

**USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO**

**ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO**

**Edital de Chamamento Público 01/2025 – CMDCA**

**EIXO:**

**DIRETRIZ:**

**EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE O NOME DO PROJETO \_\_\_\_\_**

**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 II - 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:		
Site:		
E-mail:		
Horário de funcionamento:		
Dias da semana:		

1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS

Inscrição no CMAS	Nº
Registro no CMDCA	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:
Vigência do mandato da diretoria atual	de ----/----/----- até ----/----/-----

1.4) RELACIONE OS DEMAIS DIRETORES

Nome do Diretor:
------------------

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

<b>Cargo:</b>	<b>Profissão:</b>
---------------	-------------------

**Nome do Diretor:**

<b>Cargo:</b>	<b>Profissão:</b>
---------------	-------------------

**Nome do Diretor:**

<b>Cargo:</b>	<b>Profissão:</b>
---------------	-------------------

**Nome do Diretor:**

<b>Cargo:</b>	<b>Profissão:</b>
---------------	-------------------

### 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) VALOR DA PROPOSTA** (Descrever o valor mensal e valor global do período)

**5) MODALIDADE E ÁREA DO EDITAL EM QUE O PROJETO ESTÁ INSERIDO/OBJETO**

(Identificar a modalidade de atendimento pretendida de acordo com o que está estabelecido no edital através dos eixos)

#### 5.1) PÚBLICO ALVO

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

#### 5.2) IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO E IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

(Território(s):

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Descrever o(s) território(s) de execução do projeto; indicar dados sociodemográficos e econômicos do(s) território(s) de que a OSC disponha, que sejam relevantes para o objeto do projeto e possuam correlação com a vulnerabilidade e/ou realidade a ser enfrentada;

Descrever se a OSC se situa no(s) território(s) de execução do projeto; )

### **5.3) IDENTIFICAÇÃO DO VOLUME DE SERVIÇOS**

(Indicar o número de vagas a serem ofertadas **DIRETAMENTE** associando-as com a respectiva demanda e conforme cada eixo)

### **5.4) DESCRIÇÃO DA REALIDADE (Diagnóstico)**

(Descrever a realidade que será objeto da parceria, demonstrando o nexo entre essa realidade e as atividades e metas a serem atingidas.

Beneficiários:

Descrever o perfil dos beneficiários diretos a serem atendidos, trazendo dados socioeconômicos, evidenciando as vulnerabilidades e/ou demais informações que justifiquem o público-alvo do projeto)

**5.5) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO** (De forma sucinta e clara, especificar o que se pretende com a parceria, identificar o serviço a ser executado)

### **5.6) OBJETIVO GERAL DO PROJETO**

(O objetivo geral é a afirmação capaz de demonstrar a transformação que o projeto pretende alcançar. A intenção de atingir determinada mudança social. Buscar responder à pergunta: O QUE SERÁ FEITO?)

### **5.7) 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? Ações para alcançar as metas? Resultados esperados)

### **5.8) METODOLOGIA DO SERVIÇO**

(Descrever COMO o projeto será executado, descrever os métodos, técnicas e estratégias pensadas para cada objetivo proposto. É a sistematização de ações para alcançar um resultado)

**5.9) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS** (inserir quantas atividades forem necessárias)

#### **ATIVIDADE 1:**

**Nome da atividade:**

**Objetivo específico:**

**Meta Quantitativa (quantidade de pessoas que serão atendidas na atividade):**

**Meta Qualitativa:**

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

**Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas:** (Instrumentos a serem utilizados como referência para o cumprimento das metas).

**Indicadores:** (Unidade de medida do alcance de uma meta. É a forma de aferição do cumprimento ou não da meta. Deve ser passível de verificação)

**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:** (Informar apenas os profissionais que estarão de forma presencial nas atividades - Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade)

**Período de realização semanal:**

(Dias da semana) Obrigatório informar duração, frequência, os dias e horários que acontecerão cada atividade, o horário e dia da semana informado no item 5.9 deve ser o mesmo a ser informado no item 5.10)

**Carga Horária:** diária, (Informar o horário que acontecerá cada atividade)

**Quantas horas de atividades semanais:**

**Resultados esperados específicos desta atividade:**

Qualitativos –

Quantitativos –

**ATIVIDADE 2:**

**Nome da atividade:**

**Objetivo específico:**

**Meta Quantitativa (quantidade de pessoas que serão atendidas na atividade):**

**Meta Qualitativa:**

**Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas:** (Instrumentos a serem utilizados como referência para o cumprimento das metas).

**Indicadores:** (Unidade de medida do alcance de uma meta. É a forma de aferição do cumprimento ou não da meta. Deve ser passível de verificação)

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

### **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: (Informar apenas os profissionais que estarão de forma presencial nas atividades - Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade)**

### **Período de realização semanal:**

(Dias da semana) Obrigatório informar duração, frequência, os dias e horários que acontecerão cada atividade, o horário e dia da semana informado no item 5.9 deve ser o mesmo a ser informado no item 5.10)

**Carga Horária:** diária, (Informar o horário que acontecerá cada atividade)

### **Quantas horas de atividades semanais:**

### **Resultados esperados específicos desta atividade:**

Qualitativos –

Quantitativos –

### **ATIVIDADE 3:**

- .
- .
- .
- .
- .

## **5.10) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

### **I – Indicar o período de vigência deste plano de trabalho em acordo com o edital de chamamento e anexos**

A partir da data de assinatura do Termo de Fomento

### **II – 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



## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

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

### 5.13) CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS E FAMÍLIAS

Condições de Acesso:

---

---

Formas de Acesso:

---

---

### 5.14) 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)

### 5.15) 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 independentemente das formas de avaliação e fiscalização realizadas pelo Município. Abordar também os sistemas de aplicação de ações corretivas)

### 5.16) FORMAS DE FISCALIZAÇÃO

(Indicar as formas de fiscalização que a **diretoria** realizada para fiscalização do Termo de fomento em questão, o texto a seguir é apenas um exemplo)

- Serão realizadas visitas bimestrais pela diretoria com intuito de avaliar a consecução do plano de trabalho.
- Serão revisados mensalmente os relatórios de execução do objeto.
- Será realizada anualmente pesquisa de satisfação com os usuários do serviço.

### 5.17) AÇÕES INDISPENSÁVEIS

(Inserir as ações que são extremamente necessárias para que o serviço ocorra da melhor forma possível.)

### 5.18) 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:

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

**Núcleo 1 / Endereço:**

Locado ( )      Próprio ( )      Cedido ( ) \_\_\_\_\_

**Condições de acessibilidade (Informar as medidas de acessibilidade do local a ser executado o serviço)**

Sim ( )      Parcialmente ( )      Não possui ( )

**\* INFORMAR AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE QUE A ORGANIZAÇÃO POSSUI**

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