

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

ANEXO II – PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

PROJETO _____

EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE _____

ORGANIZAÇÃO _____

ANEXO II – PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

ÍNDICE:

Identificação da Organização	Pg. 03
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

ANEXO I – PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

1) IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Nome da Organização:		
Data de Constituição: ----/----/-----		
CNPJ:	Data de inscrição no CNPJ:- --/---/-----	
Endereço:		
Cidade / UF:	Bairro:	CEP:
Telefone:	Fax:	Site / e-mail:
Horário de funcionamento: Dias da semana:		

1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS

Inscrição no CMAS	Nº
Registro no CMDCA (quando houver)	Nº
Inscrição no CNAS	Nº
Inscrição no CMI (quando houver)	Nº
CEBAS – último registro e validade	Nº
Utilidade Pública ()Federal ()Estadual ()Municipal	Nº

Outros: _____

1.3) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

Presidente ou Representante legal da entidade:		
Cargo:	Profissão:	
CPF:	Data de nascimento:	Órgão Expedidor:
RG:		
Vigência do mandato da diretoria atual	de ----/----/----- até ----/----/-----	

1.4) RELACIONE OS DEMAIS DIRETORES

Nome do Diretor:		
Cargo:	Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Nome do Diretor:		
Cargo:	Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:

Nome do Diretor:		
Cargo:	Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:

Nome do Diretor:		
Cargo:	Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:

2) ÁREA DA ATIVIDADE

Preponderante:

Assistência Social Saúde Educação Cultura Esporte

Secundária, quando houver: (pode assinalar mais de 1)

Assistência Social Saúde Educação Cultura Esporte

2.1) NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Atendimento Assessoramento Defesa e garantia de direitos

3) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO POR PROTEÇÃO

Básica Especial de Média Complexidade Especial de Alta Complexidade

4) IDENTIFICAÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO

- I - orientação e apoio sócio-familiar;
- II - apoio sócio-educativo em meio aberto;
- III - colocação familiar;
- IV - acolhimento institucional; (Redação dada pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência
- V - prestação de serviços à comunidade; (Redação dada pela Lei nº 12.594, de 2012)
- VI - liberdade assistida; (Redação dada pela Lei nº 12.594, de 2012)
- VII - semiliberdade; e (Redação dada pela Lei nº 12.594, de 2012)
- VIII - internação. (Incluído pela Lei nº 12.594, de 2012) (Vide)

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

5) VALOR DA PROPOSTA

5.1 Previsão Valor mensal e valor global do período

5.2 Cronograma de Desembolso

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO					
Mês 1 R\$	Mês 2 R\$	Mês 3 R\$	Mês 04 R\$	Mês 05 R\$	Mês 06 R\$
Mês 7 R\$	Mês 8 R\$	Mês 9 R\$	Mês 10 R\$	Mês 11 R\$	Mês 12 R\$

5.3 PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA – RECURSO PÚBLICO - FUNCAD

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Total Previsto
RECURSOS HUMANOS 5 - Subtotal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salários e ordenados													
INSS													
PIS													
Dissídio Coletivo													
Vale transporte													
Vale alimentação													

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Outros: _____													
RECURSOS HUMANOS 6 - Subtotal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Serviço (RPA/ nota)													
Autônomo (especificar função)													
Pessoa Jurídica (especificar)													
Outros: _____													
MEDICAMENTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Descrever													
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Descrever													
Descrever													
Descrever													
Outros: _____													
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Materiais de Expediente													
Materiais de Escritório													
Materiais Pedagógicos													
Materiais pequenos reparos/Manutenção													
Materiais de Limpeza e higiene													
Outros: _____													
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Manutenção predial													
Serviços de Contabilidade													
Locação de Veículos													
Locação de Impressora													
Seguros													
Outros: _____													
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LOCAÇÃO DIVERSAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Locação de equipamentos													

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Locação de Veículos													
(descrever item a item)													
(descrever item a item)													
UTILIDADES PÚBLICAS (7)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Energia Elétrica Projeto													
Água destinado ao uso do Projeto													
Telefone destinado ao uso do Projeto													
Internet destinado ao uso do Projeto													
Gás destinado ao uso do Projeto													
COMBUSTÍVEL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Combustível utilizado ao uso do Projeto													
PROVISÕES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Férias													
13º salário													
FGTS													
TOTAL FINAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

6) TIPO DE SERVIÇO A SER OFERTADO

(Descrever o serviço que será executado em conformidade com Artigo 90 do ECA conforme assinalado no item 4 deste anexo)

6.1) PÚBLICO ALVO

(Indicar o público-alvo, especificando o público a ser atendido e faixa etária)

6.2) IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

(Especificação da região do município destinado à execução do ajuste)

6.3) IDENTIFICAÇÃO DO VOLUME DE SERVIÇOS

(Indicar o número de vagas a serem ofertadas associando-as com a respectiva demanda – Não desmembrar as vagas, informar o número total)

6.4) DESCRIÇÃO DA REALIDADE (Diagnóstico)

(Descrever a realidade que será objeto da parceria, demonstrando onexo entre essa realidade e as atividades e metas a serem atingidas)

6.5) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO (forma clara e sucinta)

(Descrever/detalhar com palavras próprias o que será realizado com os usuários)

6.6) OBJETIVO GERAL

(O que a Organização Social pretende alcançar ao seu final. Deve ser escrito de forma clara, sucinta e objetiva. Este objetivo deve estar relacionado diretamente ao Serviço que a entidade pretende executar para o Município)

6.7) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

(São aqueles relacionados ao objetivo geral que contribuirão para a alteração global da situação enfrentada, através das ações que o Serviço desenvolverá junto ao público-alvo. Estão necessariamente articulados ao Objetivo Geral. Os objetivos devem responder as expressões: O que? Como? Para que? Ou Para Quem?)

