


ANEXO II – REQUERIMENTO DA MANUTENÇÃO DE INSCRIÇÃO
(com comentários)

Nº da Inscrição no CMAS: _____

Ao(A) Senhor(a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social - Mauá/SP

A OSC abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a **MANUTENÇÃO DA INSCRIÇÃO** neste Conselho na condição de:

() Entidade ou Organização 

() Serviço 

() Programa 

() Projeto 

() Benefício Socioassistencial 

Caso tenha dúvida ao preencher acima, consulte a RESOLUÇÃO Nº 155/2025 CMAS.

A – DADOS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC E REPRESENTANTE LEGAL (sede administrativa):

RAZÃO SOCIAL DA OSC:		
Nome Fantasia (se houver):		
CNPJ:	Data de inscrição no CNPJ:	
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Município:	UF:
E-mail:		
Site:		
Telefones: () ()		
CNAE (Código Nacional de Atividade Econômico) Principal:		
DADOS DO PRESENTANTE LEGAL:		
Nome Completo:		
Data de Nascimento: dd/mm/aaaa		
RG:	Órgão Expedidor:	
CPF:		
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Município:	UF:
Telefone: ()	E-mail:	
Período do Mandato:		

B – EIXO DE ATUAÇÃO DA OSC/INSTITUIÇÃO:

B.1) Atendimento

Para preencher o quadro abaixo a OSC deverá observar as normativas vigentes quanto à nomenclatura dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

Caso não esteja contemplado preencha no campo outros e especifique.

Rede Socioassistencial

1 – Serviços de Proteção Social Básica

Assinale	Descrição
	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou idosas.
	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.
	Especifique: (descrever faixa etária e/ou ciclo de vida do público-alvo atendido. Ex: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 06 a 14 anos e 11 meses, dentre outros).

2 – Serviços da Proteção Social Especial

2.1 – Média Complexidade


Assinale	Descrição
	Serviço Especializado em Abordagem Social.
	Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).
	Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias.
	Especifique: (descrever faixa etária do público alvo atendido e unidade/modalidade de atendimento EX: Centro Dia para Pessoa Idosa, dentre outros).

2.2 – Alta Complexidade

Assinale	Descrição
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescente – SAICA
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: Casa Lar
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: Residência Inclusiva – RI
	Serviço de Acolhimento Institucional – Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI
	Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências
	Especifique: (descrever faixa etária do público alvo atendido e modalidade de Acolhimento Institucional, se o caso). Ex: Acolhimento Institucional na modalidade Abrigo Institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI).

2.3 - Serviços que fazem parte da Rede Socioassistencial específica do Município

2.3.1 – Alta Complexidade

Assinale	Descrição
	Acolhimento Adultos e famílias modalidade Casa de Passagem 
	Outros (especificar)

3 – Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência

Assinale	Descrição
	Especifique:

4 – Promoção da Integração ao Mundo do Trabalho

Assinale	Descrição
	Especifique:

5 – Acolhimento Institucional Provisório às Pessoas e de seus Acompanhantes (Casa de Apoio)

Assinale	Descrição
	Especifique:

B.2) Assessoramento

Assinale	Descrição
	Especifique o público e a faixa etária

B.3) Defesa e Garantia de Direitos

Assinale	Descrição
	Especifique o público e a faixa etária

C – ALTERAÇÕES ESTATUTÁRIAS:

() Não

() Sim, data da última alteração: ____/____/____

Citar os itens alterados (número dos artigos, incisos, páginas, etc.): _____

D – CERTIFICADOS/REGISTROS SOCIAIS QUE A OSC POSSUI:

D.1 – Inscrição em conselho(s) de política(s) pública(s) e/ou de direito(s) específica*:

Conselho	Município/	CNPJ	Serviços/Atividades	Validade
----------	------------	------	---------------------	----------

	Estado		inscritas	

D.2 – Certificado de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP:

() SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade

D.3 – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social – CEBAS:

() SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade	Área

Se tiver dúvida, consulte a Lei complementar n° 187 de 16 de dezembro de 2021 no link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp187.htm

D.4 – Utilidade Pública Estadual: () SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade

D.5 – Utilidade Pública Municipal: () SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade

D.6 – Mantém Termo de Colaboração firmado com o órgão gestor da Política de Assistência Social – SAS/Mauá: () SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	VIGÊNCIA (mês/ano início e mês/ano fim)

D.7 – Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social – CNEAS: () SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique a data da última atualização:

D.8 – Cadastro Estadual de Entidades – CEE: () SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade

D.9 – Cadastro Pro Social – SEDS: () SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade

D.10 – Inscrição Via Rápida Empresa das Unidades:

() SIM () NÃO

Se a resposta foi SIM, especifique:

Número	Validade

**Quando a sede da entidade for de outro Município, informar o número de inscrição da entidade no CMAS do respectivo Município de sua sede ou no Conselho Distrital (DF).*

*** Licença Vigilância Sanitária obrigatória somente para atendimentos na Proteção Social Especial de Alta Complexidade, nas modalidades de Acolhimento Institucional.*

E – COLOCAR TODOS OS ENDEREÇOS DA OSC:

Para cada endereço a OSC deverá copiar e preencher um quadro (é necessário relacionar os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que são desenvolvidos neste endereço).

MATRIZ	
CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	UF:
E-mail:	Site:
Telefone: ()	
Nome dos Serviços, Programas, Projetos, Benefícios Socioassistenciais executados neste endereço:	
1.	
2.	

FILIAL	
CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	UF:
E-mail:	Site:
Telefone: ()	
Nome dos Serviços, Programas, Projetos, Benefícios Socioassistenciais executados neste endereço:	
1.	
2.	

Mauá, ____ (dia) de _____ (mês) de ____ (ano).

Assinatura do representante legal da entidade

PLANO DE AÇÃO para os próximos 12 (doze) meses (MANUTENÇÃO DE INSCRIÇÃO)

PARTE I – INFORMAÇÕES GERAIS DA OSC

A) ENTIDADE OU ORGANIZAÇÃO, OU SERVIÇOS, OU PROGRAMAS, OU PROJETOS E/OU BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS: (demonstrar quais ações desenvolverá no ano vigente).

B) FINALIDADES ESTATUTÁRIAS (se houve alteração)

Descrever quais alterações ocorreram nas finalidades da instituição contidas no Estatuto Social.

C) OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO (se houve alteração)

Aqui deverá ser descrito as alterações nos objetivos/missão da instituição e não dos programas.

D) ORIGEM DOS RECURSOS

Deverá ser descrito como a instituição se sustenta: doação, prestação de serviços, convênios, parcerias com empresas privadas ou públicas, entre outros.

Anexo – Planilha D origem de recursos

PARTE II – INFORMAÇÕES SOBRE A(S) OFERTA(S) SOCIOASSISTENCIAL(IS) NO MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

E – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS:

(Essa PARTE II do Plano deve ser preenchida em sua íntegra para cada serviço, programa, projeto e/ou benefício socioassistencial, prestado pela OSC no contexto da Assistência Social. Ou seja, deve ser preenchida em sua totalidade e, em caso de mais de uma oferta socioassistencial, repetida em sua íntegra e novamente preenchida).

e.1 – EIXO DE ATUAÇÃO DA ENTIDADE OU ORGANIZAÇÃO, OU SERVIÇO, OU PROGRAMA, OU PROJETO E/OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO.

e.1.1 – Atendimento

Para preencher o quadro abaixo a OSC deverá observar as normativas vigentes (Nacional, Estadual e Municipal) quanto à nomenclatura dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

Caso não esteja contemplado preencha no campo outros e especifique.

Rede Socioassistencial

1 – Serviços de Proteção Social Básica

Assinale	Descrição
	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou idosas.
	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.
	Especifique: (descrever faixa etária e/ou ciclo de vida do público alvo atendido. Ex: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 06 a 14 anos e 11 meses, dentre outros).

2 – Serviços da Proteção Social Especial

2.1 – Média Complexidade

Assinale	Descrição
	Serviço Especializado em Abordagem Social.
	Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).
	Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias.
	Especifique: (descrever faixa etária do público alvo atendido e unidade/modalidade de atendimento EX: Centro Dia para Pessoa Idosa, dentre outros).

2.2 – Alta Complexidade

Assinale	Descrição
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescente – SAICA
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: Casa Lar
	Serviço de Acolhimento Institucional – Modalidade: Residência Inclusiva – RI
	Serviço de Acolhimento Institucional – Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI
	Outros
	Especifique: (descrever faixa etária do público alvo atendido e modalidade de Acolhimento Institucional, se o caso. Ex: Acolhimento Institucional na modalidade Abrigo Institucional Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI).

3 – Serviços que fazem parte da Rede Socioassistencial específica do Município

3.1 – Alta Complexidade

Assinale	Descrição
	Acolhimento para Adultos e famílias – Modalidade Casa de Passagem
	Outros (especificar)

4 – Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência

Assinale	Descrição
	Especifique:

5 – Promoção da Integração ao Mundo do Trabalho

Assinale	Descrição
	Ações de Mobilização para o Mundo do Trabalho (Res.CMAS nº 155/2025)
	Programa de Aprendizagem de Adolescentes, Jovens e Pessoas com Deficiência (Res. CMAS nº X155/2025)

6 – Acolhimento Institucional Provisório às Pessoas e de seus Acompanhantes (Casa de Apoio)

Assinale	Descrição
	Especifique:

e.1.2) Assessoramento

Assinale	Descrição
	Especifique o público e a faixa etária

e.1.3) Defesa e Garantia de Direitos

Assinale	Descrição
	Especifique o público e a faixa etária

e.2) INFORMAR O NOME FANTASIA DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO, BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL OFERECIDO (SE HOVER):

e.3) INFORMAR SE PROGRAMA, OU PROJETO E/OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL O PERÍODO DE SUA OFERTA:

Início	Término

e.4) INFORME O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO E/OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO:

Assinale	Dias da semana	Quantidade de horas por dia
	Segunda-feira	
	Terça-feira	
	Quarta-feira	
	Quinta-feira	
	Sexta-feira	
Total de horas na semana:		

(Utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

e.5) OBJETIVO GERAL DO SERVIÇO, PROJETO, PROGRAMA, BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL OFERECIDO:

Descrever qual o objetivo geral do projeto, levando em consideração os resultados que se espera alcançar junto ao público-alvo. Deve-se iniciar a frase utilizando verbos no infinitivo, por exemplo: “capacitar”, “promover”, “investir”, “realizar”, “oferecer”, entre outros.

e.6) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever pequenos objetivos intermediários da instituição necessários para que se alcance o objetivo geral, preenchendo a tabela abaixo. Deve-se iniciar a frase utilizando verbos no infinitivo, por exemplo: “capacitar”, “promover”, “investir”.

e.6.1 OBS: Manter a numeração dos objetivos e numerar os demais, caso necessário.						
Objetivos Específicos	Atividades	Metas	Indicadores	Meios de Verificação	Periodicidade de Avaliação	Impacto Social Esperado(s)
1.						
2.						
3.						

(...)

e.7) PÚBLICO ALVO:

Caracterizar e quantificar o público-alvo de acordo com o perfil atendido em cada serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial, considerando: idade, fases da vida (criança, adolescentes, jovens, idosos e famílias), gênero, escolaridade, raça/etnia; e, principalmente, descrever quais foram às variáveis de situações de vulnerabilidade social e/ou risco pessoal e social conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Norma Operacional Básica (NOB-SUAS) e demais legislações da área de Assistência Social contemplada na Resolução CMAS nº 155/2025.

e.8) É GARANTIDA A GRATUIDADE? É EXIGIDO ALGUM TIPO DE CONTRAPRESTAÇÃO AO USUÁRIO?

Descrever se há alguma solicitação de pagamento ou contrapartida do usuário para acesso ou permanência no atendimento.

() Sim () Não

e.9) NÚMERO DE USUÁRIOS ATENDIDOS:

e.9.1) Qual a capacidade máxima de atendimento mensal, número de vagas, desta unidade?

e.9.2) Quantos usuários estão sendo atendidos na unidade neste momento (informe a referência de data/mês?

e.10) FORMA DE ACESSO:

Descrever os critérios de seleção utilizados pela instituição, considerando o tipo de atendimento de cada projeto oferecido e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social estabelecidos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

e.11) METODOLOGIA:

(Utilizar o timbre da Organização da Sociedade Civil)

e.11.1) TABELA DE ATIVIDADES: *Descrever as atividades e como elas serão realizadas.*

OBS: *Manter a numeração das atividades do quadro e.6.1 dos objetivos*

Atividades	Procedimento Metodológico	Responsável	Periodicidade

e.11.2) CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – *Especificar mês a mês, quais ações/atividades serão desenvolvidas de acordo com o estabelecido para cada objetivo específico no item e.6.1*

Objetivo Específico	Atividades/Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1.												
	2.												
	3.												
2	1.												
	2.												
	3.												

e.11.3) FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS:

Descrever como os usuários deste Serviço participam na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, demonstrando as estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

e.11.4) INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO, PROJETO, PROGRAMA, OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL: (Até 20 linhas)

Relacionar os instrumentais que serão utilizados para o monitoramento do atendimento aos usuários, tais como listas de presença, ficha de cadastro, relatórios, termo de assessoramento, pesquisas, entrevista socioeconômica, plano de acompanhamento individual se for caso, plano de acompanhamento familiar se for o caso, etc.

e.12) RECURSOS FINANCEIROS A SEREM UTILIZADOS:

Preencher as tabelas dos itens “e.14.1”; “e.14.2” e “e.14.3”.

Anexo planilha E 12.1

e.12.2 – Fontes de recursos para oferta deste serviço, projeto, programa, benefício socioassistencial

Anexo Planilha E 12.2

e.12. 3 – Parcerias institucionais para oferta deste serviço, projeto, programa, benefício socioassistencial				
Nome do Parceiro (Pessoa Física ou Jurídica)	Assinale			
	Financeiro	Técnica	Recursos Humanos	Outros. Especifique
1. <i>Exemplo: Mesa Brasil</i>				Doações de Alimentos
2. <i>Exemplo: Empresa 123</i>	x			
3.				
4.				

e.13) INFRAESTRUTURA:

Aqui deverá ser descrito a infraestrutura utilizada para a execução dos atendimentos deste serviço, programa, projeto e/ou benefício socioassistencial (quantidade de salas disponíveis para atividades coletivas, atendimento individual, salas administrativas, etc.).

e.13.1) Preencher a tabela para exemplificar a estrutura física para a oferta socioassistencial pretendida:

Item	Quantidade	Capacidade máxima de pessoas
Almoxarifado ou similar		
Banheiro Feminino		
Banheiro Masculino		
Banheiro Acessível/Deficientes		
Banheiro com chuveiro		
Banheiro de Funcionários		
Biblioteca		
Brinquedoteca		
Copa		
Cozinha		
Elevador/ Plataforma Elevatória		
Enfermaria		
Espaço para animais de estimação		
Espaço para guarda de pertences de usuários		
Estacionamento		
Jardim/Parque		
Lavanderia		
Quadras esportivas		
Quartos coletivos		
Quartos individuais		
Piso Tátil		
Rampa de Acessibilidade		
Recepção		
Refeitório		
Sala de atendimento em grupo/atividades comunitárias		
Sala para atendimento técnico especializado e individualizado (psicóloga(o), assistente social etc.)		
Salas de repouso		
Salas exclusivas para administração, coordenação, equipe técnica		
Outros (Especifique)		

e.13.2) A estrutura física mencionada é compartilhada com outros projetos/serviços?

() Sim () Não

Se resposta foi SIM, especifique: _____

e.13.3) O espaço para realização das atividades é próprio da OSC? () Sim () Não
Se não, a quem pertence e como se dá a utilização: _____

e.13.4) Existem aspectos de acessibilidade? () Sim () Não
Se sim, quais? _____

e.13.5) Esta UNIDADE oferece ALIMENTAÇÃO? () Sim () Não
Se respondeu SIM, preencher abaixo:

Horário	Tipo de Alimento <i>(Ex: café da manhã, lanche da tarde, almoço etc.)</i>	Quantidade de Usuários <i>(N° de usuários atendidos com a oferta de alimentação)</i>	Responsável pela produção do Alimento <i>(Realizada pela Própria OSC ou Terceiros. Especifique)</i>

(...)

e.14) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS:

e.14.1) GESTOR / COORDENADOR

Nome completo: _____

Escolaridade: () médio () superior () superior+pós

Curso: _____

Registro em Conselho de Classe (se for o caso):

Vínculo: _____ horas/semanais: _____

**e.14.2) EQUIPE DE REFERÊNCIA NÍVEL SUPERIOR
(Resolução CNAS nº 17 de 20/06/2011)**

Quantidade	Formação	Cargo/Função	Vínculo	Horas Semanais	Salário (Em Reais)
Ex. 1	Serviço Social	Assistente Social	CLT	30	xxxx
Ex. 2	Psicólogo	Psicólogo	CLT	30	xxxx
Ex. 3	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	CLT	30	xxxx

e.14.3) EQUIPE DE REFERÊNCIA NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL
(Resolução CNAS nº 09 de 15/04/2014)

Quantidade	Formação	Cargo/Função	Vínculo	Horas Semanais	Salário (Em Reais)
Ex. 1	Médio	Cuidador Social	CLT	44	xxxx
Ex. 2	Superior	Cuidador Social	CLT	44	xxxx
Ex. 3	Fundamental	Função de Limpeza	CLT	44	xxxx

e.15) ARTICULAÇÃO COM A REDE PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PROJETOS, PROGRAMAS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS OFERECIDOS:

Descrever quais as articulações a serem efetuadas pela instituição para o desenvolvimento dos serviços, projetos, programas e benefícios socioassistenciais junto aos usuários no ano, compreendendo a articulação efetuada com a rede de serviços existentes na comunidade, serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas públicas (saúde, educação, trabalho, habilitação, etc.), órgãos de defesa dos direitos, conselhos de direitos, entre outros.

e.16) DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA OSC:

Descrever quais atividades serão desenvolvidas e quantas horas serão dedicadas anualmente para capacitação e educação permanente dos trabalhadores.

e.17) ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:

Em qual(is) região(ões) o serviço, programa, projeto e/ou benefício socioassistencial será desenvolvido, considerar para esta identificação a referência territorial desempenhada pelos CRAS(s) ou CREAS(s), conforme nível de Proteção do(s) atendimento(s) ofertados.

() Todas as regiões de Mauá		
() CRAS Falchi Rua Friedrich Gunter Meinen, 71 – Vila Falchi	() CRAS Feital Avenida Benedita Franco da Veiga, 1083 – Jardim Feital	() CRAS Macuco Rua Remo Luiz Corradini, 115 – Jardim Zaira/Macuco
() CRAS Oratório Rua Salvador, 266 – Jardim Oratório	() CRAS Parque das Américas Rua Estados Unidos, 84 – Parque das Américas	() CRAS São João Avenida Barão de Mauá, 4050 – Vila São João
() CRAS Vila Mercedes Rua Cícero Rodrigues da Silva, 355, (esquina com José Ricardo Nalle, 800) – Vila Mercedes	() CRAS Zaira Avenida Presidente Castelo Branco, 2982 – Jardim Zaira	() CREAS MATRIZ Rua Avaré 62 – Bairro Matriz
() CREAS Bocaina Rua Alvares Machado, 18A – Vila Bocaina		

e.18) - DADOS DO TÉCNICO DE REFERÊNCIA DA ENTIDADE OU ORGANIZAÇÃO, OU SERVIÇO, OU PROGRAMA, OU PROJETO E/OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO:

Nome Completo:
CPF:
E-mail:
Função:
Formação:
Inscrição Profissional:
Carga Horária específica para esta oferta socioassistencial:

Mauá, ____ (dia) de _____ (mês) de ____ (ano).

Assinatura do representante legal da entidade

Assinatura do técnico responsável