

PLANO DE AÇÃO 2026

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

ATUALIZAÇÃO ()

INSCRIÇÃO ()

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 Organização da Sociedade Civil - OSC					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail do responsável	
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	

1.1 Documentos da Entidade Social/OSC

Documentação	Descrição
Utilidade Pública	Ano:
CNPJ	Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE): Principal: Secundária (somente descreva a que estiver relacionado a Assistência Social):
Ata eleição e Posse:	Período de vigência:
Estatuto Social	Última Atualização:
Vigilância Sanitária	Período de vigência:
Certificado de Licenciamento Corpo de Bombeiro	Período de vigência:

1.2 Descrição do(s) Responsável(is) Técnico(s) por Unidade de Execução

Nome	Unidade	Cargo	Inscrição Conselho Profissional	Telefone	Email

* Descrever os responsáveis Técnicos de Cada Unidade Executora

1.3 Finalidades e Objetivos Estatutários

Descrever as finalidades e objetivos da Entidade/OSC conforme previsão do Estatuto Social.

1.4 Objetivo da Instituição

Descrever os objetivos da OSC

2. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS *PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE*, DESENVOLVIDO PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC – INSCRITO NO CMAGYN

Proteção Social Especial	Média Complexidade	1. Serviço Especializado em Abordagem Social () 2. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias ()
--------------------------	--------------------	--

A tabela acima, tem como referência teórica e metodológica a **Tipificação Socioassistencial** e demais orientações técnicas sobre Serviços produzidas e ou sugeridos pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

2.1. ENDEREÇOS DAS UNIDADES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Unidade e Endereço de Execução do Serviço				
Serviço	Nome Unidade Executora	Endereço	CNPJ Filial (se houver)	CRAS e CREAS de referência

2.2 ORIGEM DOS RECURSOS

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	
Ex: Fundo Nacional de Assistência Social	
Ex: IPTU (isento)	
Ex: Cota Patronal (isento)	
TOTAL GERAL	

3. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

3.1 Proteção Social Especial de Média Complexidade: Para facilitar a compreensão e a adequada identificação das ações desenvolvidas, a descrição dos serviços deverá ser realizada de forma clara, acessível e didática, utilizando uma lógica de organização visual e conceitual das informações.

Serviço	Nome da Unidade Executora	Público Alvo
Ex: Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias	Ex: Unidade Centro Dia	Ex: Pessoa Idosa, pessoa com deficiência.

3.2 Conforme a tabela acima, descreva os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade, observando as orientações a seguir:

*Cada serviço deverá conter as descrições indicadas abaixo. Caso a entidade execute mais de um serviço, é necessário que cada um seja descrito separadamente, observando todas as informações solicitadas, ainda que algumas delas se repitam. A descrição individual é fundamental para garantir a correta identificação e compreensão de cada serviço. **

- Descrição do Serviço (Nome do Serviço. O que diz a Tipificação sobre esse serviço -)
- Objetivo Geral: (Considerar o Serviço e a idade dos participantes (ciclo de idade)) (Ter como apoio para elaboração a tipificação Socioassistencial e outras orientações técnicas do SUAS)
- Objetivo Específico: Considerar o Serviço e a idade dos participantes (ciclo de idade)) (Ter como apoio para elaboração a tipificação Socioassistencial e outras orientações técnicas do SUAS)
- Público: Caracterizar o público de atendimento. Ex.: pessoas com deficiência e idosas com dependência ou Jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência

- e) Periodicidade do Serviço: Ex. Se for Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias citar se o atendimento é realizado individualmente e/ou em grupo, dia e horário do atendimento disponibilizado na OSC.
- f) Cronograma de Atividades e número de participantes.
- g) Forma de Acesso (informar se é demanda espontânea, busca ativa, encaminhamento da rede socioassistencial ou encaminhamento das demais políticas públicas e de órgãos do Sistema de Garantia de Direitos)
- h) Abrangência Territorial (Descrever qual é a abrangência territorial deste Serviço, ou seja, se o público é proveniente ou não da região específica. (Território de origem))

3.3 A entidade realiza articulação intersetorial e atuação em rede com serviços, programas ou instituições existentes no território?

() Não

() Sim. Em caso afirmativo, descreva com quais serviços, programas ou instituições ocorre essa articulação e informe de que forma ela é realizada (ex.: busca ativa, encaminhamentos, acompanhamento compartilhado, reuniões de rede, entre outros).

4 INFRAESTRUTURA

4.1 Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE
Ex: Recepção	
Ex: Sala para realização de Oficinas	
Ex: Quartos	
Ex: Refeitório	

4.2 Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE
Ex: Computador com acesso à internet	
Ex: Mesas	

4.3 Recursos Humanos

a) Equipe de Referência para Atendimento Direto: informar os profissionais que compõem a equipe de referência, e demais profissionais que atuam na instituição para o desenvolvimento do serviço, conforme definido pela NOB-RH/SUAS e pela Resolução CNAS nº 17/2011, para atendimento no Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias observando, ainda, o disposto na Resolução CNAS nº 9/2014.

Nome do Profissional	Função	Escolaridade	Vínculo	Carga horária semanal

5 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

Descrever como os usuários deste Serviço 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.

6 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Descrever como este Serviço 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 quantiquantitativos, 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.

7 OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

8 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.

Local e data:

Nome do Técnico Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico Pela Execução do Plano de Ação

Nome do Responsável Legal

Assinatura