



Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia

PLANO DE AÇÃO 2026
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA
ATUALIZAÇÃO ()
INSCRIÇÃO DE SERVIÇOS ()

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 da Entidade/OSC conforme previsão do Estatuto Social.

1.4 Objetivos da Instituição

Descrever os objetivos da OSC.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DESENVOLVIDO PELA ENTIDADE SOCIAL – INSCRITO OU A SER INSCRITO NO CMAGYN

Proteção Social Básica	1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos () 2. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. ()
-------------------------------	---

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 DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Unidade de funcionamento 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 BÁSICA

3.1 Proteção Social Básica: 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 Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)	Ex: Unidade Viver Feliz	Ex: Pessoa Idosa

3.2 Citar os serviços de Proteção Social Básica que sua entidade/OSC realiza, indicando:

*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. **

- 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: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: criança de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade social; criança e adolescente de 6 a 15 anos em situação de vulnerabilidade social; adolescentes e jovens de 15 a 17 anos; Jovens e adultos de 18 a 29 anos; adultos de 30 a 59 anos e; Pessoa idosa igual ou superior a 60 anos.
- Periodicidade do Serviço: Se for o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo citar dia da semana e horário de encontro de cada grupo. Se for Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas citar periodicidade de visitas no domicílio.

- f) 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.
- g) 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))
- h) Para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos descrever como estão organizados os Percursos por ciclo de idade: (observar tipificação socioassistencial). Modelo: Anexo 1.

Observação:

O percurso é o conjunto de atividades e experiências que a pessoa irá vivenciar ao longo do tempo no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Ele é organizado de forma planejada e contínua, considerando a idade, as necessidades e a realidade de cada usuário e de sua família.

Por meio do percurso, o usuário participa de ações socioeducativas que ajudam a fortalecer vínculos familiares e comunitários, desenvolver habilidades, ampliar a convivência social e prevenir situações de risco social. Essas atividades não acontecem de forma isolada, mas fazem parte de um processo de acompanhamento e desenvolvimento progressivo.

- i) Para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos descrever outras atividades desenvolvidas, dias da semana e horários (ex: oficinas de bordado, oficinas de XXX).

Outras Atividades	Dias e Horário de Funcionamento	Capacidade de atendimento
Ex: oficina de artesanato	Ex: terça das 13 às 17h quinta das 9h às 11h	Nº total de pessoas atendidas

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: Poderá ser enviada como anexo ao Plano de Ação

4.1 Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE
Ex: Recepção	
Ex: Sala para realização do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
Ex: Sala para atendimento particularizado	
Ex: Sala da equipe técnica	
Ex: Sala administrativa	

4.2 Recursos Materiais

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

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 a execução do **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)** e do **Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas**, 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 quantificativos, 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

ANEXO 1

PREENCHER ANTES DE COMEÇAR O PERCURSO	PLANO DE PERCURSO DO GRUPO									
	Faixa Etária:									
	Nome do Grupo:									
	Dia e horário de funcionamento:									
	PERCURSO									
	Qual o eixo escolhido do percurso e/ou principais vulnerabilidades identificadas que orientarão o percurso?									
	COMPETÊNCIAS E OBJETIVOS									
	Quais são as competências e os objetivos escolhidos para serem trabalhados ao longo do percurso?									
	ATIVIDADES			Mês 1		Mês 2		Mês 3		Mês 4
	Quais são as atividades escolhidas para serem trabalhadas ao longo do percurso?									

