



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

Será selecionada proposta na seguinte área:

UNIDADE REQUISITANTE: Secretaria de Cidadania e Ação Social

NÍVEL DE COMPLEXIDADE DO SUAS: Proteção Social Especial de Alta Complexidade

SERVIÇO: Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência – Modalidade de Residência Inclusiva.

PÚBLICO-ALVO: Jovens e adultos de 18 a 59 anos com deficiência, em situação de dependência, prioritariamente beneficiários do BPC que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar e/ou que estejam em processo de desinstitucionalização de instituições de longa permanência.

Pessoa com Deficiência, conforme a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência “*são aquelas que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras, obstruem sua participação social*”. Tipos de deficiência serão considerados conforme Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

Residências Inclusivas são residências adaptadas, com ambiente acolhedor e estrutura física adequada, localizadas em áreas residenciais na comunidade, visando o desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar. Devem dispor de equipe especializada e metodologia adequada para prestar atendimento personalizado e qualificado, proporcionando cuidado e atenção às necessidades individuais e coletivas.

OBJETIVO GERAL: Acolher jovens e adultos com deficiência, de ambos os sexos, em situação de dependência, providenciando encaminhamentos diversos para o atendimento da situação apresentada. O trabalho deverá ser articulado com a Secretaria Municipal de Saúde e com apoio da SCAS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Ofertar de forma qualificada a proteção integral para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência;
- Promover a inclusão de jovens e adultos com deficiência na vida comunitária e social;
- Contribuir para interação e superação de barreiras; e
- Contribuir para construção progressiva da autonomia com maior independência e protagonismo no desenvolvimento das atividades da vida diária.

VAGAS: 26 (vinte e seis) jovens e adultos com deficiência.

QUANTIDADE DE SERVIÇOS A SER ESTABELECIDO PARCERIA – 02 unidades

ABRANGÊNCIA TERRITORIAL – Mauá

BEM IMÓVEL - Imóveis próprios ou locados pela organização, podendo utilizar repasse de recursos provenientes da parceria, com dependências físicas de acordo com as necessidades do serviço.

PRAZO: De 12 meses até 36 meses, conforme parecer técnico da Comissão de Fiscalização.

FUNCIONAMENTO: ininterrupto (24 horas).



FORMAS DE ACESSO: Encaminhados e referenciados pelo CREAS.

AMBIENTE FÍSICO:- Estrutura residencial adaptada, adequada e respeitando normas de acessibilidade. Localização em áreas residenciais na comunidade. Os espaços devem ser aconchegantes, com iluminação e ventilação adequadas, com ambientes agradáveis. Deve-se primar por uma infraestrutura que garanta espaços e rotas acessíveis, levando-se em conta as especificidades e características pessoais de cada residente de forma a não prejudicar a sua mobilidade no âmbito da residência e no entorno.

RECURSOS HUMANOS: a) Equipe de Referência para Residência Inclusiva

Cargo	Formação	Qtde.	Observação
Coordenador*/ Gerente de Unidade	Ensino Superior em Ciências Humanas com registro no órgão de classe, preferencialmente com experiência e conhecimento da área de atenção a PcD, da rede socioassistencial e demais serviços da cidade e região.	1 (para 2 unidades)	<u>Carga horária semanal</u> 44h
Assistente Social	Ensino Superior com registro no órgão de classe e preferencialmente com experiência na área de atenção a PcD em situação de dependência e famílias.	1 (para 2 unidades)	30h
Psicólogo	Ensino Superior com registro no órgão de classe e preferencialmente com experiência na área de atenção a PcD em situação de dependência e famílias.	1 (para 2 unidades)	30h
Terapeuta Ocupacional	Ensino Superior com registro no órgão de classe e preferencialmente com experiência na área de atenção a PcD em situação de dependência.	1 (para 2 unidades)	08h RPA
Motorista	Ensino Médio, com habilitação categoria D ou E, 1 ano de experiência e curso de condutor de transporte coletivo.	1 (para 2 unidades)	Quando a Entidade Social dispor de carro próprio - 44h
Cuidador*	Ensino Médio com desejável experiência em atendimento a pessoas com deficiência em situação de dependência.	1 profissional para cada grupo de 6 acolhidos, por turno.	
Auxiliar de Cuidador*	Ensino Fundamental com desejável experiência em atendimento a pessoas com deficiência em situação de dependência.	1 profissional para cada grupo de 6 acolhidos, por turno.	
Profissional de alimentação	Ensino Fundamental com desejável experiência em preparação de alimentos.	1 para cada unidade	44h
Trabalhador doméstico/Profis sional de Limpeza	Ensino Fundamental com desejável experiência em serviço doméstico.	1 para cada unidade	44h



IMPACTO SOCIAL ESPERADO:

- Contribuir para a redução das violações dos direitos socioassistenciais e seus agravamentos ou reincidência;
- Manter os indivíduos protegidos;
- Incluir os indivíduos em serviços e possibilitar o acesso a oportunidades;
- Incentivar a construção da autonomia; e
- Propiciar o rompimento do ciclo da violência doméstica e familiar.



ANEXO II

PLANO DE TRABALHO 2017 – COFINANCIAMENTO MUNICIPAL / ESTADUAL ou FEDERAL (Especificar qual a fonte do Cofinanciamento)

SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL: SERVIÇO (*nome do Serviço conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais*) – **PROTEÇÃO SOCIAL** (*Proteção Social a qual o Serviço está vinculado*)

1. DADOS DA ENTIDADE EXECUTORA

Razão Social:

CNPJ:

Data de Inscrição:

Atividade Econômica Principal:

Atividades Econômicas Secundárias:

Finalidade Estatutária: (*destacar de forma breve exclusivamente a que se refere ao Serviço*)

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone(s):

E-mail(s):

Site:

Nº Inscrição no CMAS:

Validade: Indeterminada com Manutenção Anual do

Comprovante

Tipo de Inscrição: () Entidade de Assistência Social () Entidade que presta Serviço Socioassistencial

Nº Registro no CMDCA:

Validade:

Nº Registro no CMI:

Validade:

CEBAS: *nº do registro mais recente* **Validade:**

Inserir item, quando for o caso para a execução do Serviço: **1.1. Outra Unidade de Atendimento**

2. PRESIDENTE DA ENTIDADE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome:

RG:

CPF:

Formação:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone Residencial:

E-mail:

Vigência do Mandato da Atual Diretoria: __/__/201__ a __/__/201__.

3. DADOS BANCÁRIOS (*conta específica para movimentação dos recursos liberados para o Serviço*)

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 Cumprimento de Metas: Mês/2017 a Dez/2017.

Prazo de Vigência do Convênio/Parceria: Mês/2016 a Dez/2018, com atualização anual do Plano de Trabalho e Cronograma Físico-Financeiro.

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 *(profissional conforme NOB-RH/SUAS para o Serviço)*

Nome:

Formação:

RG:

Endereço:

Cidade:

Telefone(s) para contato:

E-mail:

Registro no Conselho Profissional:

CPF:

Estado:

CEP:

6. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

- **Descrição Geral:** *(observar atentamente a forma como se apresenta a Descrição para este Serviço de acordo com a Tipificação, verificando se há divisão entre Geral e Específica)*
- **Descrição Específica:** *(para cada usuário e faixa etária atendida, conforme Tipificação)*

7. USUÁRIOS

(identificação e qualificação da demanda e relação com CRAS e/ou com CREAS)

8. OBJETIVOS

- **Justificativa:** *(diagnóstico da realidade que será objeto das atividades, demonstrando o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas)*
- **Objetivos Gerais:** *(observar atentamente a forma como se apresentam os Objetivos para este Serviço na Tipificação, verificando se há divisão entre Gerais e Específicos)*
- **Objetivos Específicos:** *(indicá-los diretamente no quadro, apontando de forma breve e objetiva quais as atividades/estratégias para atingi-los, quais os resultados esperados e os instrumentais para medir seu alcance, além de identificar os profissionais envolvidos)*

Objetivos Específicos	Metodologia / Estratégias: Atividades / Ações	Resultados Esperados / Indicadores		Meios de Verificação / Instrumentais	Profissionais Responsáveis pela Execução
		Quantitativos	Qualitativos		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					



QUADRO GERAL DE RECURSOS HUMANOS

(Quadro completo de trabalhadores da entidade; inclusive Estagiários e Voluntários, quando houver)

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

EQUIPE DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO CONFORME NOB-RH/SUAS

(Equipe responsável pela execução do Plano de Trabalho; especificar nº de horas dedicadas ao Serviço)

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

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA PAGOS COM RECURSOS DO COFINANCIAMENTO

(relacionar os profissionais, especificando nº de horas dedicadas ao Serviço)

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

6. Ações Complementares Essenciais ao Serviço: *(reuniões e encaminhamentos, entre outras)*

11. AQUISIÇÕES DOS USUÁRIOS *(garantia de segurança sociais para o Serviço)*

1. Segurança de Acolhida:
2. Segurança de Convívio Familiar, Comunitário e Social:
3. Segurança de Desenvolvimento da Autonomia:

12. CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO

- Condições: *(procedência)*
- 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

Entidade: *(Exemplo: De segunda a sexta-feira, das 8h às 17h).*

Serviço: *(Exemplo: De segunda a quinta-feira, em turnos diários de 4 horas).*

*Exceto Serviços de Acolhimento Institucional com funcionamento: **Ininterrupto (24 horas)***



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE CIDADANIA E AÇÃO SOCIAL
GABINETE

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 alcance dos objetivos 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	Maió	Junho
Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

PROPONENTE: *(contrapartida da entidade para o Serviço)*

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

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

Obs: Os rendimentos de aplicações financeiras da conta vinculada ao convênio/parceria poderão ser utilizados no Serviço, considerando o Plano de Trabalho Anual.

21. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura do Município de Mauá, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede deferimento.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE CIDADANIA E AÇÃO SOCIAL
GABINETE**

Mauá, __ de _____ de 201_.

Presidente

Técnico Responsável

Nº do Registro no Conselho Profissional

IMPORTANTE: Não se esqueça de apagar todas as instruções de preenchimento (texto em azul), após a construção do Plano.

CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO – EM REAIS (R\$)

(especificar os elementos de despesa de acordo com Serviço)

Cronograma Físico-Financeiro 2017 – Recurso Municipal, Estadual ou Federal (especificar qual a fonte de recurso em questão)

Natureza da Despesa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1. RECURSOS HUMANOS													
Salários, Férias, 13º Salário, Dissídio, Vale-transporte, Hora Extra, Adicional Noturno, Salário Família, Rescisão Contratual.													
Encargos (FGTS / INSS/ PIS/ IRRF).													
SUBTOTAL 01													
2. MATERIAL DE CONSUMO													
Material Socioeducativo / Pedagógico; Escritório e Expediente; Higiene e Limpeza; Alimentação; Gás (botijão); Medicamentos e Combustível (somente abrigos/residências).													
SUBTOTAL 02													
3. SERVIÇOS DE TERCEIROS/ PESSOA FÍSICA													
Profissionais Autônomos (RPA)													
Encargos													
SUBTOTAL 03													
4. SERVIÇOS DE TERCEIROS/ PESSOA JURÍDICA													
Água e Esgoto; Energia Elétrica; Telefone; Gás envazado; Cópias; Recarga de Cartucho / Toner; Internet; Transporte; Aluguel; Serviços Contábeis.													
TOTAL GERAL (1+2+3+4)													

Estimativa de Dissídio: (mês base para o dissídio e o valor percentual estimado para reajuste salarial)

Mauá, __ de _____ de 201__.

Presidente: _____

ANEXO III

**REQUERIMENTO
(EM PAPEL TIMBRADO DA OSC INTERESSADA)**

À
Secretaria de Cidadania e Ação Social
A/C Sra. Secretária

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no chamamento público Nº 001/2016, divulgado pela Prefeitura Municipal de Mauá, por intermédio da Secretaria de Cidadania e Ação Social - SCAS, para execução do **Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência – modalidade de R.I. – Residência Inclusiva.**

INFORMAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL;-

01 – Nome da OSC:-

02 – Endereço da OSC:-

03 – Bairro:

04 – Município:

05 – UF:

06 – CEP:

07 – CNPJ:

08 – DDD – Telefone:

09 – Celular:

10 – E-mail:

11 – Nome do Técnico Responsável

12 -Formação/Registro

13 –R.G.

14- CPF nº

____/____/____

Assinatura do Técnico Responsável

Responsável Legal pela Proponente

Obs.: Reconhecer firma.

ANEXO IV

MODELOS DE DECLARAÇÕES

A – Declaração de que o proponente abrirá conta corrente exclusiva para o repasse financeiro, proveniente da parceria com a SCAS.

A Organização da Sociedade Civil....., inscrita no CNPJ sob o nº, por intermédio do/a presidente que abaixo assina, declara, para os devidos fins, que tem conhecimento e compromete-se em abrir conta corrente em instituição financeira pública, indicada pela administração pública, exclusiva para o repasse dos recursos financeiros proveniente da parceria com a SCAS, para desenvolver as ações conforme a metodologia proposta pelo Serviço descrito no Plano de trabalho, referente ao **Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência – modalidade de R.I. – Residência Inclusiva**

Mauá, de de 2016

Assinatura do Representante Legal

B- Declaração do representante da entidade de que os membros da Diretoria não ocupam cargo ou função remunerada na organização social

Eu,, portador do RG nº, inscrito no CPF sob o nº....., Presidente da OSC, inscrita no CNPJ sob o nº....., declaro, para os devidos fins, que nenhum dos membros da Diretoria da Organização que represento é remunerado e nem mesmo recebe ajuda de custo para o desempenho de suas atividades.

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

C- Declaração de capacidade administrativa, técnica e gerencial para execução ou manutenção das ações previstas no objeto

Declaro, para fins de cumprimento ao item 3.4 subitem 14 do Chamamento Pública Nº 001/2016, que a(nome da OSC)possui capacidade técnica e administrativa, bem como de instituir equipe própria qualificada e disponível para acompanhar e executar a proposta apresentada. .

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

D- Declaração do Representante Legal da OSC de que seus funcionários/prestadores de serviços não têm vínculo de emprego com a Prefeitura de Mauá

Eu, portador do RG, nº, inscrito no CPF sob o nº, Presidente da OSC inscrita no CNPJ sob o nº, declaro, para os devidos fins, que nenhum dos nossos funcionários/prestadores de serviços mantém vínculo de emprego (concurado ou comissionado) com a Prefeitura de Mauá.

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

E - Declaração de conhecimento e aceitação do Edital

A OSC, inscrita no CNPJ sob o nº, por intermédio do presidente que abaixo assina, declara, para os devidos fins, conhecer e aceitar todos os termos e condições apostos no Edital de Chamamento Público nº 001/2016, que visa a seleção de propostas e parcerias com OSCs sem fins lucrativos para execução do serviço socioassistencial de Proteção Social Especial de Alta Complexidade - Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência - Residência Inclusiva

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

F- Declaração de conhecimento e compromisso de desenvolver as ações conforme a metodologia específica proposta pelo Serviço objeto da Parceria.

A OSC, inscrita no CNPJ sob o nº, por intermédio do presidente que abaixo assina, declara, para os devidos fins, que tem conhecimento e compromete-se a desenvolver as ações conforme a metodologia proposta pelo Serviço descrito no Plano de Trabalho referente ao Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência - Residência Inclusiva.

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

G - Declaração de compromisso de participar de reuniões, planejamentos e capacitações, referentes ao serviço proposto, promovidos pela SCAS

Declaro, para os devidos fins, que a OSC , inscrita no CNPJ sob o nº....., assume o compromisso de encaminhar representantes da diretoria e/ou equipe técnica nas reuniões, planejamentos e capacitações referentes ao serviço proposto, promovidos pela Secretaria de Cidadania e Ação Social – SCAS, visando assegurar a excelência do objeto da parceria, conforme os termos e condições apostos no Edital de Chamamento Público nº 001/2016,

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

H- Declaração do Representante Legal da OSC que não serão contratados para execução do serviço, familiares de membros da Diretoria, assim como cônjuge ou companheiro (a), bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau.

Eu,, portador do RG nº....., inscrito no CPF sob o nº, Presidente da OSC, inscrita no CNPJ sob o nº, declaro, para os devidos fins, que não contrataremos para execução do serviço, objeto da parceria, familiares de membros da Diretoria, assim como cônjuge ou companheiro, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau.

Mauá, de de 2016

Assinatura do Representante Legal

I- Declaração do Representante Legal da OSC sobre a Contratação no Regime CLT

Eu,, portador do RG nº, inscrito no CPF sob o nº, Presidente da OSC, inscrita no CNPJ sob o nº, declaro, para os devidos fins, que os seus empregados que compõe a equipe de referência prevista no Plano de Trabalho, serão contratados em Regime de Trabalho CLT.

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

J - Declaração do Representante Legal da OSC sobre mora e débito junto à administração pública

Eu,, portador do RG nº, inscrito no CPF sob o nº, Presidente da OSC, inscrita no CNPJ sob o nº, declaro, para os devidos fins, que a mesma não possui mora e débito junto a qualquer órgão ou entidade da administração pública.

Mauá, de de 2016.

Assinatura do Representante Legal

ANEXO V

Questionário de Sustentabilidade

ISENÇÕES

Tipo	X	Início	Vencimento
Municipal			
Estadual			
Federal			

RECURSOS FÍSICOS: IMÓVEIS

PRÓPRIO

Quant.	Valor Venal	Endereço
1		
2		
3		

ALUGADO

Quant.	Locador	Valor do Aluguel / mês	Endereço
1			
2			
3			

CEDIDO

Quant.	Proprietário	Endereço
1		
2		
3		

MATERIAIS IMOBILIZADOS DA ENTIDADE

(Máquinas, Móveis, Veículos e Equipamentos) – Obs. O nº do Patrimônio não é obrigatório

Quant.	Material	Patrimônio	Custo Unitário em R\$	Custo Total em R\$
10	Cadeiras		R\$ 15,00	R\$ 150,00
30	Camas		R\$ 40,00	R\$ 800,00
3	Computadores		R\$ 500,00	R\$ 1.500,00
			Total	R\$

RECURSOS DE OUTRAS PARCERIAS

1. Federal

Quant.	Órgão de Origem do Recurso	Projeto	Valor Mensal	Valor Anual
1				
2				
3				
Total de Recursos Federais			R\$	R\$

2. Estadual

Quant.	Órgão de Origem do Recurso	Projeto	Valor Mensal	Valor Anual
1				
2				
3				
Total de Recursos Estaduais			R\$	R\$

3. Municipal

Quant.	Órgão de Origem do Recurso	Projeto	Valor Mensal	Valor Anual
1				
2				
3				
Total de Recursos Municipais			R\$	R\$

QUADRO DE RESUMO DOS RECURSOS

Origem dos Recursos	Valor Mensal	Valor Anual
Federal		
Estadual		
Municipal		
Total dos Recursos	R\$	R\$