6.8) METODOLOGIA DO SERVIÇO

(Descrever detalhadamente as ações que serão desenvolvidas com o público-alvo visando alcançar os objetivos do Serviço e os resultados esperados)

6.9) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (inserir quantas atividades forem necessárias)

ATIVIDADE 1:

Nome da atividade:

Objetivo específico:

Meta Quantitativa: (Quantidade)

Meta Qualitativa:

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas:

Periodicidade da avaliação das metas:

(Definir a frequência de medição do indicador a partir da fonte; Pode ser diária, semanal, quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual)

Forma de conduzir a atividade:

(Informar a maneira como serão desenvolvidas as atividades e materiais utilizados. Ex.: oficinas socioeducativas, cursos profissionalizantes, eventos culturais, encontros reuniões)

Profissionais envolvidos:

(Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade, informar apenas profissionais que estarão de forma presencial na atividade)

Período de realização semanal:

(Dias da semana)

Horário da atividade:

Quantas horas de atividades semanais:

Resultados esperados específicos desta atividade:

Qualitativos –

Quantitativos –

ATIVIDADE 2:

Nome da atividade:

Objetivo específico:

Meta Quantitativa: (Quantidade)

Meta Qualitativa:

Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas:

Periodicidade da avaliação das metas:

(Definir a frequência de medição do indicador a partir da fonte; Pode ser diária, semanal, quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual)

Forma de conduzir a atividade:

(Informar a maneira como serão desenvolvidas as atividades e materiais utilizados. Ex.: oficinas socioeducativas, cursos profissionalizantes, eventos culturais, encontros reuniões)

Profissionais envolvidos:

(Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade, informar apenas profissionais que estarão de forma presencial na atividade)

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Período de realização semanal:

(Dias da semana)

Horário da atividade:

Quantas horas de atividades semanais:

Resultados esperados específicos desta atividade:

Qualitativos –

Quantitativos –

6.10) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

I – Indicar previsão o período de vigência deste plano de trabalho

A partir da data de assinatura do Termo de Fomento

II – Previsão de etapas de execução das atividades, respeitado o prazo de início do serviço

(Cronograma das atividades – Informar, as atividades a serem desenvolvidas semanalmente e mensalmente, observando as atividades descritas no item 5.9)

Atividades	Dias da Semana	Horário	Meses												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Observações: _____

6.11) RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

(Relacione os recursos humanos necessários para a consecução do objeto – Todos os itens são obrigatórios o preenchimento)

Cargo	Quantidade	Nível de escolaridade	Jornada de trabalho semanal e mensal	Horário de início e fim da jornada diária de trabalho	Forma de contratação	Atribuições

6.11) RECURSOS MATERIAIS DE EQUIPAMENTO E MATERIAIS PERMANENTES

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

(Para aquisição de Equipamento e materiais permanentes fica fixado o percentual máximo de 20% do valor a ser repassado e aplicado ao projeto, em consonância com o plano de trabalho, justificar aquisição de cada item e ligar a atividade que será desenvolvida com o mesmo.)

Quantidade	Descrição do item a ser adquirido	Justificativa da aquisição

6.12) ARTICULAÇÃO DE REDE

(Identificar as instituições, organizações e/ou outros órgãos com os quais haverá articulação para o alcance dos objetivos propostos na execução do Serviço. Indicar a conexão de cada serviço com outros serviços, programas, projetos e organizações dos Poderes Executivo e Judiciário e organizações não governamentais)

Instituição/Órgão	Natureza da Interface

6.13) CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS E FAMÍLIAS

6.14) RESULTADOS/IMPACTOS ESPERADOS

(Informar os resultados que se espera com o desenvolvimento do serviço. Os resultados podem ser detalhados de forma quantitativa e/ou qualitativa, descrevendo os benefícios sociais que se almeja com o serviço citado)

6.15) INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Indicar os mecanismos de acompanhamento e fiscalização do Serviço, indicando como se dará o processo de avaliação continuada da qualidade que serão aplicados. Abordar também os sistemas de aplicação de ações corretivas)

6.16) FORMAS DE FISCALIZAÇÃO FORMAS DE FISCALIZAÇÃO QUE A DIRETORIA REALIZARÁ, NÃO DEVE SER DESCRITO O QUE A COORDENAÇÃO DO PROJETO OU O QUE OS PROFISSIONAIS EXECUTARÃO)

5.17) IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

A Organização Social possui neste momento espaço físico/núcleo(s) de atendimento para a execução do Serviço? () Sim () Não

Se a resposta for **SIM**, descrever:

Núcleo 1 / Endereço:

Locado () Próprio () Cedido () _____

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Condições de acessibilidade

Sim () Parcialmente () Não possui ()

Informar as condições de acessibilidade que a Organização tem

Descrição e quantificação dos ambientes disponíveis	Equipamento/móveis disponíveis para o desenvolvimento do serviço	Materiais de consumo disponíveis para o desenvolvimento do serviço

*Indicar as instalações físicas, mobiliários disponíveis e materiais de consumo necessários.

6) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome completo: _____

Formação: _____

Número de registro profissional: _____

Telefone para contato: _____

E-mail Coordenador: _____

Sorocaba, ____ de _____ de 20XX.

Representante Legal
Assinatura