

**ANEXO II-A**

**PLANO DE TRABALHO 2019 – COFINANCIAMENTO MUNICIPAL, ESTADUAL e FEDERAL**

**Edital de Chamamento Público nº ...../2018 – Secretaria de Promoção Social**

**SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL: SERVIÇO ...** *(conforme ANEXO 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 FÍSICA**

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:

Nº Inscrição no CMI: *(se houver)* Validade:

**1.4. CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (NÃO OBRIGATÓRIO)**

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.

## TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

### 3. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

**Modalidade de Parceria:** Termo de Colaboração.

**Objeto:** *(Tipo de Serviço Socioassistencial, conforme ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

**Unidade de Referência da Proteção Social .....** *(Básica ou Especial): (CRAS ou CREAS de Referência)*

**Usuários:** *(Usuários e Faixa etária, conforme ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

**Capacidade de Atendimento:** *(Número pactuado de usuários)*

**Valor Per Capita:** *(item 3.1.1. do EDITAL)*

**Prazo de Execução/Vigência da Parceria:** *Nº de Meses, de Dia/Mês/Ano a Dia/Mês/Ano (item 13.1. do EDITAL)*

**Valor Global Anual para Execução do Objeto:** R\$ ..... *(Valor = Nº de Usuários x Per Capita x Nº de Meses)*

### 4. 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)*

### 5. 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:**

### 6. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

a) **Descrição Geral:** *(Conforme ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

b) **Descrição Específica:** *(Conforme ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

### 7. USUÁRIOS

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

### 8. OBJETIVOS

a) **Justificativa:** *(Texto breve e objetivo, contendo o diagnóstico da realidade que será objeto das atividades, demonstrando o nexos entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas)*

b) **Objetivos Gerais:** *(Conforme ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

c) **Objetivos Específicos:** *(Indicar diretamente no Quadro abaixo, os Objetivos Específicos conforme ANEXO 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).*

## TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

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.					

### 9. 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 (Janeiro a Dezembro)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

#### 9.1. 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)*

### 10. PROVISÕES

#### a) 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)*

## TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

- b) **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)*
- c) **Materiais Socioeducativos:** *(Artigos pedagógicos, culturais e esportivos disponibilizados para o serviço)*
- d) **Veículo:** *(marca/modelo/placa) (somente veículo em nome da Organização da Sociedade Civil)*
- e) **Recursos Humanos:** *(Especificar os quadros para cada Unidade Executora, se houver mais de um local)*

### QUADRO GERAL DE RECURSOS HUMANOS

(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.						

### EQUIPE DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO CONFORME NOB-RH/SUAS E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DO SERVIÇO (Equipe Responsável pela execução do Plano de Trabalho; especificando N° de Horas Dedicadas ao Serviço)

Nome	Cargo/Função	Escolaridade/ Formação	Vínculo	Carga Horária Específica	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 a 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 Divisão de Projetos, Contratos e Convênios 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.

### PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO PAGOS COM RECURSOS DO COFINANCIAMENTO (Relacionar os profissionais, especificando N° de Horas Dedicadas ao Serviço Objeto da Parceria)

Nome	Cargo/Função	Escolaridade/ Formação	Vínculo	Carga Horária Específica	Dias e Horários	Salário Base Mês R\$
1.						
2.						
3.						

➤ Os profissionais da Equipe de Referência indicados 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.

## TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

f) **Ações Essenciais ao Serviço:** *(conforme ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

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

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

**13. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO**

*Exemplo: 2ª a 5ª-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 ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

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

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

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

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

**CONCEDENTE:** Secretaria de Promoção Social      **VALOR GLOBAL ANUAL:** R\$ .....

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

**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	
<b>TOTAL / VALOR GLOBAL ANUAL:</b>	

**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.

**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 inexistem quaisquer débitos 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 201\_\_.

**Técnico Responsável**  
(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)

**(Nome do Representante Legal da OSC)**  
(Cargo/Função)

***IMPORTANTE:*** Não esquecer de remover todas as instruções de preenchimento (texto em azul), após a elaboração do presente Plano de Trabalho.