



CMAS

Conselho Municipal
de Assistência Social
de Joinville

Lei nº 5.622 de 25 de setembro de 2006, alterada
pela Lei nº 8.740, de 01 de outubro de 2019.

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DO CMAS 2024

- Para cada oferta socioassistencial (Serviço ou Programa) elaborar um plano de ação específico (caso a oferta tenha mais de uma unidade, deve-se descrever no interior do plano de ação as informações de cada unidade, conforme itens do plano de ação);
- O documento deve conter o timbre da organização;
- Sempre que houver alteração no cronograma, endereço, capacidade de atendimento ou quadro de trabalhadores o CMAS deverá ser comunicado via ofício, haja vista que o acompanhamento e a fiscalização serão realizados de acordo com o que foi apresentado no Plano de Ação pela organização e/ou comunicado posteriormente;
- O Plano deverá ser datado e assinado na última folha pelo responsável técnico pela oferta socioassistencial e responsável pela organização (diretor, presidente, coordenador);
- Todas as páginas deverão ser numeradas e rubricadas;
- A entrega do documento Plano de Ação, devidamente assinado, deve ocorrer de forma **física** na Secretaria Executiva do CMAS e **digitalizado** para o e-mail: cmasjoinville@gmail.com, **ATÉ O DIA 31 DE JANEIRO DE 2024**.

Modelo de Plano de Ação

1. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC:

NOME:

CNPJ:

ENDEREÇO (rua, número, bairro, CEP):

TELEFONE:

E-MAIL:

NOME DO RESPONSÁVEL DA OSC:

2. IDENTIFICAÇÃO DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL (serviço/programa)

() PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

() PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

() PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

3. NOME DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL (serviço/programa):

(conforme comprovante de inscrição do CMAS)

4. DADOS DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL (serviço/programa):

(OBS: caso a oferta tenha mais de uma unidade, informar os dados de cada unidade)

CNPJ:

ENDEREÇO DA OFERTA (rua, número, bairro, CEP):

TELEFONE:

E-MAIL:

Rua Afonso Pena, 840 – Bucarein – 89202-420, Joinville – SC

Horário ao público: segunda a sexta, 8h às 14h, exceto feriados e pontos facultativos

Contatos: (47) 3432-8543 | (47) 3432-8544 | cmasjoinville@gmail.com



NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA OFERTA:

5. PÚBLICO ALVO DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL

(exclusivamente desta oferta. Ex.: idosos, crianças, adolescentes, mulheres, PCD's, adulto e suas famílias; sempre de acordo com as normativas que regem a oferta)

6. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL

7. INFRAESTRUTURA DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL (serviço/programa):

(OBS: Descrever apenas a estrutura utilizada para realização das atividades da oferta. Informar o que é exclusivo e o que é compartilhado, respeitando as especificidades de cada oferta a partir das normativas vigentes. Descrever espaço para refeição/alimentação. Informar acessibilidade. Em caso de *serviços de acolhimento*, indicar número de leitos por quarto).

8. OBJETIVO DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL (serviço/programa):

(OBS: conforme Tipificação/Resolução CMAS que normatiza a oferta)

9. CAPACIDADE DE ATENDIMENTO DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL (serviço/programa):

(OBS: Todos os serviços devem considerar a Resolução 62/2023-CMAS, que trata da capacidade mínima de atendimento. Em caso de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - especificar capacidade de atendimento por grupo; em caso de Serviço de Acolhimento Institucional – modalidade Casa lar e Residência Inclusiva, especificar capacidade de atendimento por unidade)

10. METODOLOGIA E DETALHAMENTO DA AÇÃO

(OBS: descrever as ações e metodologia pertinente a oferta socioassistencial, com base nas seguintes perguntas orientativas: O que é a ação? Porque acontece? Onde ocorre? Quando acontece? Quem executará? Como é feita? considerando o trabalho essencial do Serviço/programa previsto nas normativas – Tipificação, Resoluções e cadernos de orientação)

Incluir informações de como ocorre a participação do usuário no planejamento e avaliação das atividades.

11. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL

IMPORTANTE APRESENTAR UM CRONOGRAMA QUE VISUALMENTE SEJA POSSÍVEL IDENTIFICAR: dias da semana e horários de realização das atividades, responsável pelas atividades, periodicidade das atividades - semanal, quinzenal ou mensal.

Exemplo de cronograma (apenas como sugestão, cada organização deverá criar seu cronograma, de acordo com a necessidade da oferta socioassistencial):

AÇÃO/ATIVIDADE	RESPONSÁVEL PELA AÇÃO/ATIVIDADE	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
Acolhida		13h		9h		
Grupo de usuários		9 às 12h	13 às 17	9 às 12h	13 às 17h	



			horas			
Planejamento do serviço/ações			13 às 15h			

12. RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL

(considerar a NOB – RH/SUAS, A RESOLUÇÃO CNAS Nº 9/2014 E A RESOLUÇÃO CNAS Nº 17/2011. Incluir profissionais que atuam direta e indiretamente na Oferta, inclusive voluntários/estagiários. Informar os profissionais que atuam exclusivamente no serviço/programa ou que são compartilhados com outras atividades da organização, podem incluir estas informações em uma mesma tabela ou fazer específica):

Exemplo:

NOME	FORMAÇÃO	FUNÇÃO/ CARGO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS	DIA E HORÁRIO QUE O PROFISSIONAL EXECUTARÁ A OFERTA
	Serviço Social	Ass. Social	CLT	30h/s	2ª a 6ª feira das 8h às 14h
	Psicologia	Psicóloga	Voluntária	8h/s	3ª e 5ª feiras das 14 às 18h
	Bacharel em Direito	Coordenador	Voluntário	40 h/s	2ª a 6ª feira das 8h as 18h

13. RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS NA OFERTA SOCIOASSISTENCIAL

(especificar apenas a origem do recurso, não é necessário colocar valores)

Joinville, _____ de _____ de 2024

Responsável técnico pela oferta socioassistencial

Responsável pela Organização
(diretor, presidente, coordenador)