entidade: (Esse item devem informar o espaço físico da entidade e itens essenciais utilizados para a execução do serviço/programa).		
Atenção! Caso a entidade possua mais de uma oferta socioassistencial inscrita ou queira solicitar inscrição de mais de uma oferta socioassistencial fazer o preenchimento a partir do bloco II para cada uma delas.		

Bloco II – Oferta Socioassistencial Inscrita Ou Oferta Socioassistencial Para Análise De Inscrição	
2.1 Identificação do Serviço/Programa Inscrito ou Solicitado ao CMAS/Arapiraca:	
2.1.1 Nível de Proteção*	
2.1.2 Serviço/Programa*	
***Atenção:** Descrever conforme Resolução CNAS nº 109/2009 e Resolução CNAS nº 27/2011.	
2.2 Endereço da Execução da Oferta Socioassistencial e Responsável pela execução: (endereço - Rua, número, bairro, cidade, Cep, telefone e e-mail. Responsável- nome, cargo/função, telefone e e-mail). Se na mesma oferta socioassistencial possui mais de um endereço favor relacionar cada endereço e responsável.	
2.3 Período de Funcionamento (dias da semana e horários):	
2.4 Público-alvo (Marcar as opções abaixo)	
( ) Crianças	Faixas etárias atendidas

( ) Adolescentes	( ) 0 a 06 anos
( ) Adultos Jovens 20- 24 anos	( ) 06 a 15 anos
( ) Adultos	( ) 15 a 17 anos
( ) Idosos	( ) 18 a 59 anos
( ) Famílias (grupo familiar ou indivíduos)	( ) 60 anos ou mais
Outro – especifique:	
2.4.1 Caracterização do Público-alvo	
( ) Pessoas cujas famílias são beneficiárias de Programas de Transferência de Renda e Benefícios Eventuais;	( ) Pessoas deficientes em isolamento pela ausência de condições familiares e de acesso a serviços
( ) Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – Lei Orgânica de Assistência Social	( ) Pessoas com vínculos familiares fragilizados
( ) Usuários com uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas)	( ) famílias e/ou indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de violência física, psicológica e negligência.
( ) Pessoas idosas em isolamento pela ausência de condições familiares e de acesso a serviço	( ) Outros:
2.5 Capacidade de Atendimento **Previsão de vagas para atendimento conforme a capacidade física instalada:**	
2.6 Abrangência Territorial	
2.6.1 Qual o CRAS e CREAS de referência da instituição:	
2.6.2 No território socioassistencial do equipamento público, qual (is) o(s) bairro(s) atendido(s):	
2.6.3 <u>Objetivo Geral e Objetivos Específicos:</u> (da oferta socioassistencial)	
2.7 Recursos Financeiros (somente destinados para a oferta socioassistencial desenvolvida pela entidade).	
2.7.1 Receitas	

Origem do recurso	**Fonte (Assistência, Saúde,**	**Valor (R$)**

	Educação, Outras)	
Federal		
Estadual		
Municipal		
Próprios/Outros – Especifique	Rifas, Bazar e Festas	
	Doações Pessoas Físicas	
	Doações Pessoas Jurídicas	
	Outros (Telemarketing, etc)	

2.7.2 Despesas (gastos referentes à oferta socioassistencial)

Especificação	**Valor (R$)**
Pagamento de Pessoal	
Recursos materiais (material consumo e material permanente)	
Alimentação	
Outros, quais?	

2.8 Recursos Humanos envolvidos (preencha o quadro abaixo e depois o anexo I).

Especificação	**Quantitativo**
Profissionais contratados (CLT)	
Profissionais contratados – Prestadores de serviços	
Profissionais voluntários	

Atenção! Preencher as informações na Tabela I no final do documento. O Plano de Ação é o planejamento do ano corrente, assim os profissionais desligados no ano do preenchimento do Plano de Ação devem ser elencados no Relatório de Atividades do próximo ano. Este documento deve apenas conter as vagas de emprego disponibilizadas na instituição.

2.8.1 Dentre os profissionais informados no Anexo I há aqueles que desempenham também outro cargo/função na entidade? (Favor informar o primeiro nome, cargo e a carga horária que exerce em cada cargo/função desempenhada)

2.9 Trabalho social desenvolvido na oferta socioassistencial: O Plano de Ação é uma forma de planejamento das atividades que serão desenvolvidas durante o ano. Relacione as atividades que a entidade oferecerá de acordo com a oferta socioassistencial inscrita ou solicitada.
2.9.1 As atividades têm planejamento quinzenal, semanal ou mensal?
2.9.2 Há contraprestação dos usuários nas atividades?( ) sim ( ) não. Se sim, como é a contraprestação:
a) Atividade (descrever)
Objetivo da atividade
Assunto abordado:
Período da atividade
Número de vagas:
a) Atividade (descrever)
Objetivo da atividade
Assunto abordado:
Período da atividade
Número de vagas:
2.10 Cronograma simplificado das ações desempenhadas na atividade socioassistencial. Informar como as atividades são divididas durante a semana
Atenção! Preencher as informações na Tabela II no final do documento.
2.11. Condições e Formas de Acesso: (como os usuários acessam o serviço, programa)

( ) Procura espontânea	( ) Encaminhamento CREAS
( ) Busca ativa	( ) Encaminhamento de outras entidades de assistência social
( ) Encaminhamento da Secretaria de Assistência Social ou congênere do município	( ) Encaminhamento pelas demais políticas públicas
( ) Encaminhamento CRAS	( ) Outras

2.12. Articulação em rede: (informar se há troca da entidade com outros serviços/programas socioassistenciais, bem como, outras políticas). **Nos atendimentos que a entidade realizará terá:**

2.12.1 Articulação na rede socioassistencial? ( ) Sim ( ) Não
2.12.2 Articulação com a Rede Intersetorial ( ) Sim ( ) Não
2.12.3 Quais equipamentos/instituições a entidade tem como articulador:
2.13. Como se (ou) dá (dará) essa articulação?
Caso não houver nenhuma articulação prevista com a rede, qual o motivo?
2.14. Informações Gerais
2.14.1 Resultados esperados na execução da oferta socioassistencial:
2.14.2 Como os usuários participarão no planejamento do serviço/programa executado?
Fontes para serem consultadas: Conselho Nacional de Assistência Social (Resoluções- 14/2014; 109/2009; 27/2011; 13/2014; 33/2012; 34/2011; 33/2011, 17/2011, 09/2014) Lei 8742/1993 e alterações. Conselho Municipal de Assistência Social (Resolução 32/2018; 41/2018; 48/2021;). É indispensável seguir a Orientação Técnica da Resolução Nº63/2022 para o preenchimento desse documento.
Arapiraca, _____ de _____ de _____.
Esse roteiro foi preenchido de acordo com **Resolução CMAS nº 046/2023 –** Aprova os roteiros de Plano de Ação, Relatório de Atividades e Orientação Técnica, para uso das entidades ou organizações de Assistência Social no ato da inscrição ou entrega anual obrigatória, até 30 de abril. _____ Responsável Técnico pela Oferta Socioassistencial _____ Responsável pelo preenchimento _____ Representante legal pela entidade

<u>Tabela I do Roteiro de Plano de Ação – Planilha Recursos Humanos:</u> (é obrigatório o preenchimento de todos os itens)

NOME	CARGO/FUNÇÃO*	ESCOLARIDADE**	FORMAÇÃO PROFISSIONAL ***	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)	TIPO DE CONTRATAÇÃO ****

*Cargo/função – coordenador, educador social, apoio administrativo, estagiário, serviços gerais, Técnico de Nível Superior, entre outros;

**Ensino Superior, Ensino Médio, Ensino Fundamental, sem escolaridade;

***Formação Profissional: consultar Resolução 17/2011 – CNAS e Resolução 09/2014; outra formação de nível superior, profissional de nível médio/fundamental e sem formação profissional.

****Tipo de contratação: CLT, Contrato de Trabalho (C.T), RPA, Autônomo, Estagiário, Voluntário, outros.

<u>Tabela II do Roteiro do Plano de Ação – Cronograma Simplificado:</u> Preencher de forma simplificado como as atividades são divididas durante a semana (manhã, tarde e noite). Caso não houver atividade no dia da semana colocar um X.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo