

## PLANO DE AÇÃO 2023

### 1- IDENTIFICAÇÃO

Entidade Mantenedora:
Entidade Executora:
Endereço:
Coordenador/Diretor:
Modalidade: ( ) Atendimento ( ) Assessoramento ( ) Garantia e defesa de Direitos
Nome do Serviço:

### 2 - FINALIDADE DA ENTIDADE

Descrever as finalidades da Entidade que consta no Estatuto Social atualizado.
--

### 3 - OBJETIVOS DO SERVIÇO

<p><b>Geral:</b> (O objetivo geral é aquele comum à maior parte do todo. São ideias genéricas em seus conteúdos, em sua comunicação e expressão, traduz a grosso modo, aonde se quer chegar, sem se preocupar em como fazê-lo. É amplo, abrangente e deve ser observável a longo prazo).</p> <p><b>Específicos:</b> (É o desdobramento do objetivo geral, devem ser concretos e bem explícitos para que possam ser observados e avaliados com mais segurança a médio e a curto prazo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Os objetivos específicos devem buscar responder às seguintes questões:<ul style="list-style-type: none"><li>- O que se quer alcançar?</li><li>- Onde se quer chegar?</li><li>- Com que meios se pretende agir?</li></ul></li></ul>
--

### 4 - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

- Descreva os itens abaixo de cada serviço inscrito no CMAS

**Nome do serviço:** \_\_\_\_\_ (conforme estabelecido na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais resolução CNAS Nº 109/2009 e/ou Resolução do CNAS Nº 27, de 19 de setembro de 2011.)

#### 4.1 Público Alvo

( ) Crianças ( ) Adolescentes

- ( ) Jovens ( ) Adultos  
( ) Idosos ( ) Povos e Comunidades Tradicionais  
( ) Outros

Especificar: \_\_\_\_\_

#### **4.1.2 Faixa etária**

- ( ) 0 a 06 anos ( ) 06 a 15 anos  
( ) 15 a 17 anos ( ) 18 a 59 anos  
( ) 60 anos ou mais

Especificar: \_\_\_\_\_

#### **4.1.3 O público atendido relacionado refere-se a:**

- ( ) População Urbana do município de Londrina  
( ) População Rural do município de Londrina  
( ) População fora do município de Londrina

#### **4.1.4 Região e bairros referenciados do município de Ibiporã**

---

---

---

#### **4.2 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO:**

**4.2.1** Metas previstas mensal:

**4.2.2** Metas previstas anual:

**4.2.3** Número de usuários por grupos:

**4.2.4** Número total de grupos (quartos, turmas, etc):

**5 – METODOLOGIA\*** (Descrever todos os procedimentos/etapas utilizadas para o atendimento das famílias e/ou pessoas (desde a sua inserção no serviço). Trata-se do “como fazer” no desenvolvimento do serviço com relação ao usuário atendido, família e rede de serviços):

---

---

---

---

---

*\* A Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho. É a explicação do tipo de ações, dos instrumentos utilizados, do tempo previsto, da equipe e da divisão do trabalho, enfim, de tudo aquilo que se utilizou para a realização do trabalho dentro dos objetivos do Serviço a ser prestado.*

### **5.1 OPERACIONALIZAÇÃO**

Horário de funcionamento:

Horário de atendimento ao público:

Dias de atendimento por semana:

Forma de inclusão no serviço:

Quais atividades/ações serão desenvolvidas (com relação ao usuário atendido, família e rede de serviços – rotina do serviço):

	<b>Atividades</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Usuário</b>			
<b>Família</b>			
<b>Rede de Serviços</b>			

### **6 – INFRAESTRUTURA:**

Detalhar espaço físico e infraestrutura disponível para o serviço:

#### **6.1 – Estrutura Física**

	<b>Item</b>	<b>Quantidade</b>
1.	Almoxarifado ou despensa	
2.	Banheiro exclusivo para os funcionários	
3.	Banheiro exclusivo para os usuários	
4.	Biblioteca	
5.	Brinquedoteca	

6.	Copa / cozinha	
7.	Enfermaria	
8.	Espaço para animais de estimação	
9.	Espaço para guarda de pertences	
10.	Jardim / parque	
11.	Lavanderia	
12.	Quadra esportiva	
13.	Quartos coletivos	
14.	Quartos individuais	
15.	Recepção	
16.	Refeitório	
17.	Salas de atendimento em grupo/ atividades comunitárias	
18.	Salas de atendimento individual	
19.	Salas de repouso	
20.	Salas exclusivas para administração, coordenação, equipe técnica	
21.	Outros: especificar	

**6.2 Acessibilidade:**

Assinale com “x” as condições de acessibilidade disponíveis:

	SIM	NÃO
1. Acesso principal adaptado com rampas		
2. Rota acessível aos principais espaços da unidade		
3. Banheiro adaptado para pessoas com dificuldade de locomoção		
4. Outros, especifique: _____		

**7 - RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS**

FUNÇÃO	FORMAÇÃO	QUANTIDADE	CARGA HORÀRIA


**\*Anexar nesse documento listagem nominal dos funcionários vinculados diretamente com o serviço.**

**7.1 ESTIMATIVA DE RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS NO SERVIÇO:**

<b>Origem dos recursos</b>	<b>Valores</b>
Esfera Municipal	
Esfera Estadual	
Esfera Federal	
Próprios (previsão)	
Doações (previsão)	
Custo geral do serviço/ mês:	

Descreva ações a serem desenvolvidas em relação à captação de recursos:

---

---

---

---

---

---

---

**8 - CAPACITAÇÃO**

Explicitar o Planejamento de Capacitação Interna para o ano corrente: (Preenchimento obrigatório, posto que todas os serviços devem desenvolver capacitações internas que são aquelas desenvolvidas dentro da entidade, com temas afetos ao serviço /público atendido)

<b>Temática</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Público alvo</b>

--	--	--	--

### **9 - PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS**

Informar como o serviço incentiva a participação social dos usuários.

Tem conhecimento das regulações do serviço?

Tem conhecimento da relação do serviço com a política de assistência social?

Tem conhecimento do financiamento do serviço

Participa da tomada de decisões da entidade? Como isso ocorre?

### **10 - AVALIAÇÃO DO PROCESSO / RESULTADOS (conforme exemplo)**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Indicador (indica o cumprimento do objetivo)</b>	<b>Forma de verificação</b>	<b>Instrumentos</b>

**Data:**

**Nome e assinatura do técnico responsável:**

**Nome e assinatura do Presidente/Diretor:**