



**RESOLUÇÃO nº 005/2018, de 14 de fevereiro de 2018.**

***APROVA a inclusão dos Modelos de Plano e Relatório Anual do CMAS, na Resolução nº 048/2017 – CMDCA, para apresentação ao CMDCA pelas Unidades Governamentais e Entidades não Governamentais de Assistência Social para registro/inscrição/reavaliação anual e renovação quadrienal, que possuam a execução de Programas que contemplem os registros/inscrições compatíveis com o ECA, público e capacidade de atendimento igual no CMAS e CMDCA.***

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA de Cascavel PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 6.745/2017 de 23/08/2017, após apreciação e deliberação da plenária da Reunião Ordinária de 09/02/2018, e:

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA;

**CONSIDERANDO** a Lei Municipal nº 6.745/2017 que dispõe sobre a política municipal dos direitos da criança e do adolescente;

**CONSIDERANDO** a Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, que dispõe sobre a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais;

**CONSIDERANDO** a Resolução nº 048, de 16 de novembro de 2017 – CMDCA, que dispõe sobre os parâmetros para requerimentos de registros das Entidades não Governamentais, e inscrição de programas das Entidades não Governamentais e Unidades Governamentais, reavaliação e renovação de Registro/Inscrição no CMDCA;

**CONSIDERANDO** a Resolução nº 074/2014 do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS de Cascavel PR, que define os parâmetros municipais para a inscrição das Entidades ou Organizações de Assistência Social, bem como serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no CMAS;

**CONSIDERANDO** a solicitação de alteração do modelo de Plano de Trabalho para as Unidades de Assistência Social da Secretaria Municipal de Assistência Social – SEASO, através do Ofício nº 061/2018 de 22/01/2018;

**CONSIDERANDO** o Plano de Ação Anual e Relatório Anual aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, através da Resolução nº 102 de 14/12/2017.

### RESOLVE

**Art. 1º - APROVAR** a inclusão dos Modelos abaixo, para constarem como anexos da Resolução nº 048/2017 de 16/11/2017 – CMDCA, a serem utilizados apenas por Unidades e Entidades de Assistência Social que estejam devidamente inscritas no CMAS, para a obtenção de registro/inscrição/reavaliação anual e renovação quadrienal, que executem Programas que contemplem os registros/inscrições compatíveis com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, público e capacidade de atendimento igual no CMAS e CMDCA, sem prejuízo da entrega dos demais documentos previstos na aludida Resolução do CMDCA.

<b>ANEXO II-a</b>
<b>PLANO DE TRABALHO ANUAL</b>

#### 1. IDENTIFICAÇÃO UNIDADE/ ENTIDADE EXECUTORA

Unidade/ Entidade Executora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone/Fax		
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade/ Entidade					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo		E-mail do responsável	
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	
Nome do coordenador da Unidade/ Entidade					

C.P.F.		Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	Formação	
E-mail do Coordenador			
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel do Coordenador

## 2. IDENTIFICAÇÃO UNIDADE/ ENTIDADE MANTENEDORA (quando houver)

Unidade/ Entidade Mantenedora/Razão Social			C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone/Fax	
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional	
Nome do responsável pela Unidade/ Entidade				
C.P.F.			Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	E-mail do responsável		
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	

## 3. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS E/OU INSTITUCIONAIS

Descrever sobre as finalidades estatutárias e/ou institucionais da Unidade/ Entidade conforme seu estatuto e como esta vem historicamente executando-as.

## 4. OBJETIVO GERAL

Descrever sobre o objetivo geral da Unidade. Para Entidade não Governamental considerar o estatuto.

### 4.1 Objetivos Específicos

Descrever os objetivos específicos da Unidade. Para Entidades não Governamentais considerar o estatuto.

## 5. METAS

Definir as metas a serem alcançadas pela Unidade/ Entidade, visando o aprimoramento da execução dos Programas de acordo com os regimes de atendimento previstos no ECA; Como por exemplo: infraestrutura física, recursos humanos geral da unidade/ Entidade (zeladora, motorista, administrativo, técnico de nível superior que atua em mais de um serviço) OBS: Metas em relação aos Programas de acordo com os regimes de atendimento previstos no ECA, não devem ser especificadas neste item.

## 6. ORIGEM DOS RECURSOS

<b>FONTE</b>	<b>VALOR ANUAL (R\$)</b>	<b>PROGRAMA/ REGIME DE ATENDIMENTO</b>
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	50.000,00	Especificar para qual programa, projeto/ regime de atendimento será destinado o recurso financeiro.
Fundo Nacional de Assistência Social	40.000,00	
FIA Municipal	50.000,00	
FIA Estadual	40.000,00	
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>180.000,00</b>	

## 7. INFRAESTRUTURA

### 7.1 Recursos Físicos

<b>Salas</b>	<b>Quantidade</b>
Recepção	
Quantidade de Salas com capacidade máxima para 5 pessoas	
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	
Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	
Sala para reuniões	
Sala para atendimento técnico	
Sala exclusiva de Coordenação	
Sala para atividades administrativas	
<b>Banheiros</b>	<b>Quantidade</b>
Banheiro para os Usuários	
Banheiro adaptado para os Usuários	
Banheiro exclusivo para Trabalhadores	
Banheiro adaptado para os Trabalhadores	
<b>Demais Ambientes</b>	<b>Quantidade</b>
Cozinha ou Copa	
Almoxarifado para alimentos	
Almoxarifado para materiais pedagógicos e de expediente	
Almoxarifado para produtos de higiene e limpeza	
Espaço externo para atividades de convívio	
Área de recreação interna	
Área de recreação externa	
Refeitório	
Lavanderia	
Enfermaria	
Dormitórios para os Usuários acolhidos	
Outros:	

## 7.2 Recursos Humanos

<b>NOME COMPLETO</b>	Formação	Vínculo	Função	Carga horária Semanal	Informe o Programa – Regime de Atendimento / Atividade dos profissionais
1.					Ex. Programa de Proteção em Regime de Orientação e Apoio Sociofamiliar

### 8. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Descrever qual é a abrangência territorial do Programa de acordo com a territorialização aprovada pelo CMAS/ CMDCA

Todas as regiões

<b>Região I</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO I A <input type="checkbox"/> REGIÃO I B <input type="checkbox"/> REGIÃO I C <input type="checkbox"/> REGIÃO I D <input type="checkbox"/> REGIÃO I E <input type="checkbox"/> REGIÃO I F <input type="checkbox"/> REGIÃO I G	<b>Região II</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO II A <input type="checkbox"/> REGIÃO II B <input type="checkbox"/> REGIÃO II C <input type="checkbox"/> REGIÃO II D	<b>Região III</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO III A <input type="checkbox"/> REGIÃO III B <input type="checkbox"/> REGIÃO III C <input type="checkbox"/> REGIÃO III D
<b>Região IV</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO IV A <input type="checkbox"/> REGIÃO IV B <input type="checkbox"/> REGIÃO IV C <input type="checkbox"/> REGIÃO IV D <input type="checkbox"/> REGIÃO IV E	<b>Região V</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO V A <input type="checkbox"/> REGIÃO V B <input type="checkbox"/> REGIÃO V C	<b>Região VI</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO VI A <input type="checkbox"/> REGIÃO VI B <input type="checkbox"/> REGIÃO VI C <input type="checkbox"/> REGIÃO VI D <input type="checkbox"/> REGIÃO VI E <input type="checkbox"/> REGIÃO VI F <input type="checkbox"/> REGIÃO VI G <input type="checkbox"/> REGIÃO VI H <input type="checkbox"/> REGIÃO VI I <input type="checkbox"/> REGIÃO VI J <input type="checkbox"/> REGIÃO VI K
<b>Região VII</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO VII A <input type="checkbox"/> REGIÃO VII B <input type="checkbox"/> REGIÃO VII C <input type="checkbox"/> REGIÃO VII D	<b>Região VIII</b> <input type="checkbox"/> REGIÃO VIII A	

**9. IDENTIFICAÇÃO DOS PROGRAMAS/ REGIMES DE ATENDIMENTO** (obs: para cada programadeverá ser preenchido um quadro específico ( sendo itens 9.- 9.1 - 9.1.1.- 9.1.2 – 9.2 - 9.3 – 9.4 -9.5 – 9.6 – 9.7 -)

#### 9.1 REGIME DE ATENDIMENTO

- Orientação e Apoio Sociofamiliar  
 Apoio Socioeducativo em Meio Aberto  
 Colocação Familiar  
 Acolhimento Institucional  
 Prestação de Serviços à Comunidade  
 Liberdade Assistida

#### 9.1.1 Nome do Programa de Proteção/ Regime de Atendimento

Descrever o nome oficial, conforme o ECA

<b>9.1.2 Endereço do Programa/ Regime de Atendimento</b>		
Descrever o endereço completo onde se realiza a execução do Programa		
<b>9.2 DESCRIÇÃO</b>		
Descrever no que consiste o Programa, que a Unidade/ Entidade presta demonstrando como este trabalho tem vinculação com a Política de Assistência Social/ da criança e do Adolescente.		
<b>9.3 PÚBLICO ALVO</b>		
Descrever qual é o público-alvo (crianças/ adolescentes ou famílias) atendido por este Programa, Projeto constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc..		
<b>9.4 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO</b>		
Descrever a capacidade de atendimento deste Programa, Projeto considerando a infraestrutura física, de recursos humanos, financeira, conforme as normativas do SUAS/ Política da Criança e do Adolescente e deliberações dos referidos Conselhos.		
Considerar a capacidade de atendimento anual ou simultânea, conforme a característica do programa.		
<b>9.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA</b>		
Descrever os objetivos deste Programa, conforme o Sistema Municipal de Monitoramento e Avaliação e Regimes de Atendimento do ECA		
<b>9.6 METAS</b>		
As metas são um objetivo acompanhado das dimensões quantitativas e referências temporal e territorial. Exemplo: Realizar 05 grupos de Orientação e Apoio Sociofamiliar com até 20 famílias cada, com duração de 3 meses cada grupo durante o ano de 2018, para a inclusão de novas famílias e a permanência das que ainda necessitam deste apoio de forma permanente. Acompanhar 100 famílias anualmente, com a execução de ações de Orientação e Apoio Sociofamiliar Atender 30 adolescentes em oficinas de apoio socioeducativo em meio aberto, em 02 grupos....		
<b>9.7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>		
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Período</b>
Copiar os objetivos citados acima no item 9.5.	Elencar as atividades que serão realizadas para alcançar cada um dos objetivos Programa/ regime de Atendimento	Informar o período que será realizada a atividade. Por exemplo: mensal, trimestral, anual, etc. Quando a atividade for realizada em um mês específico deverá informar o mesmo.
<b>OBS:</b> Os quadros abaixo (10, 11 e 12) deverão ser preenchidos ao final do plano de trabalho, ou seja, apenas 01 vez, contemplando todos os Programas/ regimes de atendimento. Caso a unidade/ Entidade tenha mais de um programa/ regime de atendimento, deverá lembrar de ajustar a numeração.		
<b>10. ARTICULAÇÃO COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL E INTERSETORIAL DA POLÍTICA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE</b>		

Descrever se este Programa/ Regime de Atendimento realiza ações em conjunto com a rede socioassistencial e intersetorial.

Informar o nome do Programa/ Regime de Atendimento com qual órgão e para que. Exemplo:

<b>Programa/ regime de atendimento da Unidade/ Entidade</b>	<b>Órgão que manteve articulação</b>	<b>Ação</b>
Programa de Proteção em regime de apoio socioeducativo em meio aberto	Entidades que executam Programas de Aprendizagem	Encaminhar os usuários para inserção no mercado de trabalho.

### **11. FORMA DE PARTICIPAÇÃO DAS CRIANÇAS/ ADOLESCENTES OU FAMÍLIAS**

Garantir a existência de processos participativos de crianças, adolescentes ou famílias é um princípio ético que deve ser obedecido, conforme previsto no art. 6º da Resolução CNAS nº 33 2012 (NOB SUAS 2012): garantia incondicional do exercício do direito à participação democrática dos usuários, com incentivo e apoio à organização de fóruns, conselhos, movimentos sociais, potencializando práticas participativas e no Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente

Descrever como acontecerá a participação na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade das ações prestadas, demonstrando as estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do Plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

### **12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Descrever como este Programa, será monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade/ Entidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual a periodicidade da elaboração de relatórios quantitativos, quem tem acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, se há monitoramento e avaliação de órgãos externos, quais os indicadores de monitoramento e avaliação. **(anexar Plano de Providências caso tenha sido elaborado)**

### **13. DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal da Unidade/ Entidade, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

, / / Local e data	_____ Nome do Responsável Legal Nome da Unidade/ Entidade
-----------------------	---

## **Anexo IV-a**

### **RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES**

#### **1. IDENTIFICAÇÃO UNIDADE EXECUTORA**

Unidade/ Entidade Executora/Razão Social			C.N.P.J.
Endereço		(DDD) Telefone/Fax	
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional

Nome do responsável pela Unidade/ Entidade			
C.P.F.		Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	E-mail do responsável	
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável

## 2. IDENTIFICAÇÃO UNIDADE/ ENTIDADE MANTENEDORA (quando houver)

Unidade/ Entidade Mantenedora/Razão Social			C.N.P.J.
Endereço			(DDD) Telefone/Fax
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional
Nome do responsável pela Unidade/ Entidade			
C.P.F.		Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	E-mail do responsável	
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável

## 3. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS E/OU INSTITUCIONAIS

Descrever sobre as finalidades estatutárias e/ou institucionais da Unidade/ Entidade e como esta vem historicamente executando-as.

## 4. OBJETIVO GERAL

Descrever sobre o objetivo geral da Unidade/ Entidade.

### 4.1 Objetivos Específicos

Elencar os objetivos específicos da Unidade/ Entidade.

## 5. METAS

Descrever sobre as metas que foram planejadas e tiveram êxito, além daquelas que não foram previstas, mas que foram alcançadas, e também as metas que não foram realizadas justificando os motivos.

## 6. ORIGEM DOS RECURSOS

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	50.000,00
Fundo Nacional de Assistência Social	40.000,00

FIA Municipal	60.000,00
FIA Estadual	40.000,00
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>190.000,00</b>

## 7. INFRAESTRUTURA

### 7.1 Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE
Ex: Recepção com 22,5 m <sup>2</sup>	01
Sala de Atendimento individualizado com 15,0 m <sup>2</sup>	03
Sala de Oficinas	02
Brinquedoteca	01

### 7.2 Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE
Ex: Computador com acesso a internet	02
Automóvel	01

### 7.3 Recursos Humanos

NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS
João da Silva	Assistente Social	CLT	30

## 8. IDENTIFICAÇÃO DOS PROGRAMAS/ REGIMES DE ATENDIMENTO (obs: para cada programa/ regime de atendimento, deverá ser preenchido um quadro específico).

<b>8.1 REGIME DE ATENDIMENTO</b>
( ) Orientação e Apoio Sociofamiliar ( ) Apoio Socioeducativo em Meio Aberto ( ) Colocação Familiar ( ) Acolhimento Institucional ( ) Prestação de Serviços à Comunidade ( ) Liberdade Assistida
<b>8.1.1 Nome do Programa</b>
Descrever o nome oficial, conforme as normas legais/ECA
<b>8.1.2 Endereço do Programa/Regime de Atendimento</b>
Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Programa
<b>8.2 DESCRIÇÃO</b>
Descrever no que consiste este Programa/ Regime de Atendimento que a Unidade/ Entidade presta demonstrando como este trabalho tem vinculação com a Política de Assistência Social e Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente/ Plano Decenal
<b>8.3 PÚBLICO ALVO</b>
Descrever qual foi o público-alvo atendido por este Programa/ Regime de Atendimento, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc.
<b>8.4 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO</b>
Descrever qual foi a capacidade de atendimento deste Programa/ Regime de Atendimento
<b>8.5 NÚMERO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES/FAMÍLIAS ATENDIDOS</b>

Descrever o número de crianças/ adolescentes ou famílias que foram atendidas mensalmente, considerando a média anual, de acordo com cada regime de atendimento

### 8.6. OBJETIVOS

Descrever quais foram os objetivos deste Programa/ regime de atendimento

### 8.7 METAS

Definir as metas que foram alcançadas pelo Programa, considerando as metas elencadas no Plano de Trabalho do ano anterior.

### 8.8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Objetivos	Descrição das Atividades	Mês Inicial	Mês Final
Copiar os objetivos citados acima no item 8.6.	Elencar as atividades que foram realizadas para alcançar cada um dos objetivos do Programa,	01/2012	12/2012

### 8.9 RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS

Descrever qual foi o montante de recursos financeiros utilizados para manutenção deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	20.000,00
Fundo Nacional de Assistência Social	10.000,00
FIA Estadual	20.000,00
FIA Municipal	30.000,00
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>80.000,00</b>

### 8.10 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Descrever quais foram os recursos humanos envolvidos no desenvolvimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS
João da Silva	Assistente Social	CLT	10

### 8.11 ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Descrever qual foi a abrangência territorial deste Programa, de acordo com a Territorialização do SUAS e aprovada pelo CMAS e CMDCA

Todas as regiões

<p><b>Região I</b></p> <input type="checkbox"/> Região I A <input type="checkbox"/> Região I B <input type="checkbox"/> Região I C <input type="checkbox"/> Região I D <input type="checkbox"/> Região I E <input type="checkbox"/> Região I F <input type="checkbox"/> Região I G	<p><b>Região II</b></p> <input type="checkbox"/> Região II A <input type="checkbox"/> Região II B <input type="checkbox"/> Região II C <input type="checkbox"/> Região II D	<p><b>Região III</b></p> <input type="checkbox"/> Região III A <input type="checkbox"/> Região III B <input type="checkbox"/> Região III C <input type="checkbox"/> Região III D
<p><b>Região IV</b></p> <input type="checkbox"/> Região IV A <input type="checkbox"/> Região IV B <input type="checkbox"/> Região IV C <input type="checkbox"/> Região IV D <input type="checkbox"/> Região IV E	<p><b>Região V</b></p> <input type="checkbox"/> Região V A <input type="checkbox"/> Região V B <input type="checkbox"/> Região V C	<p><b>Região VI</b></p> <input type="checkbox"/> Região VI A <input type="checkbox"/> Região VI B <input type="checkbox"/> Região VI C <input type="checkbox"/> Região VI D <input type="checkbox"/> Região VI E <input type="checkbox"/> Região VI F <input type="checkbox"/> Região VI G <input type="checkbox"/> Região VI H <input type="checkbox"/> Região VI I <input type="checkbox"/> Região VI J

		( ) Região VI K
<b>Região VII</b> ( ) Região VII A ( ) Região VII B ( ) Região VII C ( ) Região VII D		
<b>8.12 ARTICULAÇÃO COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL E INTERSETORIAL DA POLITICA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE</b>		
Descrever se este serviço realizou ações em conjunto com a rede socioassistencial e intersetorial e de que forma		
<b>8.13 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES E FAMÍLIAS</b>		
Descrever como foi a participação no Programa, na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade das ações prestadas, demonstrando as estratégias que foram utilizadas em todas as etapas do Plano do ano anterior: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.		
<b>8.14 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>		
Descrever como este Programa foi monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade/ Entidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual foi a periodicidade da elaboração de relatórios quantiquantitativos, quem teve acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, se houve monitoramento e avaliação de órgãos externos, quais foram os resultados dos indicadores de monitoramento e avaliação <b>(anexar plano de providências se tiver)</b>		
<b>9. DECLARAÇÃO</b>		
Na qualidade de representante legal da Unidade/ Entidade, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.		
, / / Local e data	_____ Nome do Responsável Legal Nome da Unidade/ Entidade	

**Art. 2º** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Cascavel, 14 de fevereiro de 2018.

Rosimar Baú

**Presidente do CMDCA – Gestão 2017/2019**