# APÊNDICE II – MODELO DE PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

**O PLANO DE TRABALHO É COMPOSTO POR:**

* **TERMO DE REFERÊNCIA,**
* **ANEXO A (Cronograma Físico financeiro),**
* **ANEXO B (lista de mobiliário disponível para o Serviço)**
* **ANEXO C (currículo da instituição)**

**(OBS: REMOVER TODO O TEXTO EM AZUL QUANDO DO PREENCHIMENTO)**

**PLANO DE TRABALHO 2019**

Edital de Chamamento Público nº 003/2019 – Secretaria de Promoção Social

**APRESENTAÇÃO**

(Apresentação da Organização: Deverá demonstrar o seu conhecimento sobre acolhimento institucional, e sua visão sobre a gestão desses serviços, objeto do presente Chamamento Público, através de uma abordagem sucinta e técnico conceitual contemplando: Conhecimento sobre a política de assistência social, destacando a gestão de serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos no âmbito da proteção social especial.Conhecimento sobre o Sistema Único da Assistência Social – SUAS e das normativas da Proteção social especial de alta complexidade.)

SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL: SERVIÇO … (conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

PROTEÇÃO SOCIAL … (Proteção Social a qual o Serviço está vinculado)

1. **DADOS da Organização da Sociedade Civil (OSC)**

Razão Social:

CNPJ: Data de Inscrição:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone(s):

E-mail(s): Site:

Horários de Funcionamento: (Dias e Horários de Funcionamento da OSC)

 1.1. **CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA**

CNPJ: Data de Inscrição:

Atividade Econômica Principal: (Informar código e denominação conforme consta no CNPJ)

Atividades Econômicas Secundárias: (Informar códigos e denominações conforme consta no CNPJ)

 1.2. **FINALIDADE ESTATUTÁRIA COMPATÍVEL COM OBJETO DA PARCERIA**

(Somente finalidade(s) relacionada(s) ao Serviço objeto da parceria; citando nº do artigo e, se for o caso, do inciso)

 1.3. **INSCRIÇÕES E REGISTROS NOS CONSELHOS DA ÁREA DE ATUAÇÃO**

Nº Inscrição no CMAS: Validade: Indeterminada com Manutenção Anual do Comprovante

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

Nº Registro no CMDCA: (se houver) Validade:

 1.4. **CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (se não tiver, escrever abaixo: “não possui”)**

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

 1.5. **PRESIDENTE OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:

RG/Órgão Emissor: CPF:

Formação: Profissão:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone Residencial: E-mail:

Vigência do Mandato da Atual Diretoria: \_\_/\_\_/201\_ a \_\_/\_\_/201\_.

 1.6. **CONTA-CORRENTE ESPECÍFICA DA PARCERIA (exclusiva para movimentação dos recursos da parceria)**

Banco: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Agência: Conta-Corrente: A ser informado por meio de ofício, antes da assinatura do Termo de Colaboração.

2. **IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO**

Modalidade de Parceria: Termo de Colaboração.

Objeto: (Tipo de Serviço Socioassistencial)

Unidade de Referência da Proteção Social Especial: (CREAS de Referência)

Usuários: (Usuários e Faixa etária, conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA)

Capacidade de Atendimento: (Número pactuado de usuários)

Prazo de Execução/Vigência da Parceria: Nº de Meses, de Dia/Mês/Ano a Dia/Mês/Ano

Valor Global Anual para Execução do Objeto: R$ ……..

3. **UNIDADE EXECUTORA DO SERVIÇO**

Razão Social:

CNPJ: Data de Inscrição:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone(s):

E-mail(s): Site:

Horários de Funcionamento: (Dias e Horários de Funcionamento da Unidade Executora)

4. **TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO**

Nome:

Formação: Nº do Registro do Conselho Profissional:

RG/Órgão Emissor: CPF:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone(s) para contato: E-mail:

Carga horária: Dias e Horários:

5. **DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

1. Descrição Geral: (Conforme APÊNDICE I EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)
2. Descrição Específica: (Conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

6. **USUÁRIOS**

(Identificação e qualificação da demanda e relação com CRAS e/ou com CREAS, conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

