**ANEXO I - PLANO DE TRABALHO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL** | | | | |
| **Razão Social** | | | | |
| **Data de criação** | | | **C.N.P.J.** | |
| **Inscrição no CMAS nº** | | |  | |
| **Endereço** | | | | |
| **Cidade** | **UF** | | | |
| **CEP** | **E-mail** | | | |
| **DDD/Tel** | **FAX** | | | |
| **Conta Corrente** | **Banco** | | | **Agência** |
| **Nome do Representante Legal** | | | | |
| CPF | | RG | | |
| Cargo | | Função | | |
| Endereço | | CEP | | |
| Início mandato: | | Fim do mandato: | | |
| **Nome do Técnico Responsável** | | | | |
| CPF | | RG | | |
| Formação Profissional | | N° Registro | | |
| Cargo | | Função | | |
| Endereço | | CEP | | |

1. **– IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes na modalidade abrigo. Número Máximo de usuários por equipamento: 20. | *Período de Execução* | |
| **Início** | **Término** |

1. **– PÚBLICO-ALVO**

Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos sob medida protetiva de abrigo.

1. **– DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA**

Segundo os relatórios de monitoramento da Vigilância Socioassistencial, do município de Pindamonhangaba, nos anos de 2019 e 2020, ocorreram 35 acolhimentos de crianças e 25 acolhimentos de adolescentes.

Pode-se constatar que o público alvo para o serviço de acolhimento institucional de crianças e adolescentes possui preponderância nas faixas etárias de 0 a 5 anos e de 15 a 17 anos do gênero masculino, cujas famílias encontram-se em situação de risco e vulnerabilidade social, particularmente com insuficiência de renda.

Em relação aos motivos de acolhimentos, observou-se em maior escala, as ocorrências de maus tratos e negligência, situações de abandono e genitora com dependência química.

Quanto aos motivos de desligamentos estes se diferenciam de acordo com a faixa etária: Para as crianças há uma proporcionalidade entre a inserção em família substituta e a reintegração familiar. Para os adolescentes há maior incidência na reintegração familiar.

No que tange a territorialidade de origem destas crianças e adolescentes destacam-se as áreas do Araretama e do Centro, respectivamente. Desta forma infere-se que as expressões da questão social dos territórios citados impactam diretamente as famílias, tendo como consequência graves violações de direito, gerando situações que propiciam o acolhimento institucional.

Diante do exposto nota-se a importância do serviço de acolhimento institucional para o município, o qual deve respaldar as suas ações no Estatuto da Criança e do adolescente, nas orientações técnicas do CONANDA, bem como ofertar atividades que possibilitem a superação da violação de direitos e de risco social, articuladas com a rede intersetorial, no intuito de reinserção dos acolhidos em suas famílias/sociedade. Ademais o referido serviço visará a proteção integral, o desenvolvimento pleno, o respeito às particularidades de cada criança/adolescente resgatando, por fim, a sua cidadania.

# - OBJETIVO GERAL

Garantir a proteção integral de crianças e adolescentes, visando a superação de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos, por meio do acolhimento institucional.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | **6.1. Resultados esperados** | **6.2. Metas a serem atingidas** | **6.3. Indicadores de aferição** | **6.4. Meios de verificação dos indicadores** |
| **1.**Restabelecer e/ou preservar vínculos familiares e/ou sociais, possibilitando a convivência comunitária; | -Vínculos familiares restabelecidos e/ou preservados. | - 20 % dos acolhidos com o vínculo restabelecido e/ou preservado com a família. | -Números de acolhidos por número de desligados com o retorno à família. | -Cópia de relatório encaminhado ao gestor da parceria trimestralmente. |
| **2.**Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e | -Redução de situações de isolamento social e institucionalização, promovido pelo acesso as ações socioassistenciais e | -30% dos acolhidos participando de programas, projetos e serviços da rede. | -Número de acolhidos, por número de inscritos em ações/atividades. | -Declaração que possibilite visualizar a inscrição do acolhido em ações/atividades, no referido mês. (Encaminhar ao gestor da parceria pelo relatório mensal). |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| possibilidades do público, favorecendo o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia e independência; | intersetoriais ofertadas pelo município.  -Favorecimento das percepções dos acolhidos quanto as suas potencialidades e habilidades. | -70% dos acolhidos com o Quadro de suas potencialidades e habilidades elaborado. | -Número de inscritos que concluíram as ações/atividades.  -Número de acolhidos com as potencialidades e habilidades percebidas/alcançadas. | -Cópia do certificado, ou outra documentação de conclusão.  -Parecer técnico apontando a evolução do acolhido. (Encaminhar ao gestor da parceria semestralmente).  - Pesquisa de satisfação do acolhido, realizada pelo gestor da parceria. |
| **3.**Promover acesso aos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais - saúde, educação, assistência social, habitação - contribuindo para a proteção integral das crianças e adolescentes. | -Redução de déficit de acesso à rede intersetorial e ao Sistema de Garantia de Direitos. | -Alcançar, ao menos, 50% dos encaminhamentos dos acolhidos à rede. | -Números de encaminhamentos dos acolhidos à rede, por número de atendimentos contemplados. | -Cópia da planilha de encaminhamentos da OSC e da devolutiva da rede. |

