PLANO DE AÇÃO CMDCA

NOME DA OSC

ANO

1 – DADOS CADASTRAIS

Nome da OSC		CNPJ	
Endereço:		Cidade/ UF	
CEP	E-mail entidade		
DDD/Telefone Fixo		DDD/Telefone Celular	
Área de Atuação			
Nº Registros em outros Conselhos especificando			
Possui Cebas	( ) não ( ) sim - n° da inscrição		
Responsável Legal da Entidade			
Cargo/Função		Telefone	
C.I./Órgão Expedidor		CPF	
Endereço:		CEP	
Telefone Celular		E-mail particular	
Início de mandato		Término de mandato	

Área da atividade preponderante - *(especificar)*
Natureza da Organização da Sociedade Civil – *(especificar)*
Finalidade Estatutária – (Cite)
Data da Abertura do CNPJ
Atividade Economica Principal:-
Atividades Economicas Secundárias:-

Local de Atendimento (Endereço e Telefone onde será executado o projeto ou serviço)
Identificação das instalações físicas para a execução do serviço e/ou projeto
Endereço:
Locado ( ) Próprio ( ) Cedido ( ) ( ) Público
Condições de acessibilidade:

Atende totalmente ( )	Atende parcialmente ( )	Não possui ( )
Indicar as instalações físicas e os mobiliários adquiridos com o recurso recebidos – *(públicos)*		

2. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nome:				
Período de Execução	Início			
	Término			
Número de Atendimentos Diretos			Período	Parcial

2.1 FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO

( ) segunda-feira - horário das h às h

( ) terça-feira - horário das h às h

( ) quarta-feira - horário das h às h

( ) quinta-feira - horário das h às h

( ) sexta-feira - horário das h às h

( ) sábado - horário das h às h

( ) domingo - horário das h às h

2.1 RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EXECUÇÃO E/OU ACOMPANHAMENTO DO SERVIÇO

2.1.1 COORDENADOR TÉCNICO

Nome:-	
Formação Profissional	Registro no órgão de Classe:-
CPF	
RG:-	Data de emissão
E-mail particular	
Telefone:-	

2.1.2 RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Nome:-	
Formação Profissional	Registro no órgão de Classe:-
CPF	
RG:-	Data de emissão
E-mail particular	
Telefone:-	

3 DA ENTIDADE

3.1 HISTÓRICO DA ENTIDADE (Descreva de forma resumida o histórico da entidade, sua finalidade, suas atividades realizadas e outras informações para que se possa compreender o funcionamento da entidade conforme seu estatuto.)

4 – Público Alvo do Serviço/Capacidade de Atendimento

Público Alvo/Capacidade de Atendimento		
	Capacidade Total	Vagas Preenchidas

5 - Projeto ou Serviço

5.1 - Síntese do Serviço/Projeto (Descrever uma breve síntese do serviço/projeto)

5.2 - Objetivo do Serviço/Projeto

5.3 - RELAÇÃO DOS USUÁRIOS

Nome Completo	DN *	Início	Acesso	Atividade desenvolvida na entidade***	Saída	Motivo Saída
Nnnn nnn nnnn	dd/mm/aa	dd/mm/aa	(cras**, creas, espontanea, etc)	Informática (seg e qua das 14h às 15h) Musica (ter e qui das13h às 14h)	dd/mm/aa	Não frequentou, mudou de projeto

*** DN - Data de nascimento**

**** CRAS - especificar qual CRAS - Empyreo, São Manoel, Nova Leme, etc)**
***** Relacionar todas as atividades/oficinas que o usuário participa da entidade especificando o horario**

6 – Metas

6.1 Metas Qualitativas *(Descrever as ações a serem **alcançadas** pelo serviço executado)*

- Desenvolver nos participantes a adoção de práticas saudáveis para o desenvolvimento motor, intelectual e ético das crianças.
- Melhorar o desempenho comportamental do participante, como meio de continuidade no projeto e para contribuir na formação de um cidadão dotado de capacidade intelectual.
- Melhorar e fortalecer a capacidade protetiva das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social
- Prevenção de riscos sociais.

6.2– Metas Quantitativas *(Descrever o número de usuários atendidos no período. Exemplos: dois grupos de até 20 pessoas ou um grupo de até 10 pessoas no caso de atendimento grupal ou 100 usuários no caso de atendimento individual) Ex.* Atender até 100 famílias nos projetos oferecidos pela instituição.

7 . Atividades Desenvolvidas *(Descrever **todas** as atividades que serão desenvolvidas para execução do serviço)*

- Escolas socioesportivas
- Escolas socioculturais
- Visitas domiciliares
- Atendimentos individuais com equipe técnica
- Reuniões familiares e comunitárias

7.1 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

MÚSICA **Nome responsável:- nnn nn nnn - Professor de Música**					
Dias oferecidos	Horários	Número de Usuários	Gênero		Acesso
			M	F	
Segunda e quarta	14h às 15h	20		20	5 - CRAS S. Manoel, 10 CREAS, 5 CRAS Empyreo
Terça e quinta	8h às 9	10	15	5	

INFORMÁTICA **Nome responsável:- nnn nn nnn - Professor de Informática**					
Dias oferecidos	Horarios	Número de Usuários	Gênero		Acesso
			M	F	
Segunda e quarta	14h às 15h	20		20	5 - CRAS S. Manoel, 10 CREAS, 5 CRAS Empyreo
Terça e quinta	8h às 9	10	15	5	

INFORMÁTICA **Nome responsável:- nnn nn nnn - Professor**					
Dias oferecidos	Horarios	Número de Usuários	Gênero		Acesso
			M	F	
Segunda e quarta	14h às 15h	20		20	5 - CRAS S. Manoel, 10 CREAS, 5 CRAS Empyreo
Terça e quinta	8h às 9	10	15	5	

Dias oferecidos	Horarios	Número de Usuários	Gênero		Acesso
			M	F	

Dias oferecidos	Horarios	Número de Usuários	Gênero		Acesso
			M	F	

8 RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO (PAGOS OU NÃO COM RECURSOS PÚBLICOS, INCLUÍNDO TÉCNICOS, MONITORES, PROFESSORES, OFICINEIROS, COORDENADORES, ETC)

Nome	**Escolaridade**	**Origem do Recurso**	**Função**	**Carga Horária**	**Regime de Contratação**	**Data de Contratação**
Nnnn nn nnnn	(fundamental, medio, superior*, etc)	(municipal, estadual, federal, próprio)	Função que exerce na entidade	0h (semanais) 000h (mensais)	CLT, MEI, Voluntário**	dd/mm/aa

*** EM CASO DO ENSINO SUPERIOR, ESPECIFICAR A FORMAÇÃO**

**** VOLUNTÁRIO APRESENTAR TERMO DE VOLUNTARIADO**

09 - QUADRO DE HORÁRIOS DOS FUNCIONÁRIOS (PAGOS OU NÃO COM RECURSOS PÚBLICOS, INCLUÍNDO TÉCNICOS, MONITORES, PROFESSORES, OFICINEIROS, COORDENADORES, ETC)

Nome	Função	Entrada	Saída	Entrada	saída
Nnnn nnn nnnn	**Nnnnn**	**0h00**	**0h00**	**0h00**	**0h00**

10 - PLANO DE APLICAÇÃO (Os recursos utilizados no desenvolvimento do projeto são exclusivamente próprios, emedas parlamentares, FMDCA, etc)

11 DECLARAÇÕES

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO,** sob as penas da lei, que esta entidade cumpre o disposto no art. 59-A da Lei nº 8.069/1990 (ECA), solicitando, a cada 6 (seis) meses, certidões de antecedentes criminais de todos os seus colaboradores. Declaro, ainda, que, conforme as certidões apresentadas e arquivadas pela entidade, não constam registros de antecedentes criminais dos colaboradores. Declaro, por fim, que todas as certidões encontram-se devidamente arquivadas nos prontuários dos colaboradores e disponíveis para consulta pelos órgãos competentes.

> "Art. 59-A. As instituições sociais públicas ou privadas que desenvolvam atividades com crianças e adolescentes e que recebam recursos públicos deverão exigir e manter certidões de antecedentes criminais de todos os seus colaboradores, as quais deverão ser atualizadas a cada 6 (seis) meses.
>
> Parágrafo único:- Os estabelecimentos educacionais e similares, públicos ou privados, que desenvolvam atividades com crianças e adolescentes, independentemente de recebimento de recursos públicos, deverão manter fichas cadastrais e certidões de antecedentes criminais atualizadas de todos os seus colaboradores."

Declaro, finalmente, para fins de prova junto ao (órgão público interessado), para os efeitos e sob as penas de lei, que inexiste qualquer débito, em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a parceria requerida – inscrição do Projeto no CMDCA.

Pede deferimento,

Leme,

Nome e assinatura

(Presidente da Entidade)

Nome a assinatura

Técnico responsável pelo Projeto ou Plano de Ação