7. **OBJETIVOS**

1. Justificativa: (Texto breve e objetivo, contendo o diagnóstico da realidade que será objeto das atividades, demonstrando o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas)
2. Objetivos Gerais: (Conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)
3. Objetivos Específicos: (Indicar diretamente no Quadro a seguir, os Objetivos Específicos conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO, e informar 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, da Equipe de Referência, responsáveis pelas ações). UTILIZAR TAMBÉM AS INFORMAÇÕES DO APÊNDICE III – INDICADORES E METAS, pois serão itens monitorados pela SPS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivos Específicos | Metodologia/Estratégias: Atividades/Ações  | **Resultados Esperados / Indicadores** | **Meios de****Verificação /****Instrumentais** | Profissionais da Equipe de Referência, responsáveis pelas ações |
| **Quantitativos** | **Qualitativos** |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

8. **CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

(TODAS as atividades, ações, eventos e/ou etapas previstas para o período de execução do Serviço)

|  |  |
| --- | --- |
| ATIVIDADES / AÇÕES / EVENTOS / ETAPAS | EXECUÇÃO (EM MESES) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 8.1. **QUADRO DESCRITIVO DAS ATIVIDADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ATIVIDADES  | CONTEÚDO RESUMIDO | DIAS DA SEMANA | HORÁRIOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ALIMENTAÇÃO: (Informar tipo e quantidade de refeições, caso seja oferecida alimentação aos usuários do Serviço, na Organização e/ou em eventos internos ou externos)  |

9. **PROVISÕES PARA EXECUÇÃO DO OBJETO:**

1. Ambiente Físico e Infraestrutura :

**Imóvel**: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Outros (em caso de “Cedido” ou “Outros”, esclarecer)

**Terreno e Área construída**:

**Instalações Físicas**: (Quadro com descrição de todos os ambientes; informando quanto às condições de acessibilidade, incluindo nº de banheiros adaptados, quando houver)

**Endereço das Unidades**: (em caso de imóvel próprio ou cedido)

1. Recursos Materiais: (Quadro com a relação e a quantidade de móveis; \*equipamentos; material permanente e material de consumo). \*informar marca e modelo de impressora(s)
2. Materiais Socioeducativos: (Artigos pedagógicos, culturais e esportivos disponibilizados para o serviço)
3. Veículo: ( ) Próprio (somente veículo em nome da Organização da Sociedade Civil) ( ) Alugado
4. Descrição: (marca/modelo/placa)

f) **QUADRO DE RECURSOS HUMANOS**

**i) QUADRO COMPLETO DE RECURSOS HUMANOS DA ORGANIZAÇÃO** (inclusive estagiários e voluntários, quando houver)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cargo/Função | Escolaridade/Formação | Vínculo | Carga Horária | Dias e Horários | Salário Base Mês R$ |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |

**ii) EQUIPE DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO CONFORME NOB-RH/SUAS E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DO SERVIÇO**

(Equipe Responsável pela execução do Plano de Trabalho; especificando Nº de Horas Dedicadas ao Serviço)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cargo/Função | Escolaridade/Formação | Vínculo | Carga HoráriaEspecífica | Dias e Horários | Salário Base Mês R$ |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

* A Equipe de Referência do Serviço é definida pelas normativas do SUAS e pactuada neste Plano de Trabalho, portanto sua composição deverá ser mantida durante toda a vigência da parceria; sendo possível, se necessário, a eventual substituição de funcionários, não substituição de cargos ou a redução do número de profissionais.
* As substituições de funcionários serão devidamente informadas ao(s) Técnico(s) de Monitoramento nas visitas e à Gerência Administrativa e Financeira na prestação de contas por meio de ofício. Estas substituições deverão ser realizadas o mais breve possível, assegurando a composição da Equipe de Referência prevista, o cumprimento do Plano de Trabalho e o adequado atendimento aos usuários.

**iii) PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO PAGOS COM RECURSOS DO COFINANCIAMENTO**

(Relacionar os profissionais, especificando Nº de Horas Dedicadas ao Serviço Objeto da Parceria)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cargo/Função | Escolaridade/Formação | Vínculo | Carga HoráriaEspecífica | Dias e Horários | Salário Base Mês R$ |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

* Os profissionais da Equipe de Referência, indicada neste quadro, a serem pagos com recursos públicos, são os mesmos considerados nas estimativas de despesas constantes no Cronograma Físico-Financeiro; os profissionais que não constarem neste quadro serão pagos com recursos próprios, a título de contrapartida, durante toda a vigência da parceria.
* É obrigatório anexar a este Plano a Norma Trabalhista que determina a data-base, o Piso salarial, se houver, e os índices de reajuste das categorias envolvidas.

10. **AÇÕES ESSENCIAIS AO SERVIÇO**: (conforme **APÊNDICE I** do edital – termo de referência do serviço)

11. **AQUISIÇÕES DOS USUÁRIOS (conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)**

12. **CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO (conforme APÊNDICE I** **DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)**

13**. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO**

Exemplo: 2ª a 5º-feira, em turnos diários de 4 horas, considerando atividades realizadas no período da manhã e da tarde, totalizando 16 horas semanais.

Exceto no Serviço de Acolhimento Institucional: Ininterrupto (24 horas)

14. **ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**  (conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

15. **ARTICULAÇÃO EM REDE** (conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

16. **IMPACTO SOCIAL ESPERADO** (conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

17. **REGULAMENTAÇÕES E REFERÊNCIAS** (conforme APÊNDICE I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)

18. **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO** – EM REAIS (R$)

 A) CONCEDENTE: Secretaria de Promoção Social VALOR GLOBAL ANUAL: R$ ………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mês 01** | **Mês 02** | **Mês 03** | **Mês 04** | **Mês 05** | **Mês 06** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Mês 07** | **Mês 08** | **Mês 09** | **Mês 10** | **Mês 11** | **Mês 12** |
|  |  |  |  |  |  |

 B) OSC: (NOME DA ORGANIZAÇÃO) VALOR GLOBAL ANUAL: R$ ……….. (se não houver contrapartida, colocar “R$ 0,00”)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mês 01** | **Mês 02** | **Mês 03** | **Mês 04** | **Mês 05** | **Mês 06** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Mês 07** | **Mês 08** | **Mês 09** | **Mês 10** | **Mês 11** | **Mês 12** |
|  |  |  |  |  |  |

19. **PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA PARCERIA**

|  |  |
| --- | --- |
| NATUREZA DAS DESPESAS | VALORES EM R$ |
| 1. Recursos Humanos |  |
| 2. Material de Consumo |  |
| 3. Serviços de Terceiros / Pessoa Física |  |
| 4. Serviços de Terceiros/Pessoa Jurídica |  |
| TOTAL / VALOR GLOBAL ANUAL: |  |

OBSERVAÇÃO: Mediante solicitação prévia e autorização formal da Secretaria de Promoção Social, eventuais rendimentos de aplicações financeiras da conta vinculada à parceria poderão ser utilizados no Serviço objeto da parceria durante a vigência do Termo de Colaboração, considerando o Plano de Trabalho aprovado.

20. **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 inexiste 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.Mauá, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.Técnico Responsável(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)(Nome do Representante Legal da OSC)(Cargo/Função) |

**PLANO DE TRABALHO: ANEXO A – CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO 2019** – EM REAIS (R$)

Especificar elementos de despesa compatíveis com o serviço; e nos cálculos do item 1. Recursos Humanos, considerar somente os profissionais do quadro de PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA PAGOS COM RECURSOS DO COFINANCIAMENTO.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NATUREZA DA DESPESA | Mês 01 | Mês 02 | Mês 03 | Mês 04 | Mês 05 | Mês 06 | Mês 07 | Mês 08 | Mês 09 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 | 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 \_\_\_\_\_. Presidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PLANO DE TRABALHO: ANEXO B – LISTA DE MOBILIÁRIO DISPONÍVEL PARA O SERVIÇO**

(SE HOUVER)

|  |  |
| --- | --- |
| **QUANTIDADE** | **ITEM** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PLANO DE TRABALHO: ANEXO C – CURRÍCULO DA INSTITUIÇÃO**

A ORGANIZAÇÃO DEVE DESCREVER:

* Instrumentos de parceria firmados com órgãos e entidades da administração pública, organismos internacionais, empresas ou outras organizações da sociedade civil;
* Relatórios de atividades com comprovação das ações desenvolvidas;
* Publicações, pesquisas e outras formas de produção de conhecimento, realizadas pela Organização da Sociedade Civil ou a respeito dela;
* Currículos profissionais de integrantes da Organização da Sociedade Civil, sejam dirigentes, conselheiros, associados, cooperados, empregados, entre outros;
* Declarações de experiência prévia e de capacidade técnica no desenvolvimento de atividades ou projetos relacionados ao objeto da parceria ou de natureza semelhante, emitidas por órgãos públicos, instituições de ensino, redes, organizações da sociedade civil, movimentos sociais, empresas públicas ou privadas, conselhos, comissões ou comitês de políticas públicas; ou
* Prêmios de relevância recebidos no País ou no exterior pela Organização da Sociedade Civil.

OBS.: O currículo deve detalhar datas, locais, atividades, etc