1. **– FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES**
   1. **Atividades Propostas**

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO ESPECÍFICO** | **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES** |
| 1. Restabelecer e/ou preservar vínculos familiares e/ou sociais, possibilitando a convivência comunitária; | 1. Acolhida/Recepção; 2. Escuta; 3. Estudo Social; 4. Mobilização, identificação da família extensa ou ampliada; 5. Visita institucional de familiares; 6. Construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; 7. Elaboração de relatórios e/ou prontuários. |
| 2. Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público, favorecendo o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia e independência; | 1. Atividades de convívio (interno e externo) e de organização da vida cotidiana; 2. Inserção em projetos/programas em diversas áreas, bem como de capacitação e preparação para o trabalho; 3. Articulação da rede de serviços socioassistenciais; 4. Orientação para acesso a documentação pessoal. |
| 3. Promover acesso aos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais - saúde, educação, assistência social, habitação - contribuindo para a proteção integral  das crianças e adolescentes. | 1. Articulação com os serviços da rede intersetorial; 2. Articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; 3. Orientação e encaminhamentos sobre/para a rede de serviços locais com resolutividade; 4. Protocolos; 5. Acompanhamento e monitoramento dos encaminhamentos realizados; |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Elaboração de relatórios e/ou prontuários; 2. Monitoramento e avaliação do serviço; 3. Organização de banco de dados e informações sobre o serviço. |

* 1. **Metodologia (Como serão desenvolvidas as atividades)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | **ATIVIDADES** | **METODOLOGIA DE EXECUÇÃO**  **(Caberá a OSC descrever como as atividades serão feitas e quem participará.)** | **PERIODICIDADE**  **(Quantas vezes por mês e por quanto tempo)**  **Ex. 1 vez ao mês por 1h.** | **PROFISSIONAL (Responsável pela execução)** |
| **1** | **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **2** | **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
|  | **1.** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |

1. **– MÉTODO DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO**

**Metodologia proposta para o acompanhamento das ações através de instrumentais:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8.1 O que será monitorado e avaliado?**  **(As METAS atingidas)** | **8.2. Qual o método ou a atividade de monitoramento e avaliação?** | **8.3. Quando/Periodicidade?** | **8.4. Quem participa?** |
| **Objetivo específico 1:**  - 20 % dos acolhidos com o vínculo restabelecido e/ou preservado com a família. | 1. Relatório do gestor; 2. Relatório da Vigilância Socioassistencial; 3. Reunião da equipe da OSC; 4. Reunião entre OSC, equipe de apoio as parcerias e Vigilância Socioassistencial. | 1. Mensal; 2. Trimestral; 3. Mensal; 4. Semestral. | * Acolhidos; * OSC; * Gestor da parceria; * Técnico da Vigilância Socioassistencial; * Técnico de apoio as parcerias. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo específico 2:**  -30% dos acolhidos participando de programas, projetos e serviços da rede.  -70% dos acolhidos com o Quadro de suas potencialidades e habilidades elaborado. | 1. Relatório do gestor; 2. Relatório da Vigilância Socioassistencial; 3. Reunião da equipe da OSC **com a participação dos acolhidos;** 4. Reunião entre OSC, equipe de apoio as parcerias e Vigilância Socioassistencial. | 1. Mensal; 2. Trimestral; 3. Mensal; 4. Semestral. | * Acolhidos; * OSC; * Gestor da parceria; * Técnico da Vigilância Socioassistencial; * Técnico de apoio as parcerias. |
| **Objetivo específico 3:**  -Alcançar, ao menos, 50% dos encaminhamentos dos acolhidos à rede. | 1. Relatório do gestor; 2. Relatório da Vigilância Socioassistencial; 3. Reunião da equipe da OSC; 4. Reunião entre OSC, equipe de apoio as parcerias e Vigilância Socioassistencial. | 1. Mensal; 2. Trimestral; 3. Mensal; 4. Semestral. | * Acolhidos; * OSC; * Gestor da parceria; * Técnico da Vigilância Socioassistencial; * Técnico de apoio as parcerias. |

1. **– RECURSOS HUMANOS**
   1. **Equipe profissional essencial para atender 20 vagas do serviço de acolhimento:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **NOME COMPLETO** | **ESCOLARIDADE** | **CARGA HORÁRIA** | **VÍNCULO** |
| 1.Coordenador |  |  |  |  |
| 2.Assistente social |  |  |  |  |
| 3.Psicólogo |  |  |  |  |
| 4.Educador/Cuidador |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4.Educador/Cuidador |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. **Equipe Profissional Geral para atender 20 vagas do serviço de acolhimento:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **NOME COMPLETO** | **ESCOLARIDADE** | **CARGA HORÁRIA** | **VÍNCULO** |
| 1.Administrativo |  |  |  |  |
| 2.Serviços Gerais |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3.Cozinheiros |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4.Nutricionista \* |  |  |  |  |
| 5. Motorista |  |  |  |  |

