ANEXO IV

Plano de Ação Anual

Solicita-se que o preenchimento deste documento seja realizado de forma objetiva, com informações claras, precisas e estritamente relacionadas ao item solicitado.

1- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

1.1- Nome Organização da Sociedade Civil:
1.2- Dados de contato:

- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Cidade/UF:
- Telefone:
- E-Mail:
- Site:

1.3 - Informações complementares

- N.º do CNPJ:
- Data De Abertura do CNPJ:
- Atividade Principal:
- Atividades Secundárias:
- Número de inscrição no CMAS: _____/_____
  - ( ) Atendimento
  - ( ) Assessoramento
  - ( ) Defesa e Garantia De Direitos
- Certificação Cebas:
  - ( ) Sim Nº.:
  - ( ) Não

2 – IDENTIFICAÇÃO DO(A) PRESIDENTE/RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE / ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

2.1 - Vigência do mandato da diretoria atual:

- De dd/mm/aaaa Até dd/mm/aaaa

2.2 - Dados do Presidente

- Nome Do Presidente:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:

- Data De Nascimento:
- Estado Civil:
- Cargo/Função:
- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Telefone Para Contato:
- E-mail:

3 – Informações Da Entidade/Organização Social

3.1- Finalidade Estatutária:

- (Copiar as finalidades do Estatuto da Entidade)

3.2 - Objetivo

- (refere-se àquele descrito no estatuto da entidade e não do serviço - copiar do estatuto).

3.3 – Origem dos recursos -
(informar os valores dos recursos públicos previstos para a manutenção dos serviços e ações da entidade, provenientes das esferas federal, estadual e municipal. Quanto aos recursos próprios ou provenientes de outras fontes, deverá ser indicada apenas a sua existência, nos termos da orientação abaixo.)

Origem do Recurso	Fonte	Valor (R$)
FEDERAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
ESTADUAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
MUNICIPAL	Assistência Social	

	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
PRÓPRIOS / OUTRAS FONTES	( ) Sim ( ) Não	

Observação: A informação relativa aos recursos próprios ou de outras fontes limita-se à indicação de sua existência, não sendo exigida a discriminação de valores ou fontes específicas neste item.

3.4 - Em quais dias da semana e horários a organização da sociedade civil funciona:
( ) Segunda-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Terça-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Quarta-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Quinta-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Sexta-Feira Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Sábado Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
( ) Domingo Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;

3.5 - A Organização Da Sociedade Civil fica aberta quantas horas por semana:
( ) Até 20 Horas
( ) De 21 a 39 Horas
( ) 40 Horas
( ) Mais de 40 Horas
( ) Ininterrupto (24 h/dia, 7 dias/semana)

4 – PLANO DE AÇÃO ANUAL

4.1 – Identificação de cada serviço, programa ou projeto socioassistencial, informando respectivamente:
(repita os itens abaixo quantas vezes necessitar. Comece pela PSB, passe pela PSE Média, PSE Alta, Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos, Programas, Projetos e por último Benefícios.)

a) Nome do serviço/programa/projeto –
(descrever apenas o nome como exemplo: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos / Programa Jovem Aprendiz. Identificar também à qual Proteção Social pertence - Básica, Média ou Alta Complexidade nos casos de Serviços de Atendimento Tipificados)

b) Identificação de Programas, projetos e benefícios atrelados à Serviços -

(identifique aqui caso o Serviço identificado acima tenha outros programas, projetos ou benefícios atrelados, como exemplo: O SCFV de 0 à 6 anos tem o Projeto Sementinhas do Amor atrelado à ele. Caso o Programa/Projeto não seja atrelado a Serviço, deve ser apresentado em um item em separado)

c) Público alvo –
(citar o público atendido, se criança, adulto, mulher, etc, com suas características como exemplo: crianças e adolescentes, na faixa etária de 6 a 17 anos, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade residentes na região…)

d) Capacidade de atendimento –
(é o quanto a entidade tem condições de atender, devendo ser descrito o número de pessoas. Exemplo 50 crianças/adolescentes.)

e) Formas de Acesso -
(citar as formas de acesso ao Serviço/Programa/Projeto identificando a maneira como os usuários são incluídos nas ações descritas: ex: por demanda espontânea, por busca ativa, por encaminhamentos realizados pelos CRAS, etc.)

f) Infraestrutura -
(descrever sucintamente a estrutura física e materiais disponibilizados de cada serviço e as condições de acessibilidade. Caso compartilhado com outras atividades, sinalizar)

- Local de Execução: (Sede, ou outro, neste caso, informar endereço e dados de contato)
- Estrutura física: (salas de atendimento, recepção, salas de reuniões, banheiros entre outros)
- Materiais: (equipamentos, veículos, etc)
- Condições de acessibilidade: (rotas acessíveis à recepção, banheiros e salas de atendimento, tecnologias assistivas, etc)

g) Objetivos do serviço/programa/projeto –
(descrever os objetivos, pois eles são os responsáveis pelo direcionamento do plano de ação e pelos resultados esperados. Se subdivide em objetivo geral e específicos)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar: Resultados/impactos esperados.

h) Metodologia –
(Como será desenvolvido o trabalho. Quais procedimentos, métodos, técnicas serão utilizadas, descrevendo de maneira clara as etapas a serem percorridas para atingir os objetivos. Mencionar todas as ações e atividades relativas ao serviço, programa ou projeto,

incluindo o cronograma de atividades semanal/mensal e o planejamento de ações técnicas com as famílias/indivíduos atendidos)

- Dias de funcionamento:
  - ( ) Segunda/Sexta;
  - ( ) Segunda/Sábado;
  - ( ) Todos Os Dias Da Semana;
  - ( ) Dias Alternados / Quais? _____
- Horário:
  - ( ) Parcial (1 Turno) Horário: _____ A _____;
  - ( ) Integral (2 Ou 3 Turnos) Horários: _____ A _____, _____ A _____, _____ A _____;
  - ( ) Horário Ininterrupto (24 Horas).

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar:
tipo de assessoramento e como será realizado o acompanhamento do mesmo;
apresentar o cronograma das ações e o esclarecimento se essa oferta é efetuada de maneira direta ou por intermédio de algum tipo de parceria.

i) Recursos Financeiros a serem utilizados –
(informar os valores que a entidade tem para a manutenção deste serviço/programa/projeto). Ex: Quadro a seguir:

RECURSOS FINANCEIROS (previstos para a execução do serviço/programa ou projeto socioassistencial):		
RECEITAS		
Origem do Recurso	**Fonte**	**Valor (R$)**
FEDERAL		
ESTADUAL		
MUNICIPAL		
PRÓPRIOS / OUTROS	( ) Sim ( ) Não	

Orientações para preenchimento:
I – Informar os valores dos recursos públicos previstos para a execução da respectiva oferta, considerando o período de referência do Plano de Ação.

II – A informação relativa aos recursos próprios ou de outras fontes limita-se à indicação de sua existência, não sendo exigida a discriminação de valores ou fontes específicas.
III – O preenchimento deste item não substitui as informações financeiras exigidas em instrumentos de parceria, prestação de contas ou outros documentos previstos em legislação específica.

j) recursos humanos envolvidos –

Dados complementares:
Coordenador:

- Nome:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:
- Formação Profissional:
- Número do registro profissional:
- Telefone Para Contato:
- Celular:
- E-mail:

Responsável Técnico:

- Nome:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:
- Formação Profissional:
- Número do registro profissional:
- Telefone para contato:
- Celular:
- E-mail:

k) Abrangência territorial –
(Relatar se atende apenas os residentes de Indaiatuba ou de outros municípios, e se recebe usuários de regiões específicas da cidade ou de todo o território. Relacionar também a relação com os territórios de CRAS para os Serviços da PSB. Descrever sucintamente).

l) Demonstração da forma de como a entidade ou organização de Assistência Social fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas –
(Informar quais estratégias serão utilizadas para a participação dos usuários, e de que forma estes serão envolvidos e estimulados à participação. Exemplo: assembleia, caixa de sugestões, prestação de contas da instituição aos usuários, dentre outras.)

m) Monitoramento e Avaliação –

(Descrever como se dará o monitoramento e a avaliação do serviço, informando quais estratégias serão utilizadas para o monitoramento do impacto social e quais critérios serão utilizados para avaliação do impacto social.)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar também quais critérios serão utilizados para a prestação de contas do serviço prestado à sociedade.

Responsável Técnico pela oferta
Nome completo: _____
Assinatura: _____
Data: ____/_____/_____

5- Recursos humanos envolvidos –
(Utilizar a tabela abaixo. Atentar-se para discriminar a divisão de carga horária entre os diferentes Serviços/Programas/Projetos caso o funcionário esteja vinculado a mais de um. Utilizar as referências para o preenchimento do item 5.)

Nome	Escolaridade	Profissão	Função	Cargo	Tipo de Vínculo	Carga Horária Semanal	Vinculado a qual Serviço/Programa/Projeto?

Referências para o preenchimento do item 5:

Escolaridade	Profissão	Função	Cargo	Tipo de Vínculo
• Sem Escolaridade • Ensino Fundamental Incompleto • Ensino Fundamental Completo • Ensino Médio Incompleto • Ensino Médio Completo	• Assistente Social • Psicóloga(o) • Pedagoga(o) • Advogada(o) • Administrador(a) • Antropóloga(o) • Socióloga(o) • Fisioterapeuta • Cientista Política(o) • Nutricionista • Médica(o)	• Coordenador(a) • Técnico(a) de Nível Superior • Cuidador(a) • Cuidador(a) Social • Cuidador(a) Residente • Auxiliar de Cuidador(a) • Educador(a) Social • Apoio Administrativo	*Informar o cargo conforme registro contratual, funcional ou interno da OSC, quando houver.*	• Empregado(a) Celetista do Setor Privado – CLT • Terceirizado(a) • Outro vínculo não permanente • Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade

• Ensino Superior Incompleto • Ensino Superior Completo • Especialização • Mestrado • Doutorado	• Musicoterapeuta • Terapeuta Ocupacional • Economista • Economista Doméstica(o) • Enfermeira(o) • Analista de Sistema • Programador(a) • Outra(o) profissional de nível superior • Profissional de nível médio • Sem formação profissional	• Estagiário(a) • Cozinheiro(a) • Motorista • Serviços Gerais • Família Acolhedora — somente quando se tratar de Responsável Familiar de Família Acolhedora apta • Outros		prestadora de serviço • Voluntário(a) • Sem vínculo

Presidente / Representante Legal da Organização da Sociedade Civil
Nome completo: _____
Assinatura: _____
Data: ____/_____/_____

ANEXO V

Relatório de Atividades

( ) Meses de Janeiro, Fevereiro, Março e Abril de 20 _____

( ) Meses de Maio, Junho, Julho e Agosto de 20 _____

( ) Meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 20 _____

( ) Anual - Ano de 20_____

Solicita-se que o preenchimento deste documento seja realizado de forma objetiva, com informações claras, precisas e estritamente relacionadas ao item solicitado.

1- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

1.1- Nome Organização Da Sociedade Civil:
1.2- Dados de contato:

- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Cidade/UF:
- Telefone:
- E-mail:
- Site:

1.3 - Informações complementares

- N.º do CNPJ:
- Data de abertura do CNPJ:
- Atividade Principal:
- Atividades Secundárias:
- Número de inscrição no CMAS: _____/_____
  - ( ) Atendimento
  - ( ) Assessoramento
  - ( ) Defesa e Garantia de Direitos
- Certificação Cebas:
  - ( ) Sim Nº.:
  - ( ) Não

2 – IDENTIFICAÇÃO DO(A) PRESIDENTE/RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE / ORGANIZAÇÃO EXECUTORA

2.1 - Vigência do mandato da diretoria atual:

- De dd/mm/aaaa Até dd/mm/aaaa

2.2 - Dados do Presidente

- Nome Do Presidente:
- RG/Órgão Expedidor:
- CPF:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Cargo/Função:
- Endereço:
- Bairro:
- CEP:
- Telefone para contato:
- E-mail:

3 – INFORMAÇÕES DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO SOCIAL

3.1- Finalidade Estatutária:

- (Refere-se apenas às alterações ocorridas no exercício, no artigo que trata da finalidade estatutária. Ex. A entidade passou a atuar em outra área além da assistência social. Neste caso, descrever a alteração e por quê? Se não, transcrevê-la tal qual está no estatuto).

3.2 - Objetivo

- (refere-se àquele descrito no estatuto da entidade e não do serviço - copiar do estatuto).

3.3 – Origem dos recursos -
(informar os valores totais dos recursos utilizados **no período** para manutenção de todos os serviços e ações da entidade).

Origem do Recurso	Fonte	Valor (R$)
FEDERAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
ESTADUAL	Assistência Social	
	Educação	

	Saúde	
	Outros (Citar)	
MUNICIPAL	Assistência Social	
	Educação	
	Saúde	
	Outros (Citar)	
PRÓPRIOS / OUTRAS FONTES	( ) Sim ( ) Não	

3.4 - Houve alteração no horário de funcionamento da Organização?
( ) Não ( ) Sim
Caso sim, descreva as mudanças seguindo o mesmo modelo dos itens 3.4 e 3.5 do Plano de Ação.

4 – RELATÓRIO DE ATIVIDADES

4.1 – Identificação de cada serviço, programa ou projeto socioassistencial, informando respectivamente:
(repita os itens abaixo quantas vezes necessitar. Comece pela PSB, passe pela PSE média, PSE Alta, Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos, Programas, Projetos e por último Benefícios)

a) Nome do serviço/programa/projeto –
(descrever apenas o nome como exemplo: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos / Programa Jovem Aprendiz. Identificar também à qual Proteção Social pertence - Básica, Média ou Alta Complexidade nos casos de Serviços de Atendimento Tipificados)

b) Identificação de Programas, projetos e benefícios atrelados à Serviços -
(identifique aqui caso o Serviço identificado acima tenha outros programas, projetos ou benefícios atrelados, como exemplo: O SCFV de 0 à 6 anos tem o Projeto Sementinhas do Amor atrelado à ele. Caso o Programa/Projeto não seja atrelado a Serviço, deve ser apresentado em um item em separado)

c) Público alvo –
(informar o público efetivamente atendido pelo serviço: faixa etária e sexo (quantas pessoas idade e sexo, sugere-se a apresentação por meio de tabela ou gráfico).

d) Capacidade de atendimento –
(é o quanto a entidade tem condições de atender. Informar se o número de pessoas atendidas foi menor ou maior que o planejado. Informar a capacidade máxima de atendimento e os dados de movimentação e atendimento dos usuários, observadas as orientações abaixo.)

Capacidade máxima de atendimento: _____

Indicador	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	Total do quadrimestre
Usuários ativos no início do período					
Quantidade de entradas no serviço					
Quantidade de saídas do serviço					
Usuários ativos ao final do período					
Quantidade de pessoas distintas atendidas					
Quantidade de pessoas com mais de uma entrada no serviço					

Orientações para preenchimento:

I – **Usuários ativos no início do período:** informar a quantidade de usuários vinculados ao serviço no primeiro dia do mês ou do período de referência.

II – **Quantidade de entradas no serviço:** contabilizar cada entrada ocorrida no período, inclusive quando o mesmo usuário retornar após desligamento anterior.

III – **Quantidade de saídas do serviço:** contabilizar cada desligamento ocorrido no período, inclusive quando o mesmo usuário apresentar mais de uma saída.

IV – **Usuários ativos ao final do período:** informar a quantidade de usuários que permanecem vinculados ao serviço no último dia do mês ou do período de referência.

V – **Quantidade de pessoas distintas atendidas:** contabilizar cada pessoa uma única vez no período de referência, independentemente do número de entradas, saídas ou retornos.

VI – **Quantidade de pessoas com mais de uma entrada no serviço:** contabilizar as pessoas que tiveram duas ou mais entradas no período de referência, considerando cada pessoa uma única vez nesse indicador.

VII – Os totais de entradas e saídas corresponderão à soma das ocorrências registradas. Os totais de pessoas distintas atendidas e de pessoas com mais de uma entrada deverão ser apurados sem duplicidade, não sendo realizada a simples soma dos quantitativos mensais quando houver repetição da mesma pessoa.

VIII – O quantitativo de usuários ativos ao final do período deverá ser compatível com os registros de usuários ativos no início, entradas e saídas, observadas as particularidades da oferta.

IX – Para o Relatório de Atividades Anual, os indicadores deverão ser apresentados em consolidação anual, apresentando na tabela apenas os indicadores e o total anual, observadas as mesmas regras de contabilização.

e) Relação de usuários atendidos

RELAÇÃO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO/PROGRAMA/PROJETO/BENEFÍCIO					
	NOME	BAIRRO	DATA DE ENTRADA	DATA DE SAÍDA	MOTIVO SAÍDA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
...					

f) Lista de Espera -

(citar se há lista de espera do último mês para acesso ao serviço/programa/projeto, informando a quantidade e o perfil. Ex: 05 crianças - SCFV 7-12 anos, manhã.)

g) Infraestrutura -

(descrever sucintamente a estrutura física e materiais que foram utilizados na execução do serviço, se foram suficientes, ou se não foram, quais as necessidades. É importante mencionar se as instalações possuem acessibilidade. Com qual infraestrutura a Entidade

contou para realizar os atendimentos? Informe a quantidade de salas utilizadas para as atividades, salas administrativas, entre outros).

h) Objetivos do serviço/programa/projeto –
Houve alteração no período? Se não, esclarecer que permanecem os mesmos citados no plano e transcrevê-los. Se sim, qual por quê? Estão em consonância com o objetivo do serviço? Os objetivos do serviço foram alcançados? Sim, não ou parcialmente? Por quê?)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, além dos itens acima, informar também sobre os Resultados/impactos esperados.

i) Metodologia –
Apresentar de forma descritiva o atendimento realizado – (Como foram organizadas as atividades. De que forma foram desenvolvidas (rotina, horário de atendimento (semanal, mensal), com quais abordagens grupal, individual, que instrumentais foram utilizados (entrevista, escuta, visitas, dinâmicas). Descrever as articulações com a rede socioassistencial e intersetorial e fluxo estabelecido para o atendimento dos usuários, os encaminhamentos realizados entre outros).

- Houve alteração do cronograma de atividades descrito no Plano de Ação?
    - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informe abaixo o novo Cronograma de atividades
- Houve alteração dos dias e horários de funcionamento do serviço/programa/projeto?
    - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informe abaixo seguindo o modelo do Plano de Ação
- Atividades desenvolvidas no quadrimestre (para relatórios quadrimestrais) ou Síntese das principais atividades realizadas no ano (para relatório anual)
- Encaminhamentos realizados

Encaminhamento Realizado Para:	Nº de encaminhamentos bem-sucedidos	Nº de encaminhamentos malsucedidos
Observações:		

j) Recursos Financeiros utilizados –

(informar os valores que a entidade utilizou para a manutenção do serviço/programa/projeto). Ex. Quadro a seguir:

RECURSOS FINANCEIROS (utilizados na execução do serviço/programa ou projeto socioassistencial):		
RECEITAS		
Origem do Recurso	**Fonte**	**Valor (R$)**
FEDERAL		
ESTADUAL		
MUNICIPAL		
PRÓPRIOS / OUTROS	( ) Sim ( ) Não	

Orientações para preenchimento:

I – Informar os valores dos recursos públicos utilizados na execução da respectiva oferta, considerando o período de referência do Relatório de Atividades.

II – A informação relativa aos recursos próprios ou de outras fontes limita-se à indicação de sua existência, não sendo exigida a discriminação de valores ou fontes específicas.

III – O preenchimento deste item não substitui as informações financeiras exigidas em instrumentos de parceria, prestação de contas ou outros documentos previstos em legislação específica.

k) Recursos humanos envolvidos –

- Houve alteração na Coordenação ou responsável técnico?
    - ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informe abaixo seguindo o modelo do Plano de Ação

l) Abrangência territorial –

(Descrever sucintamente como se deu o atendimento no território. Informar em quais regiões se encontram o público atendido no serviço e se houve demandas que fugiram da abrangência atendida pela entidade, sugere-se a apresentação por meio de tabela ou gráfico).

m) Demonstração da forma de como a entidade ou organização de Assistência Social fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas –
(Informar como ocorreu a participação dos usuários. De que forma participaram do planejamento e avaliação do serviço. As ações estimularam/propiciaram a participação e protagonismo dos usuários).

- Foram utilizadas estratégias para participação dos usuários no planejamento e avaliação das atividades?

n) Monitoramento e Avaliação –
(Descrever de que forma ocorreu o monitoramento, avaliação e se os objetivos previstos foram alcançados; quais os resultados atingidos)

- Das estratégias utilizadas para o monitoramento, qual o impacto social obtido com o desenvolvimento das atividades no quadrimestre?
- Como avaliam o impacto social obtido com o desenvolvimento das atividades no quadrimestre? (por exemplo, quais os pontos positivos, negativos e formas de superação dos pontos negativos)

Obs.: Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO, foram utilizados todos os critérios para a prestação de contas à sociedade?

Responsável Técnico pela oferta
Nome completo: _____
Assinatura: _____
Data: ____/_____/_____

5- Recursos humanos envolvidos –
Houve alteração do quadro de Recursos humanos descrito no Plano de Ação?

- ( ) Não ( ) Sim - Caso sim, informar abaixo o novo Quadro completo sinalizando as alterações.

- Foram realizadas ou identificadas necessidades da realização de atividades de formação do quadro de Recursos humanos?
- Foi identificada necessidade de alguma alteração ou ampliação futura no quadro de Recursos humanos?

Presidente / Representante Legal da Organização da Sociedade Civil
Nome completo: _____
Assinatura: _____
Data: ____/_____/_____

Orientações sobre a entrega de documentos

- Os documentos previstos na Resolução CMAS nº 20/2026 deverão ser encaminhados ao CMAS por meio do endereço eletrônico institucional do Conselho, devidamente preenchidos e assinados pelos responsáveis indicados nos respectivos modelos, admitido outro meio de entrega oficialmente disponibilizado pelo CMAS.
- Serão admitidos documentos assinados fisicamente e digitalizados ou assinados eletronicamente, desde que permitam a identificação do signatário e a verificação da integridade do documento.
- O encaminhamento deverá observar os prazos estabelecidos na Resolução CMAS nº 20/2026, cabendo à Secretaria Executiva registrar o recebimento e, quando necessário, solicitar a complementação ou regularização da documentação.
- O endereço eletrônico institucional para o encaminhamento dos documentos encontra-se divulgado pelo CMAS em seus canais oficiais.