**ANEXO III – Plano de Atividades do Serviço/Programa/Projeto, conforme Resolução 100/2024 do CMDCA.**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO, PROGRAMA OU PROJETO:**

Nome do Serviço/Programa/Projeto: Objetivo geral:

Objetivos específicos:

**ATENDIMENTO DIRETO - OSC E OG**

Descrição do Serviço/Programa/Projeto: Público atendido:

Faixa etária:

Número total de atendimentos: Quantos parceirizados?

Quantos não parceirizados?

Quantas Pessoas com Deficiência (PCDs)?

**ATENDIMENTO INDIRETO - OSC E OG**

Descrever ações e metodologia do Serviço/Programa/Projeto: Público beneficiado:

OSCs parceiras:

Abrangência territorial:

**PERÍODO DE ATENDIMENTO**

Dias e horários de atendimento:

Descrição das atividades no turno da manhã: Descrição das atividades no turno da tarde:

**CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO**

*Descrever como se dá o acesso dos usuários ao Serviço/Programa/Projeto.*

**AMBIENTE FÍSICO E ESTRUTURA**

Número de salas de atividades:

Número de banheiros:

Possui acessibilidade para PCDs? ( ) Sim ( ) Não Possui refeitório? ( ) Sim ( ) Não

Possui espaço externo (pátio) para esporte e lazer? ( ) Sim ( ) Não

**RECURSOS HUMANOS**

*Fornecer dados conforme tabela abaixo*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profissional (Cargo)** | **Quantidade** | **Carga Horária** | **Vínculo trabalhista**  (CLT, MEI, Voluntário...) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ARTICULAÇÃO EM REDE**

*Descrever como se dá a articulação do Serviço/Programa/Projeto com a rede de serviços socioassistenciais*

**METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO/PROGRAMA/PROJETO**

*Descrever o método utilizado para avaliação e monitoramento da execução do Serviço/Programa/Projeto*

Porto Alegre, / / .

Assinatura do Responsável Legal