**ANEXO I ‐ MODELO DE PLANO DE TRABALHO**

(Fazer em papel timbrado da instituição – 03 vias)

|  |
| --- |
| **PLANO DE TRABALHO** |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL PROPONENTE** |
| **Razão Social** |
| Data de criação | CNPJ: |
| Inscrição no CMAS nº | Validade: |
| Inscrição no CMDCA nº | Validade: |
| Inscrição no CMI nº | Validade: |
| Endereço |
| Cidade | UF |
| CEP | E‐mail |
| DDD/Tel | WhatsApp |
| Conta-Corrente | Banco | Agência |
| **Nome do Representante Legal** |
| CPF | RG |
| Cargo | Função |
| Endereço | CEP |
| Início mandato: | Fim do mandato: |
| **Nome do Técnico Responsável** |
| CPF | RG |
| Formação Profissional | N° Registro |
| Cargo | Tel.: |
| Endereço | CEP |
| **Nome do Responsável pela Prestação de Contas** |
| CPF | RG |
| Formação Profissional | N° Registro |
| Cargo | Tel.: |
| Endereço | CEP |
| **2. TÍTULO** |
| Obs.: Deve refletir a natureza do problema enfocado e ter impacto significativo em seu leitor. |
| **2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA** Obs.: Escolher uma única opção. |
| ( ) Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias na modalidade Casa Lar( ) Serviço de Acolhimento Institucional para idosos, na modalidade abrigo institucional: Grau I, II e III( ) Centro de Serviço Especializado para população em situação de rua e migrantes – Abordagem Social |
| **2.2 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO** |
| **CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PRETENDIDA:****VALOR DE REFERÊNCIA POR USUÁRIO:**Utilizar valor do “QUADRO DE DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS, TOTAL DE VAGAS E VALOR GLOBAL PREVISTO”, pág. 1**VALOR ANUAL PREVISTO:** |
| **2.3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE** |
|  |
| **2.4 JUSTIFICATIVA** |
|  |
| **2.5 METODOLOGIA** |
|  |
| **2.6 OBJETIVO GERAL** |
|  |
| **2.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS** |
|  |
| **2.8 PÚBLICO ALVO** |
| **População atendida** | **Critérios de seleção** |
| Gênero / Faixa etária / Faixa de renda / Território / Outros: |  |

|  |
| --- |
| **3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS****OBS: Usar como referência anexo IV** |
| **N°** | **ATIVIDADE** | **RESPONSÁVEL PELA AÇÃO** | **NÚMERO TOTAL DE ATENDIDOS** | **Nº DE GRUPOS** | **CRONOGRAMA** |
| **DURAÇÃO** | **PERIODICIDADE** |
| **1** | Ex: Encontro regular no SCFV | Orientador Social | 60 | 2 grupos de 30 | 1h30 | 1x semana |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4.MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**As metas sempre são numéricas (unidades, %), colocar ao menos 3 metas |
| Obs.: As metas são desdobramentos quantificados dos objetivos específicos, relacioná‐ los. |
| **METAS** | **INDICADORES** | **MEIOS DE VERIFICAÇÃO** |
| **Exemplo:****75% das famílias participando das reuniões mensais** | **Frequência Assiduidade** | **Lista de Presença****Registro Fotográfico****Fichas de inscrição** |
| (Usar Quantas Linhas Forem Necessárias) |  |  |

|  |
| --- |
| **5. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES** |
| **ATIVIDADES** | **OUT/23** | **NOV/23** | **DEZ/23** | **JAN/24** | **FEV/24** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **6. RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS**Detalhar as dependências da instituição, como edifícios, prédios, salas, quadras, refeitório, máquinas, equipamentos, instalações que serão utilizadas na execução das atividades |
| **N°** | **TIPO** | **QUANTIDADE** | **LOCAL DE UTILIZAÇÃO** |
| **1** | (Usar Quantas Linhas Forem Necessárias) |  |  |
| **2** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7. RECURSOS HUMANOS** |
| **N°** | **Função** | **Vínculo** | **Carga Horária****(semanal)** | **Salário Base** | **Atividade****Desenvolvida** |
| 1 | Exemplo:Assistente Social | CLT | 30h semanais | R$ 3.000,00 | Orientador SCFV |
| 2 | Psicólogo |  |  |  |  |
| 3 | Educador Social |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Escolaridade** | **Formação** | **Carga horária dedicada ao serviço** | **Função** | **Regime de Contratação** | **Valor do Salário** | **Fonte Recurso****(Próprio ou Municipal)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **8. PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA** |
| **DESPESAS**(Listar todas as despesas, incluindo encargos trabalhistas) |
| **N°** | **TIPO DE DESPESA** | **QUANTIDADE** | **CUSTO MENSAL****PREVISTO** | **CUSTO ANUAL****PREVISTO** |
| **1** | (Usar quantas linhas forem necessárias) |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **TOTAL R$** |

**ORIENTAÇÕES:**

‐ Descrever por modalidade e gênero da despesa;

‐ Destacar o custo mensal e anual, com os respectivos **03 orçamentos**;

‐ Identificar os custos separados por verba, municipal, estadual, federal e fonte própria;

‐ Cronograma de desembolsos.

(Na planilha de custos **não serão admitidas despesas com titulação genérica (despesas gerais, outras despesas, diversos)**, taxas administrativas e demais despesas vedadas pelos dispositivos legais que regem a transferência de recursos públicos às instituições privadas)

|  |
| --- |
| **9. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO** |
| **DESPESAS** | **1º MÊS** | **2º MÊS** | **3º MÊS** | **4º MÊS** | **5º MÊS** | **TOTAL POR** **DESPESA** |
| 1º |  |  |  |  |  |  |
| 2º |  |  |  |  |  |  |
| 3º |  |  |  |  |  |  |
| 4º |  |  |  |  |  |  |
| 5º |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL POR MÊS** |  |  |  |  |  |  |

**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL, TÉCNICO RESPONSÁVEL E PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**Caçapava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.**

**REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:

Data

Assinatura:

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

Nome:

Data:

Assinatura:

**RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Nome:

Data:

Assinatura: