

ANEXO II

PLANO DE TRABALHO 2016 – COFINANCIAMENTO MUNICIPAL, ESTADUAL ou FEDERAL (ESPECIFICAR QUAL A FONTE DO COFINANCIAMENTO)

SERVIÇO SOCIASSISTENCIAL: SERVIÇO (NOME CONFORME A TIPIFICAÇÃO) – PROTEÇÃO SOCIAL (NÍVEL DE PROTEÇÃO SOCIAL AO QUAL O SERVIÇO ESTÁ VINCULADO)

1. DADOS DA ENTIDADE EXECUTORA

Razão Social:

CNPJ:

Data de Inscrição no CNPJ:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone(s):

E-mail(s):

Site:

Nº Inscrição no CMAS:

Validade:

Nº Registro no CMDCA:

Validade:

CEBAS: (nº do processo que concedeu o último registro) Validade:

1.1. OUTRA(S) UNIDADE(S) DE ATENDIMENTO

(inserir este item se forem desenvolvidas atividades do Serviço em outro local além da sede)

2. PRESIDENTE DA ENTIDADE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome:

RG:

CPF:

Formação:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone Residencial:

E-mail:

Vigência do Mandato da Diretoria Atual: __/__/____ a __/__/____.

3. DADOS BANCÁRIOS

Banco: Caixa Econômica Federal

Agência:

Conta Corrente:

4. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

Serviço: (nome do serviço, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais)

Prazo para Execução de Atividades e Atingimento de Metas: Jan/2016 a Dez/2016

Usuários: (usuários e faixa etária atendida, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais)

Capacidade de Atendimento: (número pactuado de atendimentos diretos)

5. TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO (conforme NOB-RH/SUAS para o serviço)

Nome:

Formação:

Registro no Conselho Profissional:

RG:

CPF:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone(s) para contato:

E-mail:

ALIMENTAÇÃO: (Caso seja oferecida alimentação aos usuários do serviço, na entidade e/ou em eventos externos, especificar neste espaço tipo e quantidade de refeições)

10. PROVISÕES

- a) **Ambiente Físico:** (propriedade do imóvel onde será desenvolvido o serviço: próprio, cedido ou alugado; terreno e área construída; detalhar as instalações físicas com a descrição de todos os ambientes; e informar quanto às condições de acessibilidade, incluindo nº de banheiros adaptados, quando houver)
- b) **Recursos Materiais:** (relação e quantidade de móveis; *equipamentos; material permanente e material de consumo da entidade). ***informar marca e modelo de impressora(s)**
- c) **Materiais Socioeducativos:** (artigos pedagógicos, culturais e / ou esportivos)
- d) **Veículos:** (marca / modelo / placa)
- e) **Recursos Humanos:**

QUADRO GERAL DE RECURSOS HUMANOS

(relacionar o quadro completo de trabalhadores da entidade, inclusive Estagiários e Voluntários, quando houver; destacando em negrito os profissionais disponibilizados para o serviço)

Nome	Cargo/Função	Escolaridade/ Formação	Vínculo	Carga Horária	Valor R\$

PROFISSIONAIS PAGOS COM RECURSOS DO COFINANCIAMENTO

(relacionar os profissionais, especificando o número de horas dedicadas ao serviço)

Nome	Cargo/Função	Escolaridade/ Formação	Vínculo	Carga Horária	Valor R\$

- f) **Ações Complementares Essenciais ao Serviço:**
(reuniões e encaminhamentos, entre outras)

11. AQUISIÇÕES DOS USUÁRIOS (garantia de seguranças sociais para o serviço)

- a) Segurança de Acolhida:
- b) Segurança de Convívio Familiar, Comunitário e Social:
- c) Segurança de Desenvolvimento da Autonomia:

12. CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO

- a) **Condições:** (procedência)
- b) **Formas de Acesso:** (formas de encaminhamento)

13. UNIDADE REFERENCIADA

(nome da entidade e endereço do local onde o serviço será executado)

14. PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

(horários e dias da semana abertos ao funcionamento para o público)

15. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

(território de procedência dos usuários ou alcance do serviço)

16. ARTICULAÇÃO EM REDE

(serviços, projetos, programas, instituições e/ou organizações, demais políticas públicas e Sistema de Garantia de Direitos, com os quais haverá articulação para o alcance dos objetivos propostos na execução do serviço)

17. IMPACTO SOCIAL ESPERADO

(expectativas que vão além das aquisições dos usuários e mudanças positivas nos indicadores, para cada usuário e faixa etária atendida em conformidade com a Tipificação)

18. REGULAMENTAÇÕES E REFERÊNCIAS

(Leis, Decretos, Orientações Técnicas e/ou Planos Nacionais que regulam o serviço)

19. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – EM REAIS (R\$)

CONCEDENTE: Município, Estado ou União (especificar qual a fonte do cofinanciamento)

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

PROPONENTE: (contrapartida da entidade para o serviço)

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

20. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS – EM REAIS (R\$)

(corresponde às Previsões Orçamentárias para o Serviço)

Natureza das Despesas	Próprios	P.M.M.	Estado	União	TOTAL
1. Recursos Humanos					
2. Material de Consumo					
3. Serviços de Terceiros / Pessoa Jurídica					
4. Serviços de Terceiros / Pessoa Física					
TOTAL GERAL:					

A Entidade possui alguma atividade remunerada?

Sim. Esclareça: _____
 Não

O serviço é ofertado de forma gratuita aos usuários?

Sim. Esclareça: _____
 Não

A Entidade recebe doações ou possui direito sobre bens dos usuários de seus serviços?

Sim Não

Em caso afirmativo, quanto? _____

Certifico e dou fé que todas as informações aqui prestadas são de extrema veracidade e expressam a realidade desta entidade. Declaro, ainda, estar ciente de que, se qualquer das condições ou compromissos estabelecidos neste Plano de Trabalho for ignorado ou executado de forma incorreta, implicará em descumprimento de contrato, com posterior cancelamento da parceria firmada.

Mauá, __ de outubro de 2015.

Presidente

Técnico Responsável
[Registro no Conselho Profissional](#)

Conselho Fiscal

QUALIFICAÇÃO DO PRESIDENTE

Nome:

RG:

CPF:

Formação:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone(s):

Mauá, ___ de outubro de 2015.

Assinatura por extenso

Assinatura usual

DECLARAÇÃO

Eu, _____ (presidente) declaro, para fins de prova junto ao Município de Mauá, para os efeitos e sob as penas da lei, que a _____ (entidade) não possui qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, Estadual ou Federal que impeça a transferência de recursos públicos.

Mauá, __ de outubro de 2015.

Presidente