|  |  |
| --- | --- |
|  | **Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**Trav. Francisco Leonardo Truda, 40 – 22º andar – Centro - Porto Alegre/RSCEP: 90010-904Fone: 3289.8432 E-mail:gerenciacmdcacomui@portoalegre.rs.gov.br |

**ANEXO – V**

**Formulário para Inscrição de Serviços, Programas e Projetos**

**Organização da Sociedade Civil**

|  |
| --- |
| Razão Social (conforme Estatuto): |
| Nº. Registro no CMDCA:  |
| Endereço da OSC: Rua / Av.: Nº |
| Bairro | CEP: |
| Telefone | E-mail: |
| **Coordenador do Serviço, Programa ou Projeto:** |
| **Identificação dos Serviços, Programas, Projetos inseridos nos Regimes segundo o Art. 90 do ECA:**I – Orientação e Apoio Sociofamiliar;II – Apoio Socioeducativo em Meio Aberto;* **Regime de Orientação e Apoio SOcioFamiliar**

( ) Programa deAtendimento, Orientação e Fortalecimento de Vínculos Familiares e Comunitários;( ) Programa de Atendimento e Acompanhamento às Famílias para superação de situações de ameaça ou violação de direitos;( ) Serviço de Atendimento Familiar – SAF;( ) Projeto (Identificar):* **REGIME DE APOIO SOCIOEDUCATIVO EM MEIO ABERTO**

( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV até 6 anos;( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos- SCFV 06 a 15 anos; ( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vinculo – SCFV – Trabalho Educativo de 15 a 17 anos;( ) Serviço Especializado Ação Rua;( ) Serviço de Apoio a Rede de Atendimento – SARA; ( ) Programa Educação Infantil;( ) Programa Adolescente Aprendiz;( ) Programa Cidade Escola;( ) Programa Pro Jovem Adolescente;( ) Programa de Oportunidade e Direitos POD;( ) Atendimento Especializado para Pessoas com Deficiência – PCD; Habilitação e Reabilitação;( ) Projeto (identificar): |

|  |
| --- |
| **OSC - Mantenedora deverá fazer a Inscrição de Serviço, Programa e Projeto de cada uma de suas mantidas / executoras** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura Responsável**