

PLANO DE TRABALHO

Bloco 1: Dados Gerais sobre a Entidade

I- Identificação da Entidade

• NOME EMPRESARIAL		
• ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL MADRE ALIX DE ERECHIM		
• NOME FANTASIA		
• CRECHE MADRE ALIX		
• CNPJ		
• 059524880001-70		
• DATA DE ABERTURA		
• 16/10/2003		
• ENDEREÇO		
• RUA DORVALINO MOISÉS DALLAROSA		
• NÚMERO	9. BAIRRO	
• 90	VITORIA II	
10. MUNICÍPIO/UF		
ERECHIM		
11. CEP	12. TELEFONE	
99700914	(54) 999445888 Clêusa Creche (54) 996418486	
13. ENDEREÇO ELETRÔNICO		
14. E-MAIL		
CLEUBASSO@HOTMAIL.COM		
15. PESSOA JURÍDICA		
(X) Associação () Fundação () Outra. Especifique:		
16. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL (CNAE)		
94.30-8-00 - Atividades de associações de defesa de direitos sociais		
17. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA(S) ATIVIDADE(S) ECONÔMICA(S) SECUNDÁRIA(S) (CNAE)		
94.93-6-00 - Atividades de organizações associativas ligadas à cultura e à arte;		
94.99-5-00 - Atividades associativas não especificadas anteriormente.		
() Não tem.		
18. ÂMBITO DE ATUAÇÃO		
() Internacional () Federal () Estadual (XX) Municipal		
19. ORIGEM		
() Leiga () Católica () Espírita () Evangélica () Outra. Especifique:		
20. ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO		
Número de Registro: Validade: 23/02/19		
20.1 ATESTADO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
Número de Registro: 44413-1 Validade: 31/12/18		
20.2 AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS		

Número de Registro: 846/1 Validade: 25 de outubro 2019

21. DEFINIÇÕES ESTATUTÁRIAS (aquilo que consta claramente identificada no Estatuto da entidade)

21.1 Sem fins econômicos (ou lucrativos):

(X) sim

() não

Qual artigo do Estatuto consta: 1º

21.2 Prevê, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas:

(X) sim

() não

Qual artigo do Estatuto consta: 36º

21.3 A entidade obedece ao princípio da universalidade do atendimento vedado o direcionamento de suas atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional:

(X) sim

() não

Qual artigo do Estatuto consta: 2º

21.4 Aplicação das rendas, recursos e eventual superávit:

() Integralmente no território nacional

(X) Na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais

() Outro. Especificar:

Qual artigo do Estatuto consta:

21.5 Mantém escrituração contábil regular registrando as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com normas emanadas do conselho federal de contabilidade:

(X) sim

() não

Qual artigo do Estatuto consta:

21.6 Distribuição de resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio:

() sim. Para quem:

(X) não

Qual artigo do Estatuto consta: 32º

21.7 Conserva em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem modificação da situação patrimonial:

(X) sim

() não

Qual artigo do Estatuto consta:

22. PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO

Entidade

(X) Sim. O que consta : Creche Madre Alix

() Não

Entidade beneficente (CEBAS)

() Sim. O que consta:

(X) Não

Serviço/programa/projeto/benefício/atividade

() Sim.

(x) Própria (instituída pela entidade) O que consta:

() Fornecida pela Prefeitura O que consta:

() Outro. Especifique:

() Não

23. CONTA ESPECÍFICA PARA DEPÓSITO DOS VALORES DA PARCERIA: (Obrigatoriedade de abertura de conta-corrente específica para o depósito dos recursos inerentes à parceria, em instituição financeira pública – Banco do Brasil, Banrisul ou Caixa Econômica Federal)

Banco: Banrisul
Agência: 0210
Conta Corrente:

II – Identificação da Diretoria

24. NOME DO PRESIDENTE
DEJAIR AUGUSTO ONGARATTO

24.1 Data de Nascimento
03/02/1955

24.2 CPF 308.021.990-20

24.3 RG

2014001966

24.4 Órgão Expedidor/UF SSP/RS

24.5 Telefone (54)99172-3735

24.6 E-mail oticapupilentes@yahoo.com.br

24.7 Mandato 20 / 12 / 2017 à 20 / 12 / 2019

25. NOME DO VICE PRESIDENTE

MARIA GLACI KLAUS DOS SANTOS

25.1 Data de Nascimento 10/12/1966

25.2 CPF 471.326.390-72

25.3 RG 5015040834

25.4 Órgão Expedidor/UF SSP/RS

25.5 Telefone (54)99964-8611

25.6 E-mail glaciksantos@gmail.com

25.7 Mandato 20 / 12 / 2017 à 20 / 12 / 2019

26. NOME DO SECRETÁRIO (ou similar)

CLARISSE MANICA

26.1 Data de Nascimento 06/07/60

26.2 CPF 360890950-87

26.3 RG 7015560696

26.4 Órgão Expedidor/UF
SSP/RS

26.5 Telefone 54-991221940

26.6 E-mail

26.7 Mandato 20 / 12 / 2017 à 20 / 12 / 2019

27. NOME DO TESOUREIRO (ou similar)

MAURO JOSÉ SANTOLIN

27.1 Data de Nascimento 30/10/1964

27.2 CPF 422.526.440-87

27.3 RG 1004077747

27.4 Órgão Expedidor/UF SJS/RS

27.5 Telefone (54)98112-4898

27.6 E-mail santo@via-rs.net

27.7 Mandato 20 / 12 / 2017 à 20 / 12 / 2019

III – Outra Inscrição (no caso de execução de projeto em rede)

28. A ENTIDADE POSSUI INSCRIÇÃO EM OUTRO(S) CONSELHO(S) MUNICIPAL(IS)

(X) sim () não

Se sim, qual(is) e o que oferta:

(X) Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Número do registro:

17/06

() Serviço () Programa (x) Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa. Número do registro: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Número do registro: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Outro. Especifique: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Outro. Especifique: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

29. CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS)

() sim (X) não

Se sim, nº _____ Validade: _____

Ministério Expedidor: () Ministério da Saúde () Ministério da Educação () MDS

30. TÍTULO DE UTILIDADE PÚBLICA

() Federal. Número do registro: _____ Validade: _____

() Estadual. Número do registro: _____ Validade: _____

() Municipal. Número do registro: _____ Validade: _____

31. OBSERVAÇÕES (anotar considerações que a entidade entender como relevante):

IV – Dados Financeiros da Entidade

32. INDIQUE AS PRINCIPAIS FONTES DE FINANCIAMENTO DA ENTIDADE

32.1 Receita Principal da entidade:

- () Recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade
() Recursos de doações eventuais de pessoa física
() Recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas
(X) Recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos públicos
() Federal () Estadual (X) Municipal
() Recursos de entidade e organizações internacionais
() Recursos de países estrangeiros, ONU, etc.
() Outro. Especifique: _____

32.2 Segunda fonte de financiamento:

- () Recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade
() Recursos de doações eventuais de pessoa física
(X) Recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas
() Recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos públicos
() Federal () Estadual () Municipal
() Recursos de entidade e organizações internacionais
() Recursos de países estrangeiros, ONU, etc.
() Outro. Especifique: _____

32.3 Terceira fonte de financiamento:

- () Recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade
(X) Recursos de doações eventuais de pessoa física
() Recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas
() Recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos públicos
() Federal () Estadual () Municipal
() Recursos de entidade e organizações internacionais
() Recursos de países estrangeiros, ONU, etc.
() Outro. Especifique: _____

32.4 Valor aproximado da receita total anual da entidade: R\$ 144.000,00

33. O ÓRGÃO GESTOR MUNICIPAL TRANSFERE RECURSOS À ENTIDADE:

(X) sim () não

Se sim, de que forma: (x) convênio () ajustes () acordos () Parcerias

Número de processo: _____ Validade: _____

Se sim, informe o(s) tipo(s) de recurso(s) transferidos:

- () Físico. Onde: _____
() Humano. Quantidade: _____
(X) Financeiro. Qual valor (R\$/mês):
R\$ 16.600,10

() Outro. Especifique: _____

34. OBSERVAÇÕES (anotar considerações que a entidade entender como relevante):

Bloco 2: Dados Gerais sobre a prestação de serviço da OSC no Município

35. MODALIDADE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS (somente preencher se a OSC for de assistência social)

(x) atendimento () assessoramento e defesa e garantia de direitos

36. OFERTA QUE A ENTIDADE PRESTA

() Serviço. Qual: __educacional e assistencial_____

() Programa. Qual: _____

() Projeto. Qual: associação assistencial_____

(x) Benefício Socioassistencial

No caso de Benefício Socioassistencial:

36.1 Identifique nos termos do artigo 22, da lei 8.742/1993 alterada pela Lei 12.435/2011, que benefício é concedido pela entidade:

() Nascimento

() Morte

() Vulnerabilidade temporária para enfrentamento de situações de riscos, perdas e danos à integridade da pessoa e/ou de sua família

() Calamidade Pública para o atendimento das vítimas de modo a garantir sobrevivência e reconstrução da autonomia destas

() Outro. Especifique: _____

36.2 Indique à que oferta está relacionada a concessão do benefício socioassistencial:

() Serviço. Qual: _____

() Programa () Projeto () Outro. Especifique: _____

36.3 A oferta de benefício socioassistencial conta com a mesma infraestrutura e recursos humanos disponibilizados na oferta de serviços, programa ou projeto elencado(s) acima:

() sim () não

37. NÍVEL DE PROTEÇÃO SOCIAL OFERTADO (somente preencher se a OSC for de assistência social na modalidade de atendimento)

() Proteção Social Básica
() Proteção Social Especial de Média Complexidade
() Proteção Social Especial de Alta Complexidade

38. ABRANGÊNCIA

(x) Uma unidade no município () Mais de uma unidade no município. Quantas: _____

39. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO É OFERTADO NA SEDE

(x) sim () não

40. CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

40.1 Público Alvo:

(x) Crianças	() Adolescentes
() Jovens	() Adultos
() Idosos	() Famílias (grupo familiar ou indivíduo)
() Povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, ciganos, dentre outros)	() Outro. Especifique:

40.2 Faixa etária:

(x) 0 a 6 anos
() 6 a 15 anos
() 15 a 17 anos
() 18 a 59 anos
() 60 anos ou mais

40.3 Vulnerabilidades e/ou Riscos Sociais:

() Pessoas cujas famílias são beneficiárias de Programas de Transferência de Renda
() Famílias com dificuldades do cumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF);
() Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e suas famílias;
() Usuários de substância psicoativa (álcool e outras drogas);

- ☐) Famílias desalojadas em função de moradias precárias, em risco ambiental ou por situações de calamidade pública;
 - ☐) Pessoas idosas sem condições para a sua automanutenção;
 - ☐) Pessoas com deficiência sem condições para a sua automanutenção;
 - ☐) Pessoas idosas em isolamento pela ausência de condições familiares e de acesso a serviços;
 - ☐) Pessoas com deficiência em isolamento pela ausência de condições familiares e do acesso a serviços;
 - ☐) Famílias e/ou indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: violência física, psicológica, negligência, abandono, tráfico de pessoas, violência sexual e aplicação de medida de proteção ou socioeducativa;
 - ☐) Famílias com crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e/ou idosos (as) afastados do convívio familiar;
 - ☐) Adolescentes e jovens egressos de medida socioeducativa de internação;
 - ☐) Adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e/ou Prestação de Serviço à Comunidade (PSC);
 - ☐) Pessoas egressas de serviço de acolhimento (Abrigamento);
 - ☐) Pessoas com vínculos familiares fragilizados;
 - ☐) Pessoas com precário ou nulo acesso à renda e que não são beneficiárias de programa de transferência de renda;
 - ☐) Pessoas em situação de isolamento social;
 - ☐) Crianças e adolescentes retirados do trabalho infantil;
 - ☐) Pessoas e famílias em situação de rua;
 - ☐) Pessoas e famílias de migrantes, imigrantes e refugiados com necessidades de apoio em serviços socioassistenciais;
 - ☐) Coletivos étnicos com necessidades específicas e vivência de exclusão como: indígenas, quilombolas, zonas de fronteira e incidência de migração;
 - ☐) Egressos do sistema prisional;
 - ☐) Gestante/nutriz em situação de vulnerabilidade e/ou risco social;
 - ☐) Discriminação em decorrência de orientação sexual e/ou em decorrência de raça/etnia;
 - ☐) Discriminações (culturais, etárias, de gênero, por deficiência etc.);
 - ☒) Outro. Especifique_Criança em vulnerabilidade social
-
-
-
-

41. Atividades Desenvolvidas:

- ☐) Atividades de busca ativa
- ☐) Acolhida individual
- ☐) Acolhida em grupo
- ☐) Estudo social
- ☐) Visita domiciliar
- ☐) Orientações individuais
- ☐) Orientações grupais
- ☐) Atividades grupais de convívio
- ☐) Atividades socioeducativas sobre direitos humanos, sociais e socioassistenciais e diversidade cultural;
- ☒) Atividades socioeducativas sobre ética, cultura e cidadania e fortalecimento do protagonismo social;
- ☐) Informação e comunicação sobre os direitos e formas para o seu acesso e reclamação
- ☐) Desenvolvimento de atividades e articulações junto a políticas públicas para ampliação da independência e autonomia de pessoas com deficiência e de suas famílias;

- () Atividades de inclusão à vida comunitária e a participação social de pessoas com deficiência;
 - () Encaminhamentos para a rede socioassistencial
 - () Encaminhamentos para serviços de políticas públicas
 - () Realização de procedimentos de referência e contra-referência dos usuários na rede socioassistencial
 - () Mobilização e articulação da rede socioassistencial
 - () Mobilização e fortalecimento de redes de apoio
 - () Participação em mobilizações sociais para a cidadania
 - () Conhecimento e inserção no território
 - () Conhecimento e mapeamento de redes socioassistencial
 - () Conhecimento e mapeamento de redes intersetoriais
 - () Inserção e participação na articulação de redes intersetoriais
 - () Notificações de situações de violação de direitos
 - () Articulação com o Sistema de Garantia de Direitos
 - () Atividades de identificação de pessoas em situação de privação, desproteção e violação de direitos
 - () Fornecimento de benefícios eventuais para documentação, alimentação e outros itens de caráter eventual para situações de vulnerabilidade temporária
 - () Atividades relacionadas à geração de trabalho e renda, economia solidária
 - () Atividades relacionadas à promoção da integração ao mundo do trabalho
 - () Outras atividades realizadas.
- Especifique: _____
- _____
- _____
- _____
- _____

42. A ENTIDADE POSSUI DIAGNÓSTICO DO SEU TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA

- () Sim (x) Não

Se sim. Qual(is) informação(ões) é(são) discutida(s) neste documento:

- () Quantidade de famílias no território
- () Quantidade de famílias vulneráveis
- () Perfil etário da população
- () Perfil socioeconômico da população
- () Mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial – públicas
- () Mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial - privadas
- () Mapeamento de unidades de outras políticas públicas
- () Associações comunitárias (associações de bairros, cooperativa de artesãos, entidades beneficentes, entre outras)
- () Lideranças comunitárias
- () Outro. Especifique: _____

43. A ENTIDADE DISPÕE DE MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO/RECLAMAÇÃO DOS USUÁRIOS E DA POPULAÇÃO EM GERAL NO ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

- () Sim (x) Não

Se sim, informe qual(is):

- ☐ Comunicação escrita (jornais, informativos, comunicados entre outros).
- ☐ Mídia eletrônica.
- ☐ Atividades presenciais com os usuários dos serviços (como encontros, reuniões, entre outros).
- ☐ Prestação de contas (financeira e política) por meio de Audiências Públicas ou qualquer outra forma.
- ☐ Outro. Especifique: _____

44. HÁ COMPATIBILIDADE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS AO APARATO LEGAL DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

- ☐ Sim ☒ Não
 - ☐ Algum serviço em processo de reordenamento em acordo com o gestor municipal
- Especifique: _____

45. HÁ COMPATIBILIDADE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS COM REGULAMENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- ☒ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is):

- ☒ criança e do adolescente
- ☐ pessoas com deficiência
- ☐ idosos
- ☐ mulheres
- ☐ população indígena
- ☐ migrantes
- ☐ Outro. Especifique: _____

46. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO PRESTADO PELA ENTIDADE ESTÁ LOCALIZADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA:

46.1 DO CRAS

- ☐ Sim, qual CRAS: _____
- ☐ Não

46.2 DO CREAS

- ☒ Sim ☐ Não

47. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO É OFERTADO DE QUE FORMA AO USUÁRIO

- ☒ Totalmente gratuita
- ☐ Parcialmente gratuita. Quanto: _____
- ☐ Totalmente paga
- ☐ Universalidade de atendimento
- ☐ Continuada
- ☐ Permanente
- ☐ Planejada
- ☐ Com cunho religioso
- ☐ Sem cunho religioso
- ☐ Atendimento apenas a associados
- ☐ Atendimento apenas a população empobrecida

48. ESPAÇO GEOGRÁFICO DE ATUAÇÃO

() regional (X) municipal () territorial

49. POPULAÇÃO ATENDIDA

(X) urbana () rural

50. FORMA DE ACESSO DOS USUÁRIOS AO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO

- () Procura espontânea
() Busca ativa
() Encaminhamento da Secretaria de Assistência Social
(x) Encaminhamento do CRAS
(x) Encaminhamento do CREAS
() Encaminhamento de outras entidades de assistência social
() Encaminhamento pelas demais políticas públicas
() Encaminhamento dos Conselhos de Defesa de Direitos
(x) Por determinação judicial
() A partir da ocorrência das situações de emergências e de calamidade pública
() Mediante a mobilização de equipe de plantão
() Outro. Especifique: _____

51. CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS USUÁRIOS

- () ordem de chegada () faixa etária
(x) local de moradia do usuário () situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social
() renda familiar
() Outro. Especifique: _____

52. HÁ FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO

() Sim (x) Não

Se sim, qual(is):

- () Presença de mecanismos de divulgação do serviço e de suas ofertas
() Divulgação regular de eventos e instâncias de controle social e defesa de direitos
() Acesso dos usuários a informações sobre o seu prontuário e a outros registros
() Mobilização dos usuários para a formação de Comitês Gestores
() Instalação de Caixas de Reclamações e sugestões
() Outro Motivo. Especifique: _____

53. INDIQUE AS AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA ENTIDADE COM OS SEGUINTE SERVIÇOS, PROGRAMAS OU INSTITUIÇÕES EXISTENTES NO TERRITÓRIO (Somente preencher se a OSC for de assistência social)

Serviços, programas, órgãos ou instituições com os quais a entidade mantém articulação no território	Tipo de Articulação					
	Possui dados de localização	Recebe usuários encaminhados	Encaminha Usuários	Acompanha os encaminhamentos	Realiza Reuniões periódicas	Troca informações
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS						
Outras Unid. Públicas da Rede de Proteção Social Básica						
Unid. Conveniadas da Rede de Proteção Social Básica						
Centro de Referência Especializado de Assist. Social – CREAS						
Outras Unid. da Rede de Proteção Social Especial						
Serviços de Saúde						
Serviços de Educação		X				
Programas ou Projetos						
Sistema de Justiça						
Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos						
Demais Órgãos/ Serviços						

54. QUANTAS VEZES POR SEMANA A ATIVIDADE É OFERTADA AO USUÁRIO

- () Sem frequência definida
() Apenas 1 vez por semana (dias úteis)
() Até 2 vezes por semana (dias úteis)
() Até 3 vezes por semana (dias úteis)
() 5 vezes por semana (dias úteis)
() Todos os dias da semana, inclusive finais de semana – ininterruptos
() Outro. Especifique: _____

54.1 No caso de benefícios socioassistenciais, qual a quantidade de atendimento a usuários que recebem o benefício (média/último mês) _____ pessoas

54.2 No caso de benefícios socioassistenciais, qual a quantidade de beneficiários que são acompanhados pelos serviços socioassistenciais (média/último mês) _____ pessoas

55. QUANTO TEMPO O USUÁRIO PERMANECE NA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

- () Sem frequência definida
() Até 2 horas por semana
() De 2 até 4 horas por semana
() De 4 até 8 horas por semana
() De 8 até 12 horas por semana
() Mais de 12 horas por semana
() 24 horas – ininterrupto

56. QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS (MÉDIA/ÚLTIMO MÊS)

- () Grupos ou Famílias
Número de vagas: _____
Previsão de pessoas por grupo: _____
Previsão de quantidade de grupos: _____

- (x) Indivíduos
Número de vagas: 45
Previsão de pessoas atendidas: 55

Qual(is) usuário(s) e quantos:

(x) Criança <u>45</u>	() Adolescente _____
() Jovem _____	() Adulto _____
() Idoso _____	() Família _____
() Pessoa com Deficiência	() População de rua _____
() Migrante _____	() Indígena _____

() Quilombola _____

() Outros. Especifique: _____

57. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DOS USUÁRIOS NAS AÇÕES OFERTADAS PELA ENTIDADE OU NA PRÓPRIA ENTIDADE

- () Até 06 meses
- () De 06 meses até 01 ano
- () De 01 a 02 anos
- (x) De 02 a 04 anos
- () Acima de 04 anos
- () Sem informação

No caso de benefício socioassistencial, além das opções acima, é comum:

- () a concessão de uma única vez.

58. HÁ INFORMAÇÕES DE FATORES QUE MOTIVARAM O PROCESSO DE SAÍDA DO USUÁRIO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO OFERTADO PELA ENTIDADE

(x) Sim

() Não

Se sim, qual(is):

- (x) Vontade própria do usuário
- () Ingresso no mundo do trabalho
- () Retorno para família ou localidade de origem
- () Determinação judicial
- () Encaminhamento para outro serviço/programa/projeto de entidade privada, unidade estatal ou outra política pública
- () Não houve desligamento de nenhum usuário
- () Superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco que deram origem à inserção no serviço
- () Outro Motivo. Especifique: _____

59. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO É DESENVOLVIDO EM IMÓVEL

- (x) Próprio
() Alugado
() Cedido por Ente Público. Especifique: _____
() Cedido por Ente Privado.
() Outro. Especifique: _____

60. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO PREVÊ CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE

- () Sim (x) Não

Se sim, qual(is):

- () Acesso principal adaptado com rampas
() Rota acessível aos principais espaços da unidade
() Recursos de comunicação para pessoas com deficiência auditiva
() Pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoas com deficiências visuais
() Banheiro adaptado para pessoas com dificuldade de locomoção
() Recursos – Equipamentos/Sistemas computacionais
() Atividades prestadas por profissionais à pessoa com deficiência como instrumento de tecnologia assistiva
() Outro. Especifique: _____

61. RECURSOS

61.1 Recursos Materiais

Item	Quantidade
Acervo Bibliográfico	
Armários individualizados para a guarda de pertences	
Brinquedos, materiais pedagógicos e culturais	
Computadores	1
DataShow	
DVD/ vídeo cassete	1
Equipamento de som	2
Fax	
Filmadora	
Fogão	1
Geladeira	1
Freezer	2
Impressora	1
Máquina copiadora	
Máquina de lavar roupa	1
Máquina Fotográfica	1
Materiais esportivos	
Micro-ondas	1
Mobiliário	
Secadora de roupas	
Telefone	1
Televisão	3
Veículo de uso exclusivo de meros da diretoria	
Veículos para transporte de usuários e equipe	
Outros. Especifique:	

61.2 Estrutura Física

Item	Quantidade
Almoxarifado ou similar	1
Banheiros	4
Biblioteca	1
Brinquedoteca	
Copa/cozinha	1
Enfermaria	
Espaço para animais de estimação	
Espaço para guarda de pertences	1

Instalações elétricas e hidráulicas	1
Jardim	1
Parque	1
Lavanderia	1
Quadras esportivas	1
Quartos coletivos	
Quartos individuais	
Recepção	1
Refeitório	1
Salas de atendimento em grupo/atividades comunitárias	1
Salas de atendimento individual	
Salas de repouso	
Sala exclusiva administração	1
Sala exclusiva coordenação	
Sala exclusiva equipe técnica	
Outros. Especifique:	

61.3 Recursos Humanos

Nome: Clêusa Basso

CPF:583327310-20	Data de Nascimento:13/07/69
RG:135433935	Órgão Emissor/UF:spp
Escolaridade:ensino superior	Área de Formação:assistente social
Cargo:diretora de escola	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:40 horas	Telefone:999445888
E-mail:cleubasso@hotmail.com	

Nome: PROFESSORA A SER CONTRATADA

CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga	Telefone:
E-mail:	

