**ANEXO I - PLANO DE TRABALHO PARA 2024**

1. **IDENTIFICAÇÃO UNIDADE MANTENEDORA**

| Unidade Mantenedora/Razão Social  | C.N.P.J.  |
| --- | --- |
| Endereço  | (DDD) Telefone/Fax  |
| Cidade | UF | CEP  | E-mail Institucional |
| Nome do responsável pela Unidade  |
| C.P.F.  | Data de Nascimento  |
| R.G. /Órgão expedidor.  | Cargo   | E-mail do responsável |
| Endereço completo | CEP  | (DDD) Tel/Cel do Responsável |
| Data de Mandato da Diretoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

**2. A entidade desenvolve suas atividades nos seguintes endereços:**

• Endereço da Mantenedora

• A Entidade tem unidade (s) executora(s)?

| Nome Unidade Executora | Endereço | Regional | CNPJ Filial (se houver) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS**

|  Transcrever as finalidades da Entidade conforme o Estatuto Social. |
| --- |

**4. OBJETIVOS**

**4.1 – OBJETIVO GERAL**

| Descrever os objetivos gerais da entidade. |
| --- |

**4.1 – OBJETIVO (S) ESPECÍFICO (S)**

| Descrever os objetivos específicos para atingir o geral; Os objetivos específicos ações mensuráveis, que poderão ser transformados em indicadores de monitoramento e acompanhamento. |
| --- |

**5. ORIGEM DOS RECURSOS**

| **FONTE** | **VALOR ANUAL (R$)** |
| --- | --- |
| Ex: Fundo Municipal de Assistência Social | 50.000,00 |
| Ex: Fundo Nacional de Assistência Social | 40.000,00 |
| Ex: IPTU (isento) | 4.800,00 |
| Ex: Cota Patronal (isento) | 100.000,00 |
|   |  |
| **EX: TOTAL GERAL** | 90.000,00 |

**6. INFRAESTRUTURA**

**6.1 Recursos Físicos**

| **RECURSOS FÍSICOS** | **QUANTIDADE** |
| --- | --- |
| Ex: Recepção com 22,5 m² | 01 |
| Ex: Sala para realização de Oficinas com 40,0 m² | 06 |
|  |  |
|  |  |

**6.2 Recursos Materiais**

| **RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES** | **QUANTIDADE** |
| --- | --- |
| Ex: Computador com acesso a internet | 02 |
| Ex: Mesas  | 25 |

**6.3 Recursos Humanos**

| **NOME** | **CARGO/FUNÇÃO** | **VÍNCULO** | **HORAS SEMANAIS** |
| --- | --- | --- | --- |
| Ex: Maria da Silva | Assistente Social | CLT | 30 |

**7. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS EXECUTADOS** (obs: para cada serviço, programa, projeto, deverá ser preenchido um quadro específico).

| **7.1 NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO** Descrever o nome da ação. |
| --- |
| **7.2 ENDEREÇO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO** Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício. |
| **7.3 DESCRIÇÃO**Descrever no que consiste o Serviço, Programa, Projeto e o objetivo da ação. |
| **7.4 PERIODICIDADE DO SERVIÇO** (Quantas vezes é desenvolvido e o tempo de duração). |
| **7.5 PÚBLICO ALVO**Descrever o público-alvo atendido pelo Serviço, Programa, Projeto constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc.. |
| **7.6 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO**Descrever a capacidade de atendimento do Serviço, Programa, Projeto. |
| **7.7 NÚMERO DE INDIVIDUOS/FAMÍLIAS ATENDIDOS**Descrever o número de indivíduos/famílias atendidas mensalmente, considerando a média anual. |

| **8. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL** |
| --- |
| Descrever qual é a abrangência territorial deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, ou seja, se o público é proveniente ou não da região específica. (Território de origem). |
| **8.1 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS** |
| Descrever como os usuários deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício participam na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, demonstrando as estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do Plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.  |
| **9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** |
| Descrever como este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício é monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual a periodicidade da elaboração de relatórios quanti/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. |
| **10. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES** |
|  |
| **11. 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. |
|  , / /Loca e data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Responsável Legal Nome da Unidade |