**ANEXO III – Resolução CMAS – Pato Branco/PR 028/2022**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REFERENTE AO ANO DE ...**

1. **IDENTIFICAÇÃO UNIDADE EXECUTORA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidade Executora/Razão Social:** | | | | | **CNPJ:** |
| Endereço: | | | | (DDD) Telefone/Fax: | |
| Cidade: | UF: | CEP: | E-mail Institucional: | | |

* 1. **DADOS DO RESPONSÁVEL PELA OSC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do responsável pela Unidade*:*** *(presidente ou diretor)* | | | | |
| **CPF:** | | | Data de Nascimento: | |
| R.G. | **Órgão expedidor:** | ***E-mail* do responsável:** | | |
| **Endereço completo:** | | **CEP** | | **Telefone do Responsável:** |

* 1. **DADOS DO COORDENADOR DA OSC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do coordenador da Unidade:** (*coordenador)* | | | | | |
| **CPF:** | | | | **Data de Nascimento:** | |
| **R.G:** | **Órgão expedidor:** | | **Formação:**  Selecione a Profissão | | |
| **E-mail do Coordenador:** | | | | | |
| **Endereço completo:** | | **CEP** | | | **Telefone do Coordenador:** |

1. **IDENTIFICAÇÃO UNIDADE MANTENEDORA**

*Obs: Quando houver Unidade Mantenedora, repetir o quadro acima, com as informações da referida Unidade.*

( ) Não tem

1. **FINALIDADES ESTATUTÁRIAS E/OU INSTITUCIONAIS**

*Descrever sobre as finalidades estatutárias e/ou institucionais da Unidade e como esta vem historicamente executando-as.*

|  |
| --- |
|  |

1. **OBJETIVOS**

**4.1 Objetivo Geral**

*Descrever sobre o objetivo geral da Unidade.*

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Objetivos Específicos**

*Descrever sobre o objetivos específicos da Unidade.*

|  |
| --- |
|  |

1. **ORIGEM DOS RECURSOS DA ENTIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
| **FONTE** | **VALOR ANUAL (R$)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL GERAL** |  |

1. **INFRAESTRUTURA**

**6.1 Recursos Físicos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Salas** | **Quantidade** |
| *Exemplo* | Quando não possuir as dependências colocar 0. |
| Recepção |  |
| Quantidade de Salas com capacidade máxima para 5 pessoas |  |
| Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas |  |
| Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas |  |
| Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas |  |
| Sala para reuniões |  |
| Sala para atendimento técnico |  |
| Sala exclusiva de Coordenação |  |
| Sala para atividades administrativas |  |
| **Banheiros** | **Quantidade** |
| Banheiro para os Usuários |  |
| Banheiro adaptado para os Usuários |  |
| Banheiro exclusivo para Trabalhadores |  |
| Banheiro adaptado para os Trabalhadores |  |
| **Demais Ambientes** | **Quantidade** |
| Cozinha ou Copa |  |
| Almoxarifado para alimentos |  |
| Almoxarifado para materiais pedagógicos e de expediente |  |
| Almoxarifado para produtos de higiene e limpeza |  |
| Espaço externo para atividades de convívio |  |
| Área de recreação interna |  |
| Área de recreação externa |  |
| Refeitório |  |
| Lavanderia |  |
| Enfermaria |  |
| Dormitórios para os Usuários acolhidos |  |
| Outros: | |
|
|

**6.2 Recursos Humanos** *(todos que trabalham na Entidade)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **PROFISSÃO** | **CARGO/FUNÇÃO** | **VÍNCULO** | **HORAS SEMANAIS** |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |

**7. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

*Obs.: para cada serviço, programa, projeto ou benefício, deverá ser preenchido um quadro específico.*

**7.1 TIPOLOGIA**

*Caso desenvolva mais que um serviço socioassistencial utilize mais de uma marcação, caso contrário deixar a tipologia 2 e 3 sem marcação.*

Escolher um item.

Escolher um item.

Escolher um item.

**7.1.1 NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO**

*Descrever o nome oficial, conforme as normas legais.*

|  |
| --- |
|  |

**7.1.2 ENDEREÇO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO**

*Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.*

|  |
| --- |
|  |

**7.2 DESCRIÇÃO**

*Descrever no que consiste este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício que a Unidade presta demonstrando como este trabalho tem vinculação com a Política de Assistência Social.*

|  |
| --- |
|  |

**7.3 PÚBLICO-ALVO**

*Descrever qual foi o público-alvo atendido por este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc.*

|  |
| --- |
|  |

**7.4 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO**

*Descrever qual foi a capacidade de atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.*

|  |
| --- |
|  |

**7.5.NÚMERO DE INDIVÍDUOS/FAMÍLIAS ATENDIDOS**

*Descrever o número de indivíduos/famílias que foram atendidas mensalmente, considerando a média anual.*

|  |
| --- |
|  |

**7.6 OBJETIVOS**

*Descrever quais foram os objetivos deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.*

|  |
| --- |
|  |

**7.7 METAS**

*Definir as metas que foram alcançadas pelo Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, considerando as metas elencadas no Plano de Ação do ano anterior.*

7.7.1 Meta definida no Plano de Ação Anterior

|  |
| --- |
|  |

7.7.2 Meta atingida

|  |
| --- |
|  |

**7.8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos** | **Descrição das atividades** | **Mês Inicial** | **Mês Final** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7.9 RECURSOS FINANCEIROS UTILIZADOS**

*Descrever qual foi o montante de recursos financeiros utilizados para manutenção deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.*

|  |  |
| --- | --- |
| **FONTE** | **VALOR ANUAL (R$)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7.10 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS**

*Descrever quais foram os recursos humanos envolvidos no desenvolvimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **PROFISSÃO** | **CARGO/FUNÇÃO** | **VÍNCULO** | **HORAS SEMANAIS** |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |
|  | Selecione a Profissão | Escolher um item. | Escolher um item. | Escolher um item. |

**7.11 ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**

**7.11.1 Zona Urbana**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Região Central** | **Região Oeste** | **Região Sul** |
| ☐ Baixada | ☐ Dall Ross | ☐ Alvorada |
| ☐ Industrial | ☐ Aeroporto | ☐ Bonatto |
| ☐ São Vicente | ☐ Alto da Glória | ☐ Cristo Rei |
| ☐ Centro | ☐ Bela Vista | ☐ Gralha Azul |
| ☐ Santa Terezinha | ☐ Pagnoncelli | ☐ Jardim Floresta |
| ☐ Trevo da Guarani | ☐ Planalto | ☐ Morumbi |
| **Região Leste** | ☐ São João | ☐ Novo Horizonte |
| ☐ Cadorin | ☐ Vila Esperança | ☐ Pinheirinho |
| ☐ Bancários | ☐ Amadori | ☐ Santo Antônio |
| ☐ Brasília | ☐ Anchieta | ☐ São Cristóvão |
| ☐ La Salle | ☐ Jardim das Américas | ☐ São Roque do Chopim |
| ☐ Parque do Som | ☐ Jardim Primavera | ☐ Sudoeste |
| ☐ Parzianello | ☐ Menino Deus | ☐ Veneza |
| ☐ Pinheiros | ☐ Sambugaro |  |
| **Região Norte** |  |  |
| ☐ Bortot |  |  |
| ☐ Fraron |  |  |
| ☐ São Francisco | |  |
| ☐ São Luiz |  |  |
| ☐ São Roque do Chopim | |  |
| ☐ Vila Isabel | |  |

**7.11.2 Zona Rural**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Comunidade Bela Vista | ☐ Comunidade Teolandia |
| ☐ Comunidade Duque de Caxias | ☐ Comunidade Três Pontes |
| ☐ Comunidade Fazenda da Barra | ☐ Comunidade Vila Bonita |
| ☐ Comunidade Nossa Senhora da Saúde | ☐ Linha Barra do Dourado |
| ☐ Comunidade Passo da Ilha | ☐ Linha Bom Retiro |
| ☐ Comunidade Passo da Pedra | ☐ Linha Cachoeirinha |
| ☐ Comunidade Quebra Freio | ☐ Linha Caprini |
| ☐ Comunidade Rio Gavião | ☐ Linha Chioquetta |
| ☐ Comunidade Rondinha | ☐ Linha Damasceno |
| ☐ Comunidade Salto Gavião | ☐ Linha Esperança |
| ☐ Comunidade São Braz | ☐ Linha Encruzilhada |
| ☐ Comunidade São Caetano | ☐ Linha Independência |
| ☐ Comunidade São João Batista | ☐ Linha Martinello |
| ☐ Comunidade São Pedro de Alcântara | ☐ Núcleo Dourado |
| ☐ Comunidade Sede Dom Carlos | ☐ Núcleo Ligeiro |
| ☐ Comunidade Sede Gavião | ☐ Outra: |

**7.12 ARTICULAÇÃO COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL E INTERSETORIAL**

*Descrever se este serviço realizou ações em conjunto com a rede socioassistencial e intersetorial.*

|  |
| --- |
|  |

**7.13 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS**

*Descrever como foi a participação dos usuários deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, demonstrando as estratégias que foram utilizadas em todas as etapas do Plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.*

|  |
| --- |
|  |

**7.14 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

*Descrever como este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício foi monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade e por órgãos externos. Mencionar se foi utilizado o Sistema disponibilizado pelo Órgão Gestor, para o registro das informações, bem como qual foi a periodicidade da elaboração de relatórios quantitativos, quem teve acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, e quais foram os resultados dos indicadores de monitoramento e avaliação.*

|  |
| --- |
|  |

**8. DECLARAÇÃO**

Eu,       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.

Pato Branco, de 2022

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Presidente da Entidade