**9.3 Outros profissionais (Contrapartida da OSC):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **NOME COMPLETO** | **ESCOLARIDADE** | **CARGA HORÁRIA** | **VÍNCULO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **– CONDIÇÕES MATERIAIS E INSTALAÇÕES: Incluir fotos que possibilitem visualizar os itens abaixo.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cômodo:** | **Características:** |
| Quartos | Número de quartos:  Número de acolhidos por quarto:  Número de cama/berço/beliche por quarto:  Número de guarda-roupas, de forma individualizada, por quarto: Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Sala de Estar ou similar | Número de salas:  Número de sofás/poltrona/puff:  Número de TV:  Número de DVD:  Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Sala de jantar / copa | Número de mesas:  Número de cadeiras:  Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |

|  |  |
| --- | --- |
| Ambiente para Estudo | Há um espaço específico para os estudos? Número de mesas:  Número de cadeiras:  Número de computadores:  Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Banheiro | Número de banheiros:  Número lavatórios:  Número de vaso sanitário:  Número de chuveiros:  Há banheiro exclusivo para funcionários? Se sim quantificar o lavatório, o vaso sanitário e o chuveiro.  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Cozinha | Número de fogão:  Número de Forno:  Número de Geladeira:  Número de Freezer:  Número de Micro-ondas:  Número de Liquidificador:  Número de Batedeira:  Número de pratos:  Números de copos:  Números de talheres: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Números de panelas e utensílios similares:  Número de bebedouro/filtro de água:  Espaço adequado para armazenar os alimentos: Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Área de Serviço | Há espaço específico para guarda de utensílios, equipamentos, objetos, produtos de limpeza e propiciar o cuidado com a higiene do abrigo, com a roupa de cama, mesa, banho e pessoal? Sim ( ); Não ( ).  Número de lavadoras:  Número de secadoras:  Número de tanque:  Espaço para secar as roupas: Sim ( ); Não ( ). Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Área externa (Varanda, quintal, jardim, etc.) | Há espaço que possibilite o convívio e brincadeiras? Sim ( ); Não ( ). O espaço é fechado ou aberto?  Possui brinquedos? Quais e quantos:  Outros:  Iluminação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ). Ventilação: Boa ( ); Regular ( ); Ruim ( ).  Tem acessibilidade? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |

|  |  |
| --- | --- |
| Sala para equipe técnica | Número de salas:  Número de mesas:  Número de cadeiras:  Número de computador com acesso à internet:  Número de arquivos:  Outros:  O espaço localiza-se minimamente em área específica, separada da área de moradia das crianças e adolescentes? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Sala de coordenação / atividades administrativas | Número de salas:  Número de mesas:  Número de cadeiras:  Número de computador com acesso à internet:  Número de arquivos:  Outros:  O espaço localiza-se minimamente em área específica, separada da área de moradia das crianças e adolescentes? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |
| Sala / espaço para reuniões | Número de salas:  Número de mesas:  Número de cadeiras:  Outros:  O espaço localiza-se minimamente em área específica, separada da área de moradia das crianças e adolescentes? Sim ( ); Não ( ); Precisa de adaptação ( ). |

1. **- EXPERIÊNCIA NOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Apresentar abaixo cópia de declaração do ente parceiro com o qual a OSC tenha parceria na oferta de serviços socioassistenciais com crianças e adolescentes e/ou inscrição da OSC, ou do serviço, no CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social.

# – SUSTENTABILIDADE TÉCNICA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **NOME** | **TEMPO DE EXPERIÊNCIA**  **(Auto declaratório, mediante possível exigência de currículo)** | **NÚMERO DE CAPACITAÇÕES**  **(Ofertadas pela OSC)** |
| 1.Coordenador |  |  |  |
| 2.Assistente social |  |  |  |
| 3.Psicólogo |  |  |  |
| 4.Educador/Cuidador |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

1. **– PLANO DE APLICAÇÃO (previsão detalhada das despesas a serem realizadas na execução das atividades)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANO DE APLICAÇÃO** | | | | |
| **13.1 DESPESAS (listar todas as despesas incluindo encargos trabalhistas)** | | | | |
| **Nº** | **TIPO DE DESPESAS** | **TIPO DE VERBA** | **CUSTO MENSAL PREVISTO** | **CUSTO ANUAL PREVISTO** |
| **1** | (Usar quantas linhas forem necessárias) |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

1. **– CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (É vedado a utilização de recurso para compra de material permanente)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESPESAS** | **Mês 1** | **Mês 2** | **Mês 3** | **Mês 4** | **Mês 5** | **Mês 6** | **Mês 7** | **Mês 8** | **Mês 9** | **Mês 10** | **Mês 11** | **Mês12** | **TOTAL GERAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**15. IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURAS DO REPRESENTANTE LEGAL DO TÉCNICO RESPONSÁVEL E DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS.**

**REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:

Data:

Assinatura:

# RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Nome:

Data:

Assinatura:

# RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Nome:

Data:

Assinatura:

Pindamonhangaba, de de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.