



MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA

Estado de São Paulo

**Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social**



**ANEXO I - MODELO DE PLANO DE TRABALHO**

(Fazer em papel timbrado da instituição – 02 vias impressas e 01 via digital no pendrive)

<b>PLANO DE TRABALHO</b>		
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL PROPONENTE</b>		
<b>Razão Social</b>		
Data de criação	CNPJ:	
Inscrição no CMAS n°	Validade:	
Inscrição no CMDCA n°	Validade:	
Inscrição no CMI n°	Validade:	
Endereço		
Cidade	UF	
CEP	E-mail	
DDD/Tel	WhatsApp	
Conta-Corrente	Banco	Agência
<b>Nome do Representante Legal</b>		
CPF	RG	
Cargo	Função	
Endereço	CEP	
Início mandato:	Fim do mandato:	
<b>Nome do Técnico Responsável</b>		
CPF	RG	
Formação Profissional	N° Registro	
Cargo	Tel.:	
Endereço	CEP	
<b>Nome do Responsável pela Prestação de Contas</b>		
CPF	RG	
Formação Profissional	N° Registro	
Cargo	Tel.:	
Endereço	CEP	
<b>2. TÍTULO</b>		
Obs.: Deve refletir a natureza do problema focado e ter impacto significativo em seu leitor.		

**Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social**

<b>2.1</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA (Tipo de Serviço)</b>
<b>PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA</b> <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças (3 a 6 anos) <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes (6 a 15 anos) <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes e Jovens (15 a 17 anos) <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Jovens e Adultos (18 a 59 anos) <input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (60 anos ou +)	
<b>PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL – MÉDIA COMPLEXIDADE</b> <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência PCD, Idosas e suas Famílias <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Especial para Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa LA (Liberdade Assistida) <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Especial para Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa PSC (Prestação de Serviço à Comunidade) <input type="checkbox"/> Serviço de Abordagem Social para Pessoas em Situação de Rua	
<b>PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL – ALTA COMPLEXIDADE</b> <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos – Modalidade ILPI Grau I, II e III <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias) Modalidade Casa Lar <input type="checkbox"/> Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas com Deficiência PCD – Residência Inclusiva	
<b>2.2</b>	<b>CAPACIDADE DE ATENDIMENTO</b>
<b>CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PRETENDIDA:</b>	
<b>VALOR DE REFERÊNCIA POR USUÁRIO:</b> Utilizar valor do “QUADRO DE DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS, TOTAL DE VAGAS E VALOR GLOBAL PREVISTO”, pág. 1	
<b>VALOR ANUAL PREVISTO:</b>	
<b>2.3</b>	<b>DIAGNÓSTICO DA REALIDADE</b>
<b>2.4</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
<b>2.5</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<b>2.6</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>

**Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social**

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						
Nº	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 03 metas		
Obs.: As metas são desdobramentos quantificados dos objetivos específicos, relacioná-los.		
METAS	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO
<b>Exemplo:</b> 75% das famílias participando das reuniões mensais	Frequência Assiduidade	Lista de Presença Registro Fotográfico Fichas de inscrição

**Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social****5. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

ATIVIDADES	03/25	04/25	05/25	06/25	07/25	08/25	09/25	10/25	11/25	12/25

**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

Nº	TIPO	QUANTIDADE	LOCAL DE UTILIZAÇÃO
1	(Usar Quantas Linhas Forem Necessárias)		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**7. RECURSOS HUMANOS GERAL**

Nº	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				

**CUSTEADO COM RECURSO MUNICIPAL**

Nome	Escolaridade	Formação	Carga Horária	Função	Regime de Contratação	Salário Base
<b>TOTAL DOS SALÁRIOS R\$</b>						

**CUSTEADO COM RECURSO PRÓPRIO**

Nome	Escolaridade	Formação	Carga Horária	Função	Regime de Contratação	Salário Base
<b>TOTAL DOS SALÁRIOS R\$</b>						

**8. PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA****DESPESAS**

(Listar todas as despesas, incluindo encargos trabalhistas)

Nº	TIPO DE DESPESA	QUANTIDADE	CUSTO MENSAL PREVISTO	CUSTO ANUAL PREVISTO
1	(Usar quantas linhas forem necessárias)		R\$	R\$
2			R\$	R\$
3			R\$	R\$
<b>TOTAL</b>			<b>R\$</b>	<b>R\$</b>

**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)



MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA

Estado de São Paulo

**Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social**



**9. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

DESPESAS	03/25	04/25	05/25	06/25	07/25	08/25	09/25	10/25	11/25	12/25	TOTAL ANUAL
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
	R\$										
<b>TOTAL MENSAL</b>	<b>R\$</b>										

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

Caçapava, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

**REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:

Data

Assinatura:

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

Nome:

Data:

Assinatura:

**RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Nome:

Data:

Assinatura: