

## TIMBRE DA ENTIDADE

### PLANO DE AÇÃO ANUAL – (ano)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE EXECUTORA

Entidade Executora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone		
Cidade	UF	CEP	E-mail		
Nome do representante legal				C.P.F.	
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail	
Endereço completo			CEP	(DDD) Telefone (	
Data de início e término do mandato: dd-mm-aaaa a dd-mm-aaaa					

#### 2. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE MANTENEDORA (Não preencher caso não se aplique)

Entidade Mantenedora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone		
Cidade	UF	CEP	E-mail		
Nome do responsável legal				C.P.F.	
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail	
Endereço completo			CEP	(DDD) Telefone	
Data de início e término do mandato: dd-mm-aaaa a dd-mm-aaaa					

#### 3. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

Inserir o artigo do estatuto que trata sobre a finalidade estatutária e descrever como a entidade as vem executando.

# TIMBRE DA ENTIDADE

## 4. HISTORICO DA ENTIDADE

Descrever, resumidamente, o histórico da Entidade.

## 5. PÚBLICO ALVO DA ENTIDADE

Descrever o público alvo da Entidade.

## 6. OBJETIVO GERAL

Descrever o objetivo geral da Entidade.

### 6.1 Objetivos Específicos

Elencar os objetivos específicos da Entidade.

- 1.
- 2.

## 7. METAS

Definir as metas a serem alcançadas pela Entidade, visando o aprimoramento da execução dos serviços, programas, projetos e benefícios.

- 1.

## 8. ORIGEM DOS RECURSOS

- ASSOCIADOS
- CAMPANHAS/EVENTOS
- DOAÇÕES
- CONVÊNIOS:  MUNICÍPIO  ESTADO  UNIÃO
- FUNDO MUNICIPAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (FMIA)

## TIMBRE DA ENTIDADE

<input type="checkbox"/> EMENDAS PARLAMENTARES
<input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFICAR: _____
_____

### 9. INFRAESTRUTURA DA ENTIDADE

#### 9.1 Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE

#### 9.2 Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE

#### 9.3 Recursos Humanos

Qualificação	Quantidade	Regime de Contratação

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

10.1 TIPOLOGIA		
<input type="checkbox"/> Atendimento	<input type="checkbox"/> Assessoramento	<input type="checkbox"/> Defesa e Garantia de Direitos
<b>Em caso de entidade de atendimento, marque uma das alternativas:</b>		
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos <input type="checkbox"/> Serviço de proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas <input type="checkbox"/> Habilitação e reabilitação	<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos – PAEFI <input type="checkbox"/> Serviço Especializado de Abordagem Social <input type="checkbox"/> Serviço de proteção social a adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços a	<input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento Institucional – Especificar a modalidade: Abrigo Institucional, Casa Lar, Casa de Passagem, Residência Inclusiva <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento em República <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora <input type="checkbox"/> Serviço de proteção em

## TIMBRE DA ENTIDADE

de pessoas com deficiência* ( ) Promoção da Integração ao Mercado de Trabalho*  *Lei Federal 12.868/2013	Comunidade (PSC) ( ) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias ( ) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	situações de calamidades públicas e de emergências ( ) Serviço de Acolhimento Institucional provisório para pessoas e de seus acompanhantes em trânsito (tratamento de saúde)*	
<b>10.1.1 Nome do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício</b>			
Descrever o nome oficial, conforme as normas legais e, em seguida, o nome fantasia, se houver.			
<b>10.1.2 Endereço do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício</b>			
Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.			
<b>10.2 DESCRIÇÃO</b>			
Descrever no que consiste este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, demonstrando a sua vinculação com a Política de Assistência Social.			
<b>10.3 PÚBLICO ALVO</b>			
Descrever qual é o público-alvo atendido por este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc..			
<b>10.4 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO</b>			
Descrever a capacidade de atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.			
<b>10.5 OBJETIVOS</b>			
Descrever os objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.  1.			
<b>10.6 ATIVIDADES</b>			
<b>Objetivos</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Mês Inicial</b>	<b>Mês Final</b>
Copiar os objetivos citados acima.	Elencar as atividades que serão realizadas para alcançar cada um dos objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.		
1.	1.		
<b>10.7 RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS</b>			
Descrever o montante de recursos financeiros que são/serão utilizados para manutenção deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício (Excluir ou incluir itens conforme a necessidade.).			
<b>FONTE</b>		<b>VALOR ANUAL (R\$)</b>	
Fundo Municipal de Assistência Social			

## TIMBRE DA ENTIDADE

Fundo Nacional de Assistência Social	
Fundo Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente	
Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente	
Doações	
Eventos Beneficentes	
Doações da Receita Federal	
Outros (especifique)	
Serviço de telemarketing	
<b>TOTAL GERAL</b>	

### 10.8 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Descrever quais os recursos humanos envolvidos no Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS

### 10.9 ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Descrever qual é a abrangência territorial deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

### 10.10 PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

Descrever a forma de participação dos usuários e/ou estratégias deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação e monitoramento.

### 10.11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Descrever como este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício é monitorado e avaliado pela equipe da própria Entidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual a periodicidade da elaboração de relatórios quantitativos e qualitativos, quem tem acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, se há monitoramento e avaliação de órgãos externos, quais os indicadores de monitoramento e avaliação.

### 11. OUTRAS INFORMAÇÕES (Outras informações que não foram contempladas nos quadros acima)

--

## TIMBRE DA ENTIDADE

### 12. 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal