

ANEXO III

PLANO DE GESTÃO – 2014

1. DADOS DA ENTIDADE

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Telefone:

2. RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE (PRESIDENTE)

Nome:

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço:

Telefone Residencial:

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:

Profissão:

Endereço:

Telefone Particular:

4. DADOS BANCÁRIOS

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

5. Nome do Serviço:

Regime de Atendimento:

Período de execução:

Usuários: (usuário e faixa etária atendida dentro da Tipificação)

Meta Conveniada:

6. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

a) Descrição Geral:

b) Descrição Específica: (para cada usuário e faixa etária atendida, em conformidade com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).

7. USUÁRIOS (detalhamento / vindo de qual serviço / vulnerabilidade)

8. OBJETIVOS

a) Justificativa do Serviço:

b) Objetivos Gerais:

c) Objetivos Específicos: (para cada usuário e faixa etária atendida, em conformidade com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).

9. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

- Socioeducativas
- Eventos programados
- Colocar datas e horários

10. PROVISÕES

- a) Ambiente Físico:
- b) Recursos Materiais: (descrever mobiliário, permanente e de consumo da entidade)
- c) Materiais Socioeducativos:
- d) Veículos:
- e) Recursos Humanos: Apresentar dois quadros: **Quadro Geral de Recursos Humanos da Entidade**, inclusive voluntários e estagiários, e **Quadro Específico de Recursos Humanos pagos pelo Convênio**, conforme exemplificado a seguir:

Exemplo de Quadro Geral de Recursos Humanos da Entidade:

Nome	Função/Vínculo	Horário	Valor R\$
Ex.: Aparecida Santos	Coordenadora	44hs semanais	1.500,00
Ex.: Marta Barbosa	Assistente Social	44hs semanais	1.300,00
Ex: Jorge Silva	Educador Social	40hs semanais	1.000,00
Ex: Carmem Dias	Facilitadora de Oficina	8hs semanais	500,00
Ex: Mariana da Silva	Facilitadora de Oficina	8hs semanais	500,00
Ex: Lucia de Souza	Cozinheira	44h semanais	800,00
Ex.: Antonio Pereira	Estagiário/Serviço Social	20hs semanais	200,00
Ex: Josefa Barbosa	Voluntário/Ativ. Lúdica	2hs semanais	Passagem

Exemplo de Quadro Específico de Recursos Humanos pagos pelo Convênio:

Nome	Função/Vínculo	Horário	Valor R\$
Ex.: Marta Barbosa	Assistente Social	44hs semanais	1.300,00
Ex: Jorge Silva	Educador Social	40hs semanais	1.000,00
Ex: Carmem Dias	Facilitadora de Oficina	8hs semanais	500,00
Ex: Mariana da Silva	Facilitadora de Oficina	8hs semanais	500,00

f) **Trabalho Social Essencial ao Serviço:** (atendimentos, acompanhamentos, encaminhamentos, entre outros)

11. AQUISIÇÕES DOS USUÁRIOS (garantia de segurança sociais)

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

12. CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO

- a) Condições: (procedência)

b) Formas de Acesso: (formas de encaminhamento)

13. UNIDADE (equipamento no qual o serviço será executado/nome da entidade)

14. PERÍODO DE FUNCIONAMENTO (para cada usuário e faixa etária atendida, em conformidade com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).

15. ABRANGÊNCIA

16. ARTICULAÇÃO EM REDE (quais serviços, projetos, programas, organizações estão trabalhando em conjunto)

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 (específicas utilizadas)

19. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Concedente: Município, Estado, União, FMAS ou FMDCA (**Obs.: preencher de acordo com o Serviço a ser conveniado**)

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

Proponente: (contrapartida da Entidade para o Projeto Conveniado)

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

20. PREVISÕES ORÇAMENTÁRIAS

Destino	Próprios	P.M.M.	Estado	União	FMDCA	Soma
Recursos Humanos						
Material de Consumo						
Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica						

A Entidade possui alguma atividade remunerada?

- () Sim _____
() Não _____

A Entidade cobra alguma taxa de execução dos serviços?

- () Sim _____
() Não _____

A Entidade recebe doações ou possui direito sobre bens de seus beneficiários? Se sim, quanto?

Certifico e dou fé que todas as informações aqui prestadas são de extrema veracidade expressam a realidade desta Entidade. Declaro, ainda, estar ciente de que, se qualquer item aqui contido for ignorado, não cumprido ou ainda executado de forma incorreta, acarretará em descumprimento de contrato, com posterior cancelamento do convênio firmado.

Mauá, dia do mês de 2014.

Presidente da Entidade

Responsável Técnico

Conselho Fiscal

QUALIFICAÇÃO DO PRESIDENTE

Nome:

Endereço:

Telefone:

RG:

CPF:

Formação:

Profissão:

Mauá, dia do mês de 2014.

Assinatura por extenso

Assinatura usual