

TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

ANEXO II-A

PLANO DE TRABALHO 2019

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:

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

(Descrever 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

2. 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)*

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

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)*

6. USUÁRIOS

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

7. OBJETIVOS

a) **Justificativa:** *(Texto breve e objetivo, com 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.					

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 (Janeiro a Dezembro)											
	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

a) Ambiente Físico e Infraestrutura :

Imóvel: () Próprio () Alugado () Cedido () Outro *(em caso de "Cedido" ou "Outro", 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 Nº 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 Nº 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 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)*

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

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

12. 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)

13. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL *(conforme ANEXO I DO EDITAL – TERMO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO)*

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

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

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

17. 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

18. 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.

TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

19. 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.