Nome :PROFESSORA A SER CONTRATADA

CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade: ensino superior	Área de Formação:
Cargo: professora	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:

Nome: Marisa Elena Cenci Barro

CPF: 40503976091	Data de Nascimento: 08/08/66
RG: 1034218139	Órgão Emissor/UF: ssp
Escolaridade: ensino médio completo	Área de Formação: técnico contábil dae
Cargo: cozinheira	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone: 54991398647
E-mail: marisabarro12@gmail.com	

NOME: SUELEN BATISTA RODRIGUES

CPF:02184502065

Data de Nascimento:04/04/86

RG:110484

Órgão Emissor/UF:RS

Escolaridade:Superior

Área de Formação:PEDAGOGIA

Cargo:pedagoga

Tipo de Vínculo:

Carga Horária:

Telefone:54 999413619

E-mail:SU-RODRIUGUES.20@HOTM.COM

Nome: LUANA RODRIGUES

CPF: 009.175.550-66

Data de Nascimento: 03/04/85

RG: 5095381066

Órgão Emissor/UF: SSP

Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO

Área de Formação:

Cargo: AUXILIAR DE LIMPEZA

Tipo de Vínculo:

Carga Horária:

Telefone: 54 991171579

E-mail:

Nome: AUXILIAR DE PROFESSOR A SER CONTRATADA

CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:

CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

62. QUAL O VALOR MENSAL GASTO PARA OPERACIONALIZAR O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO,

BENEFÍCIO PRESTADO À POPULAÇÃO: R\$ 16.600,10

62.1 Qual(is) item(ns) de despesa(s) é(são) custeado(s) na prestação do serviço, programa, projeto, benefício:

- | | |
|---|--|
| ☐ Alimentação | ☐ Medicamentos |
| ☐ Transporte de usuários | ☐ Transporte da equipe |
| ☐ Vestuário | ☐ Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| ☐ Água, luz, telefone | |
| ☐ Reformas e/ou pequenos reparos e conservação | |

- (x) Aquisição de móveis e/ou equipamentos
(x) Pagamento de pessoal
(x) Tributos. Especificar: INSS, FGTS, PIS
() Aluguel
() Outro. Especifique: _____

Bloco 3: Dados Gerais sobre a proposta de trabalho proposta pela Entidade para o Município

3.1 PROPOSTA DE TRABALHO

Nome do Projeto/Atividade: Creche Madre Alix	Prazo de Execução: 22/02/2019 à 31/12/2019
Público alvo: Crianças	
Objeto da parceria: Turno integral	
Descrição da realidade: No bairro onde a creche está inserida existem crianças em situação de vulnerabilidade social cujas famílias não possuem as mínimas condições de proporcionar acesso às atividades escolares na primeira infância.	
Impacto social esperado: Ciente de seu papel dentro da comunidade, a Creche Madre Alix contribui para o fortalecimento do vínculo com a família e meio onde estão inseridos através de um ambiente favorável ao desenvolvimento da primeira infância e sua educação. A oportunidade de acesso à Educação Infantil de qualidade é um direito da criança e constitui um benefício que não pode ser medido somente por resultados futuros como a diminuição da desigualdade social, mas principalmente pelas vivências nesta primeira etapa da Educação Básica que serão a base para formação dos nossos futuros cidadãos. Ofertar uma educação infantil de qualidade gerará no futuro um grande impacto no desenvolvimento das crianças em situação de vulnerabilidade, influenciando positivamente suas vidas e contribuindo para a construção de uma sociedade melhor.	
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento integral das crianças com o intuito de garantir o conhecimento e aprendizagem, respeitando o direito, o tempo e a necessidade de cada criança. Agir em parceria com as famílias e a comunidade, visando o desenvolvimento de forma integral das crianças em seus aspectos físicos, afetivo, psicológico, intelectual e social. Dada a necessidade do atendimento de crianças de 3 anos a 5 anos e onze meses no bairro vitória II. a creche Madre Alix, é a única instituição que dispõe de atendimento .As crianças, dada a situação de vulnerabilidade, necessitam permanecer na creche em turno integral.	
Objetivos Específico: Promover o desenvolvimento da consciência social e crítica da criança, ampliando e valorizando suas vivências por meio de momentos lúdicos e de compreensão intelectual. Despertar a curiosidade e a imaginação, possibilitando o desenvolvimento global ,social ,cognitivo e motor de cada criança.	

