

PLANO DE TRABALHO

Fls. 80
12-1

Bloco 1: Dados Gerais sobre a Entidade

I- Identificação da Entidade

NOME EMPRESARIAL DECIMA NONA COORDENADORIA REGIONAL TRADICIONALISTA	
NOME FANTASIA DECIMA NONA REGIAO TRADICIONALISTA	
CNPJ 04.840.775/0001-26	<input checked="" type="radio"/> (x) MATRIZ () FILIAL
DATA DE ABERTURA 20/12/2001	<input checked="" type="radio"/> DATA DE FUNDAÇÃO <input checked="" type="radio"/> 20/12/2001
ENDEREÇO AV PEDRO PINTO DE SOUZA	
NÚMERO 115	9. BAIRRO CENTRO
10. MUNICÍPIO/UF ERECHIM - RS	
11. CEP <input checked="" type="radio"/> 99700-096	12. TELEFONE (54) 3321-5788
13. ENDEREÇO ELETRÔNICO <input checked="" type="radio"/>	
14. E-MAIL 19coordenadoriaerexim@gmail.com	
15. PESSOA JURÍDICA <input checked="" type="radio"/> Associação () Fundação () Outra. Especifique:	
16. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL (CNAE) 94.30-8-00 - Atividades de associações de defesa de direitos sociais	
17. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA(S) ATIVIDADE(S) ECONÔMICA(S) SECUNDÁRIA(S) (CNAE) 94.93-6-00 - Atividades de organizações associativas ligadas à cultura e à arte 94.99-5-00 - Atividades associativas não especificadas anteriormente () Não tem.	
18. ÂMBITO DE ATUAÇÃO () Internacional () Federal (x) Estadual () Municipal	
19. ORIGEM (x) Leiga () Católica () Espírita () Evangélica () Outra. Especifique:	
20. ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO Número de Registro: _____ Validade: _____	
20.1 ATESTADO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA Número de Registro: _____ Validade: _____	
20.2 AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS Número de Registro: _____ Validade: _____	
21. DEFINIÇÕES ESTATUTÁRIAS (aquilo que consta claramente identificada no Estatuto da entidade)	
21.1 Sem fins econômicos (ou lucrativos):	

(X) sim () não Qual artigo do Estatuto consta: Artigo 1º

21.2 Prevê, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas:

(x) sim () não Qual artigo do Estatuto consta: Art. 39 e 40

21.3 A entidade obedece ao princípio da universalidade do atendimento vedado o direcionamento de suas atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional:

(x) sim () não Qual artigo do Estatuto consta: Art. 3º

21.4 Aplicação das rendas, recursos e eventual superávit:

(x) Integralmente no território nacional

(x) Na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais

() Outro. Especificar: _____

Qual artigo do Estatuto consta: Art. 41 e 43

21.5 Mantém escrituração contábil regular registrando as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com normas emanadas do conselho federal de contabilidade:

(x) sim () não Qual artigo do Estatuto consta: Art. 44 e 46

21.6 Distribuição de resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio:

() sim. Para quem: _____

(x) não

Qual artigo do Estatuto consta: Art. 45

21.7 Conserva em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem modificação da situação patrimonial:

(x) sim () não Qual artigo do Estatuto consta: _____

22. PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO

Entidade

(x) Sim. O que consta: 19ª Região Tradicionalista do MTG

() Não

Entidade beneficente (CEBAS)

() Sim. O que consta: _____

() Não

Serviço/programa/projeto/benefício/atividade

() Sim.

() Própria (instituída pela entidade) O que consta: _____

() Fornecida pela Prefeitura O que consta: _____

() Outro. Especifique: _____

() Não

23. CONTA ESPECÍFICA PARA DEPÓSITO DOS VALORES DA PARCERIA: (Obrigatoriedade de abertura de conta-corrente específica para o depósito dos recursos inerentes à parceria, em instituição financeira pública – Banco do Brasil, Banrisul ou Caixa Econômica Federal)

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

II – Identificação da Diretoria

24. NOME DO PRESIDENTE Cleusa Cecília Visioli Sotoriva	
24.1 Data de Nascimento 09/10/60	24.2 CPF 347.182.060-49
24.3 RG 1024413279	24.4 Órgão Expedidor/UF SSP/RS
24.5 Telefone 99982 1213	24.6 E-mail makrosol@st. Com.br
24.7 Mandato 15/02/2018 à 15/02/2019	
25. NOME DO VICE PRESIDENTE Armelindo Rosset	
25.1 Data de Nascimento 13/05/50	25.2 CPF 153.844.460-72
25.3 RG 3015650447	25.4 Órgão Expedidor/UF SSP/RS
25.5 Telefone 99152 5354	25.6 E-mail -----
25.7 Mandato 15/02/2018 à 15/02/2019	
26. NOME DO SECRETÁRIO (ou similar) Tatiana Andréia Santin	
26.1 Data de Nascimento 24/12/77	26.2 CPF 589.183.530-49
26.3 RG 2060898737	26.4 Órgão Expedidor/UF SSP/RS
26.5 Telefone 99985 9481	26.6 E-mail Tatisantin@hotmail.com
26.7 Mandato 15/02/2018 à 15/02/2019	
27. NOME DO TESOUREIRO (ou similar) Ivani Lúcia Stolarz	
27.1 Data de Nascimento 21/06/62	27.2 CPF 342.621.050-91
27.3 RG 1018454941	27.4 Órgão Expedidor/UF SSP/RS
27.5 Telefone 98447 1602	27.6 E-mail ivaniluciastolarz@gmail
27.7 Mandato 15/02/2018 à 15/02/2019	

III – Outra Inscrição (no caso de execução de projeto em rede)

28. A ENTIDADE POSSUI INSCRIÇÃO EM OUTRO(S) CONSELHO(S) MUNICIPAL(IS)

() sim () não

Se sim, qual(is) e o que oferta:

() Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Número do registro: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa. Número do registro: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Número do registro: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Outro. Especifique: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

() Outro. Especifique: _____

() Serviço () Programa () Projeto () Benefício

Descreva: _____

29. CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS)

() sim () não

Se sim, nº _____ Validade: _____

Ministério Expedidor: () Ministério da Saúde () Ministério da Educação () MDS

30. TÍTULO DE UTILIDADE PÚBLICA

() Federal. Número do registro: _____ Validade: _____

() Estadual. Número do registro: _____ Validade: _____

() Municipal. Número do registro: _____ Validade: _____

31. OBSERVAÇÕES (anotar considerações que a entidade entender como relevante):

IV – Dados Financeiros da Entidade

32. INDIQUE AS PRINCIPAIS FONTES DE FINANCIAMENTO DA ENTIDADE

32.1 Receita Principal da entidade:

- () Recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade
- () Recursos de doações eventuais de pessoa física
- () Recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas
- () Recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos públicos
 - () Federal () Estadual () Municipal
- () Recursos de entidade e organizações internacionais
- () Recursos de países estrangeiros, ONU, etc.
- (x) Outro. Especifique: Percentual das contribuições anuais das entidades filiadas ao MTG pertencentes à 19RT

32.2 Segunda fonte de financiamento:

- () Recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade
- () Recursos de doações eventuais de pessoa física
- () Recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas
- () Recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos públicos

36.1 Identifique nos termos do artigo 22, da lei 8.742/1993 alterada pela Lei 12.435/2011, que benefício é concedido pela entidade:

- Nascimento
 Morte
 Vulnerabilidade temporária para enfrentamento de situações de riscos, perdas e danos à integridade da pessoa e/ou de sua família
 Calamidade Pública para o atendimento das vítimas de modo a garantir sobrevivência e reconstrução da autonomia destas
 Outro. Especifique: _____

36.2 Indique à que oferta está relacionada a concessão do benefício socioassistencial:

- Serviço. Qual: _____
 Programa Projeto Outro. Especifique: _____

36.3 A oferta de benefício socioassistencial conta com a mesma infraestrutura e recursos humanos disponibilizados na oferta de serviços, programa ou projeto elencado(s) acima:

- sim não

37. NÍVEL DE PROTEÇÃO SOCIAL OFERTADO (somente preencher se a OSC for de assistência social na modalidade de atendimento)

- Proteção Social Básica
 Proteção Social Especial de Média Complexidade
 Proteção Social Especial de Alta Complexidade

38. ABRANGÊNCIA

- Uma unidade no município Mais de uma unidade no município. Quantas: _____

39. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO É OFERTADO NA SEDE

- sim não

40. CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

40.1 Público Alvo:

- Crianças Adolescentes
 Jovens Adultos
 Idosos Famílias (grupo familiar ou indivíduo)
 Povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, ciganos, dentre outros) Outro. Especifique:

40.2 Faixa etária:

- () 0 a 6 anos
- () 6 a 15 anos
- () 15 a 17 anos
- () 18 a 59 anos
- () 60 anos ou mais

40.3 Vulnerabilidades e/ou Riscos Sociais:

- () Pessoas cujas famílias são beneficiárias de Programas de Transferência de Renda
 - () Famílias com dificuldades do cumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF);
 - () Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e suas famílias;
 - () Usuários de substância psicoativa (álcool e outras drogas);
 - () Famílias desalojadas em função de moradias precárias, em risco ambiental ou por situações de calamidade pública;
 - () Pessoas idosas sem condições para a sua automanutenção;
 - () Pessoas com deficiência sem condições para a sua automanutenção;
 - () Pessoas idosas em isolamento pela ausência de condições familiares e de acesso a serviços;
 - () Pessoas com deficiência em isolamento pela ausência de condições familiares e do acesso a serviços;
 - () Famílias e/ou indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: violência física, psicológica, negligência, abandono, tráfico de pessoas, violência sexual e aplicação de medida de proteção ou socioeducativa;
 - () Famílias com crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e/ou idosos (as) afastados do convívio familiar;
 - () Adolescentes e jovens egressos de medida socioeducativa de internação;
 - () Adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e/ou Prestação de Serviço à Comunidade (PSC);
 - () Pessoas egressas de serviço de acolhimento (Abrigamento);
 - () Pessoas com vínculos familiares fragilizados;
 - () Pessoas com precário ou nulo acesso à renda e que não são beneficiárias de programa de transferência de renda;
 - () Pessoas em situação de isolamento social;
 - () Crianças e adolescentes retirados do trabalho infantil;
 - () Pessoas e famílias em situação de rua;
 - () Pessoas e famílias de migrantes, imigrantes e refugiados com necessidades de apoio em serviços socioassistenciais;
 - () Coletivos étnicos com necessidades específicas e vivência de exclusão como: indígenas, quilombolas, zonas de fronteira e incidência de migração;
 - () Egressos do sistema prisional;
 - () Gestante/nutriz em situação de vulnerabilidade e/ou risco social;
 - () Discriminação em decorrência de orientação sexual e/ou em decorrência de raça/etnia;
 - () Discriminações (culturais, etárias, de gênero, por deficiência etc.);
 - () Outro. Especifique: _____
-
-
-
-

41. Atividades Desenvolvidas:

- () Atividades de busca ativa
- () Acolhida individual
- () Acolhida em grupo
- () Estudo social
- () Visita domiciliar
- () Orientações individuais
- () Orientações grupais

- () Atividades grupais de convívio
 () Atividades socioeducativas sobre direitos humanos, sociais e socioassistenciais e diversidade cultural;
 () Atividades socioeducativas sobre ética, cultura e cidadania e fortalecimento do protagonismo social;
 () Informação e comunicação sobre os direitos e formas para o seu acesso e reclamação
 () Desenvolvimento de atividades e articulações junto a políticas públicas para ampliação da independência e autonomia de pessoas com deficiência e de suas famílias;
 () Atividades de inclusão à vida comunitária e a participação social de pessoas com deficiência;
 () Encaminhamentos para a rede socioassistencial
 () Encaminhamentos para serviços de políticas públicas
 () Realização de procedimentos de referência e contra-referência dos usuários na rede socioassistencial
 () Mobilização e articulação da rede socioassistencial
 () Mobilização e fortalecimento de redes de apoio
 () Participação em mobilizações sociais para a cidadania
 () Conhecimento e inserção no território
 () Conhecimento e mapeamento de redes socioassistencial
 () Conhecimento e mapeamento de redes intersetoriais
 () Inserção e participação na articulação de redes intersetoriais
 () Notificações de situações de violação de direitos
 () Articulação com o Sistema de Garantia de Direitos
 () Atividades de identificação de pessoas em situação de privação, desproteção e violação de direitos
 () Fornecimento de benefícios eventuais para documentação, alimentação e outros itens de caráter eventual para situações de vulnerabilidade temporária
 () Atividades relacionadas à geração de trabalho e renda, economia solidária
 () Atividades relacionadas à promoção da integração ao mundo do trabalho
 () Outras atividades realizadas.
- Especifique: _____
- _____
- _____
- _____

42. A ENTIDADE POSSUI DIAGNÓSTICO DO SEU TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA

- () Sim () Não

Se sim. Qual(is) informação(ões) é(são) discutida(s) neste documento:

- () Quantidade de famílias no território
 () Quantidade de famílias vulneráveis
 () Perfil etário da população
 () Perfil socioeconômico da população
 () Mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial – públicas
 () Mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial - privadas
 () Mapeamento de unidades de outras políticas públicas
 () Associações comunitárias (associações de bairros, cooperativa de artesãos, entidades beneficentes, entre outras)
 () Lideranças comunitárias
 () Outro. Especifique: _____

43. A ENTIDADE DISPÕE DE MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO/RECLAMAÇÃO DOS USUÁRIOS E DA POPULAÇÃO EM GERAL NO ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

- () Sim () Não

Se sim, informe qual(is):

- Comunicação escrita (jornais, informativos, comunicados entre outros).
 Mídia eletrônica.
 Atividades presenciais com os usuários dos serviços (como encontros, reuniões, entre outros).
 Prestação de contas (financeira e política) por meio de Audiências Públicas ou qualquer outra forma.
 Outro. Especifique: _____

44. HÁ COMPATIBILIDADE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS AO APARATO LEGAL DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

- Sim Não
 Algum serviço em processo de reordenamento em acordo com o gestor municipal
Especifique: _____

45. HÁ COMPATIBILIDADE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS COM REGULAMENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- Sim Não

Se sim, qual(is):

- criança e do adolescente
 pessoas com deficiência
 idosos
 mulheres
 população indígena
 migrantes
 Outro. Especifique: _____

46. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO PRESTADO PELA ENTIDADE ESTÁ LOCALIZADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA:

46.1 DO CRAS

- Sim, qual CRAS: _____
 Não

46.2 DO CREAS

- Sim Não

47. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO É OFERTADO DE QUE FORMA AO USUÁRIO

- Totalmente gratuita
 Parcialmente gratuita. Quanto: _____
 Totalmente paga
 Universalidade de atendimento
 Continuada
 Permanente
 Planejada
 Com cunho religioso
 Sem cunho religioso
 Atendimento apenas a associados
 Atendimento apenas a população empobrecida

48. ESPAÇO GEOGRÁFICO DE ATUAÇÃO

- regional municipal territorial

49. POPULAÇÃO ATENDIDA

- urbana rural

50. FORMA DE ACESSO DOS USUÁRIOS AO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO

- Procura espontânea
- Busca ativa
- Encaminhamento da Secretaria de Assistência Social
- Encaminhamento do CRAS
- Encaminhamento do CREAS
- Encaminhamento de outras entidades de assistência social
- Encaminhamento pelas demais políticas públicas
- Encaminhamento dos Conselhos de Defesa de Direitos
- Por determinação judicial
- A partir da ocorrência das situações de emergências e de calamidade pública
- Mediante a mobilização de equipe de plantão
- Outro. Especifique: _____

51. CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS USUÁRIOS

- ordem de chegada faixa etária
- local de moradia do usuário situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social
- renda familiar
- Outro. Especifique: _____

52. HÁ FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO

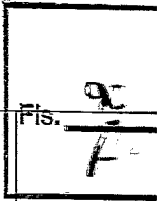
- Sim Não

Se sim, qual(is):

- Presença de mecanismos de divulgação do serviço e de suas ofertas
- Divulgação regular de eventos e instâncias de controle social e defesa de direitos
- Acesso dos usuários a informações sobre o seu prontuário e a outros registros
- Mobilização dos usuários para a formação de Comitês Gestores
- Instalação de Caixas de Reclamações e sugestões
- Outro Motivo. Especifique: _____

53. INDIQUE AS AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA ENTIDADE COM OS SEGUINTE SERVIÇOS, PROGRAMAS OU INSTITUIÇÕES EXISTENTES NO TERRITÓRIO (Somente preencher se a OSC for de assistência social)

Serviços, programas, órgãos ou instituições com os quais a entidade mantém articulação no território	Tipo de Articulação					
	Possui dados de localização	Recebe usuários encaminhados	Encaminha Usuários	Acompanha os encaminhamentos	Realiza Reuniões periódicas	Troca informações
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS						
Outras Unid. Públicas da						



 Fis.

Rede de Proteção Social Básica						
Unid. Conveniadas da Rede de Proteção Social Básica						
Centro de Referência Especializado de Assist. Social – CREAS						
Outras Unid. da Rede de Proteção Social Especial						
Serviços de Saúde						
Serviços de Educação						
Programas ou Projetos						
Sistema de Justiça						
Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos						
Demais Órgãos/ Serviços						

54. QUANTAS VEZES POR SEMANA A ATIVIDADE É OFERTADA AO USUÁRIO

- Sem frequência definida
- Apenas 1 vez por semana (dias úteis)
- Até 2 vezes por semana (dias úteis)
- Até 3 vezes por semana (dias úteis)
- 5 vezes por semana (dias úteis)
- Todos os dias da semana, inclusive finais de semana – ininterruptos
- Outro. Especifique: _____

54.1 No caso de benefícios socioassistenciais, qual a quantidade de atendimento a usuários que recebem o benefício (média/último mês) _____ pessoas

54.2 No caso de benefícios socioassistenciais, qual a quantidade de beneficiários que são acompanhados pelos serviços socioassistenciais (média/último mês) _____ pessoas

55. QUANTO TEMPO O USUÁRIO PERMANECE NA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

- Sem frequência definida
 Até 2 horas por semana
 De 2 até 4 horas por semana
 De 4 até 8 horas por semana
 De 8 até 12 horas por semana
 Mais de 12 horas por semana
 24 horas – ininterrupto

56. QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS (MÉDIA/ÚLTIMO MÊS)

- Grupos ou Famílias
Número de vagas: _____
Previsão de pessoas por grupo: _____
Previsão de quantidade de grupos: _____
- Indivíduos
Número de vagas: _____
Previsão de pessoas atendidas: _____

Qual(is) usuário(s) e quantos:

- Criança _____ Adolescente _____
 Jovem _____ Adulto _____
 Idoso _____ Família _____
 Pessoa com Deficiência _____ População de rua _____
 Migrante _____ Indígena _____
 Quilombola _____ Outros. Especifique: _____

57. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DOS USUÁRIOS NAS AÇÕES OFERTADAS PELA ENTIDADE OU NA PRÓPRIA ENTIDADE

- Até 06 meses
 De 06 meses até 01 ano
 De 01 a 02 anos
 De 02 a 04 anos
 Acima de 04 anos
 Sem informação

No caso de benefício socioassistencial, além das opções acima, é comum:

- a concessão de uma única vez.

58. HÁ INFORMAÇÕES DE FATORES QUE MOTIVARAM O PROCESSO DE SAÍDA DO USUÁRIO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO OFERTADO PELA ENTIDADE

() Sim () Não

Se sim, qual(is):

- () Vontade própria do usuário
- () Ingresso no mundo do trabalho
- () Retorno para família ou localidade de origem
- () Determinação judicial
- () Encaminhamento para outro serviço/programa/projeto de entidade privada, unidade estatal ou outra política pública
- () Não houve desligamento de nenhum usuário
- () Superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco que deram origem à inserção no serviço
- () Outro Motivo. Especifique: _____

59. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO É DESENVOLVIDO EM IMÓVEL

- () Próprio
- () Alugado
- () Cedido por Ente Público. Especifique: _____
- () Cedido por Ente Privado.
- () Outro. Especifique: _____

60. O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO PREVÊ CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE

() Sim () Não

Se sim, qual(is):

- () Acesso principal adaptado com rampas
- () Rota acessível aos principais espaços da unidade
- () Recursos de comunicação para pessoas com deficiência auditiva
- () Pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoas com deficiências visuais
- () Banheiro adaptado para pessoas com dificuldade de locomoção
- () Recursos – Equipamentos/Sistemas computacionais
- () Atividades prestadas por profissionais à pessoa com deficiência como instrumento de tecnologia assistiva
- () Outro. Especifique: _____

61. RECURSOS**61.1 Recursos Materiais**

Item	Quantidade
Acervo Bibliográfico	
Armários individualizados para a guarda de pertences	
Brinquedos, materiais pedagógicos e culturais	
Computadores	
DataShow	
DVD/ vídeo cassete	
Equipamento de som	
Fax	
Filmadora	
Fogão	
Geladeira	
Freezer	
Impressora	
Máquina copiadora	
Maquina de lavar roupa	
Máquina Fotográfica	
Materiais esportivos	
Micro-ondas	
Mobiliário	
Secadora de roupas	
Telefone	
Televisão	
Veículo de uso exclusivo de meros da diretoria	
Veículos para transporte de usuários e equipe	
Outros. Especifique:	

61.2 Estrutura Física

Item	Quantidade
Almoxarifado ou similar	
Banheiros	
Biblioteca	
Brinquedoteca	
Copa/cozinha	
Enfermaria	
Espaço para animais de estimação	
Espaço para guarda de pertences	
Instalações elétricas e hidráulicas	
Jardim	
Parque	
Lavanderia	
Quadras esportivas	

Quartos coletivos	
Quartos individuais	
Recepção	
Refeitório	
Salas de atendimento em grupo/atividades comunitárias	
Salas de atendimento individual	
Salas de repouso	
Sala exclusiva administração	
Sala exclusiva coordenação	
Sala exclusiva equipe técnica	
Outros. Especifique:	

61.3 Recursos Humanos

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:

E-mail:	
Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

Nome:	
CPF:	Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor/UF:
Escolaridade:	Área de Formação:
Cargo:	Tipo de Vínculo:
Carga Horária:	Telefone:
E-mail:	

62. QUAL O VALOR MENSAL GASTO PARA OPERACIONALIZAR O SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO PRESTADO À POPULAÇÃO: _____

- 62.1 Qual(is) item(ns) de despesa(s) é(são) custeado(s) na prestação do serviço, programa, projeto, benefício:**
- Alimentação
 - Transporte de usuários
 - Vestuário
 - Água, luz, telefone
 - Reformas e/ou pequenos reparos e conservação
 - Aquisição de móveis e/ou equipamentos
 - Pagamento de pessoal
 - Tributos. Especificar:
 - Aluguel
 - Outro. Especifique:
 - Medicamentos
 - Transporte da equipe
 - Materiais pedagógicos, culturais e esportivos

Bloco 3: Dados Gerais sobre a proposta de trabalho proposta pela Entidade para o Município

3.1 PROPOSTA DE TRABALHO

Nome do Projeto/Atividade:
Acampamento Farroupilha 2018

Prazo de Execução: A partir da publicação do extrato do termo de fomento até 30/11/2018.

Público alvo: Comunidade em geral da cidade de Erechim e Região

Objeto da parceria: Acampamento Farroupilha 2018

Descrição da realidade: Evento que busca o resgate, preservação e difusão da história, cultura e tradições do povo

gaúcho em 14 dias de atividades no Parque da ACCIE, com acesso gratuito.

Impacto social esperado: Integração da comunidade, fomento da cultura gaúcha, formação de plateia

Objetivo Geral: Realizar o Acampamento Farroupilha 2018 de 07 a 20 de setembro no Parque da ACCIE, buscando a preservação dos costumes e da tradição gaúcha em uma programação diversificada e gratuita para a comunidade de Erechim e Região

Objetivos Específicos:

- Fomentar a Cultura Gaúcha
- Promover shows culturais tradicionalistas
- Realizar oficinas culturais para alunos das Escolas de Erechim e Região
- Possibilitar o conagraçamento das entidades Tradicionalistas com o público em geral que visitar o acampamento, oferecendo espaço e infra-estruturas adequados para a recepção de público visitante;
- Promover atividades culturais que aumentem o conhecimento de nossas tradições;

3.2 METODOLOGIA:

3.2.1 – Forma de execução das atividades ou dos projetos:

No mês de agosto de 2018 serão realizadas reuniões semanais com a comissão organizadora para ajustar detalhes e operacionalização das atividades previstas. O evento acontecerá de 07 a 20 de setembro de 2018 no Parque da ACCIE com acesso gratuito. A 19ª RT estará atuando na coordenação de todas as atividades em parceria com as entidades nomeadas por Lei. O plano de trabalho aqui apresentado visa subsidiar a contratação de shows culturais tradicionalistas bem como a estrutura e serviços necessários para a sua realização como limpeza, gerador de energia, palco, camarim para artistas além de estruturas para a realização de outras atividades culturais que são previstas na programação como o Festiart Bota Amarela que irá trazer grupos de dança de toda a região para se apresentar. Outra despesa que será incluída no Plano de Trabalho é a estrutura para o Galpão do Acolhimento que será um espaço para receber a população para momentos de confraternização e convívio no evento.

3.3. METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

3.3.1 Descrição das metas de atividades ou projetos a serem executados:

- Realizar shows culturais tradicionalistas com acesso gratuito;
- Disponibilizar um galpão do acolhimento para o público que visitar o acampamento ter um espaço de convívio;
- Promover oficinas culturais para alunos de Escolas Municipais, Estaduais e Particulares bem como entidades assistenciais
- Promover uma programação especial para a terceira idade
- Promover atividades culturais para os acampados com gincana e jogos tradicionalistas
- Promover um festival de danças para invernadas de entidades tradicionalistas

3.3.2 Resultados Esperados:

Reunir a comunidade num espaço onde as entidades tradicionalistas poderão confraternizar e se integrar para divulgar as atividades que desenvolvem, fortalecendo os laços de amizade e companheirismo, aproximando gerações numa convivência harmoniosa, divulgando a cultura gaúcha através de oficinas culturais para alunos e consolidando o Acampamento Farroupilha como um evento cultural de destaque no calendário do município de Erechim.

3.3.3 Parâmetros para aferição o cumprimento das metas:

Clipagem de matérias publicadas na imprensa

3.4 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (METAS, ETAPA OU FASE)

Metas	Etapa/ Fase	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
1		Reuniões para organização da programação do evento			Agosto/ 2018	Setembro/ 2018
		Elaboração de materiais de divulgação				

3.8.1 ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS

Meta	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

3.8.2 DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO	DETALHAMENTO	VALOR
Material de consumo		
Total do item Material de Consumo		
Serviços de terceiros – Pessoa Física		
Total do item Serviços de Terceiros Pessoa Física		
Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	Shows Culturais Tradicionalistas	R\$ 52.000,00
	Contração de Estrutura	R\$ 27.600,00
	Contratação de serviço de limpeza	R\$ 18.500,00
Material de Divulgação – Impressos, faixas, folders	Impressão de material de divulgação e comunicação	1.900,00
Total do item Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica		100.000,00
Custos Indiretos/Equipe Encarregada pela Execução		*
Total do item Custos Indiretos		
Equipamentos e Materiais Permanentes		
Total do item Equipamentos e Materiais Permanentes		
Total Geral		R\$ 100.000,00

3.9 PRESTAÇÃO DE CONTAS

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 90 dias após o término da vigência da parcela.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 30 dias após o final de cada exercício, se a duração da parcela exceder um ano.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS FINAL deverá ser encaminhada até ____ dias após o término da vigência da parceria; (estabelecer este prazo de acordo com a complexidade do objeto da parceria)

Cleusa V. Sotoriva
 Cleusa Cecilia Visioli Sotoriva – Presidente
 19ª Região Tradicionalista do MTG

A. F. 270
 Theodoro Assessoria Contábil
 CNPJ 19.862.677/0001-67 - Aldecir José Theodoro
 CRCRS nº 006794/O-9 - CPF nº 144.657.100-97
 Telefone: 54 3522 1562