3.2 METODOLOGIA:

3.2.1 – Forma de execução das atividades ou dos projetos:

Para organização do projeto anual do ano de 2019 o corpo docente reuniu-se para expor sugestões para elaboração do projeto e como serão divididas as atividades.
Nossas atividades iniciaram as 11:30hs após almoço, organizar as crianças e salas para hora do soninho. As 13:00hs. As crianças serão acordadas para iniciar as atividades.

3.3. METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

3.3.1 Descrição das metas de atividades ou projetos a serem executados:

As crianças primeiramente fazem higiene pessoal, rotina pedagógica (canto, histórias, brincadeiras, psicomotricidade e jogos). Hora do lanche, escovação, após as crianças darão continuidade as atividades pedagógica como motora fina e ampla, exploração de espaço interno e externo.

3.3.2 Resultados Esperados:

Compreender o ambiente em que vivem suas características, qualidades, os usos e a procedência de diferentes elementos com os quais entram em contato, explicando o “como” e o “porquê” das coisas, fatos da sociedade. Contribuir com o aprofundamento das curiosidades que os mesmos vem a desenvolver, bem como oportunizar ideias do que ainda querem aprender, dentro ou não desse período.

3.3.3 Parâmetros para aferição o cumprimento das metas:

Avaliação será continua, através da observação diária das crianças no desenvolvimento de suas atividades, no relacionamento com os colegas e professoras.

3.4 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (METAS, ETAPA OU FASE)

Metas	Etapa/ Fase	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
1		Recursos para atendimento Ed.infantil na faixa de 3 a 5 anos.		55	ARR	Dez/19
2		Gêneros alimentícios para merenda escolar no PNAE e livre conforme número de alunos, para o turno da manhã, café e almoço.		55		

3.5 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

Meta	Ações		
1	1	Lúdicas	
	2	Pedagógicas	
	...		
2	1	Psicomotora	
	2	Pedagógicas	
	...		

3.6. PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA (R\$ 1,00)

Receita	Total	Valor Mensal	Valor anual
Proponente			
Concedente	213.984,92	21.398,50	213.984,92
Total geral			
Despesa	Total	Valor Mensal	Valor anual
Proponente			
Concedente			
Total geral			

3.7 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

Proponente	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

Concedente	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
	21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50
	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11 mês	12º mês
	21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50		

3.8 ESTIMATIVA DE DESPESAS

Meta	Despesa	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1		21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50
	Despesa	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
		21.398,50	21.398,50	21.398,50	21.398,50		
Meta 2	Despesa	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
	Despesa	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

3.8.1 ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS

Meta	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

3.8.2 DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO	DETALHAMENTO	VALOR
Material de consumo	Material didático ,pedagógico e expediente	
Total do item Material de Consumo		
Serviços de terceiros – Pessoa Física		
Total do item Serviços de Terceiros Pessoa Física		
Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	Água ,luz, fone, internet, gás de cozinha	
	contador	
Total do item Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica		
Custos Indiretos/Equipe Encarregada pela Execução	Folhas de pagamento e encargos	
Total do item Custos Indiretos		
Equipamentos e Materiais Permanentes		
Total do item Equipamentos e Materiais Permanentes		
Total Geral		R\$ 213.984,92

3.9 PRESTAÇÃO DE CONTAS

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 90 dias após o término da vigência da parcela.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 30 dias após o final de cada exercício, se a duração da parcela exceder um ano.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS FINAL deverá ser encaminhada até _____ dias após o término da vigência da parceria; (estabelecer este prazo de acordo com a complexidade do objeto da parceria)

ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL MADRE ALIX DE ERECHIM

Nome da entidade

DEJAIR AUGUSTO ONGARATTO

Nome do Presidente

ESCRITÓRIO CONTABIL RADIN LTDA

Nome do Escritório Contábil

CNPJ _93.538.544/0001-92

EVERTON JORGE RADIN

Nome do Contador responsável

CRCRS nº _45,144

CPF nº 411.339.190-49

Telefone:(54) 35223299