

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

Nota Explicativa:

As letras em **vermelho** são apenas textos explicativos para preenchimento do Plano de Trabalho, deverão ser deletados do documento final que será entregue ao Departamento Municipal de Assistência Social, assim como esta nota explicativa.

ANEXO V

PLANO DE TRABALHO 2018

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

1.1. Dados Principais

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:

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

1.2. Inscrições e Registros

Inscrição no CMAS	Nº
Registro no CMDCA (quando houver)	Nº
Inscrição no CMI (quando houver)	Nº
Inscrição no CNAS	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:

RG:

Órgão Expedidor:

Data de Nascimento:

CPF:

Vigência do mandato da diretoria atual de ----/----/----- até ----/----/-----

1.4. Relação dos Demais Diretores

[descrever todos os membros da diretoria]

Nome do Diretor:

Cargo:

Profissão:

RG:

Órgão Expedidor:

Data de Nascimento:

CPF:

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

2. APRESENTAÇÃO

[histórico da entidade resumidamente]

3. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

[descrever apenas os artigos do estatuto, que comprovam a capacidade da Entidade ofertar o referente objeto]

4. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO POR PROTEÇÃO

- ☐ Básica
- ☐ Especial de Média Complexidade
- ☐ Especial de Alta Complexidade

5. TIPO DE SERVIÇO A SER OFERTADO

[Identificar a modalidade de atendimento pretendida de acordo com o que está estabelecido no edital]

6. PÚBLICO ALVO

[Indicar o público-alvo, especificando o público a ser atendido e faixa etária – conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais]

7. IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

[Região em que o Serviço está inserido e sua abrangência]

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

8. VAGAS OFERECIDAS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

8.1. Capacidade de atendimento da OSC:

[Indicar a capacidade de atendimento da OSC]

8.1. Número de vagas ofertadas para o Termo de Colaboração:

[Indicar o número de vagas a serem ofertadas]

9. 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]

[Apresentar dados estatísticos municipais, através de sítios, informações dos equipamentos públicos, registros de atendimentos e conhecimento empírico]

10. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO

[forma clara e sucinta – conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais]

11. CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS E FAMÍLIAS

11.1 Condições de Acesso:

[Copiar o texto: “Usuários Referenciados ao CRAS, com cadastro único ativo”]

11.2 Formas de Acesso:

[“Encaminhamento pelo Centro de Referência de Assistência Social”]

12. OBJETIVO GERAL

[forma clara e sucinta – conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais]

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

13. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS <i>[forma clara e sucinta – conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais]</i>	METAS QUANTITATIVAS <i>[quantas pessoas participarão desta atividade, colocar em porcentagem considerando o total de atendimento e cuidado com metas de 100%]</i>	ATIVIDADES <i>[nome da atividade, considerando o “Trabalho essencial ao serviço” conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais ou outros]</i>	RESULTADOS ESPERADOS (Metas qualitativas) <i>[considerar “Aquisições dos Usuários” e Impactos Sociais Esperados” conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais]</i>

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

14. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

Nome da Atividade [Informar o nome da atividade]	Forma de conduzir a atividade [Informar à maneira que será desenvolvida, ex: Oficina socioeducativa, passeio cultural, etc.]	Materiais Utilizados [Descrever os materiais que serão utilizados para desenvolver a atividade]	Profissionais Envolvidos [Profissionais essenciais para o desenvolvimento desta atividade]	Período de realização [periodicidade e horário, exemplos: Exemplo 01: semanal, de 2ª e 4ª feira, duração de 2 horas; Exemplo 02: Previsão de execução em outubro, com duração de 4h]

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

15. RECURSOS HUMANOS:

15.1. Tabela de Descrição de Profissionais Essenciais Para Execução do Objeto:

[Relacione a equipe técnica principal do serviço e a de apoio, incluindo na escolaridade a formação profissional. Considerar apenas profissionais que constem na NOB-RH/SUAS e Resolução CNAS nº09, ou demais documentos e legislações pertinentes a Política Pública de Assistência Social – Não poderá conter neste demais profissionais que não se enquadrem nas legislações da Política de Assistência Social]

Cargo	Escolaridade	Quantidade	Carga Horária/Semanal	Regime de Contratação

15.2. Descrição das Atribuições de Cada Cargo:

[descrever o cargo e abaixo as suas atribuições, conforme legislações vigentes e/ou orientações técnicas do serviço]

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

16. IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS:

16.1. A Organização Social possui nesse momento espaço físico/núcleo(s) de atendimento para a execução do serviço?

() SIM (Se a resposta for “sim” preencher o item 16.2.)

() NÃO

16.2. Descrições das Instalações Físicas:

Endereço: XXXX

Imóvel:

() Locado () Próprio () Cedido

Condições de acessibilidade:

() Sim () Parcialmente () Não possui

16.3. Espaço físico e infraestrutura disponível:

16.3.1. Recursos Materiais

[illegible]

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

16.3.1. Estrutura Física

ITEM	QUANTIDADE

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

17. PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA DOS RECURSOS:

17.1. Tabela de aplicações financeiras com RH

[Relacione a equipe técnica principal do serviço e a de apoio, incluindo na escolaridade a formação profissional. Considerar apenas profissionais que constem na NOB-RH/SUAS e Resolução CNAS nº09, ou demais documentos e legislações pertinentes a Política Pública de Assistência Social – Não poderá conter neste demais profissionais que não se enquadrem nas legislações da Política de Assistência Social]

Cargo / Função	Forma de Contratação	Carga Horária	Salário Mensal	Qtd.	Salário Total Mensal	13º Salário (1/12) Total Mensal	FGTS Mensal	INSS Patr. Mensal	PIS mensal	Custo Total Mensal (salário + encargos)	Custo Total ANUAL (salário + encargos)
TOTAL											

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

17.2. Tabela com demais despesas para execução do Serviço/Objeto:

[poderão constar nessa tabela, apenas despesas essenciais para execução do objeto, vetado despesas relacionadas diretamente à entidade e não a execução do objeto. Considerar principalmente as despesas relacionadas as atividades, metas e objetivos]

[as OSC's que já prestam os serviços pelo qual irão concorrer, deverão anexar demonstrativo de despesas, que demonstre nexo com a previsão de calculo]

[illegible]

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

17.3. Projeção dos Recursos:

(%) Própria (recursos decorrente da prestação de serviços da entidade, eventos e etc.)
(%) Própria (recursos decorrentes de mensalidades, doações dos membros ou associados)
(%) Privada (recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas)
(%) Privada (recursos de doações eventuais)
(%) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas)

17.4. Valor do serviço:

Fonte	Mensal	Anual
Recursos Públicos	R\$ XXX	R\$ XXX
Recursos Privados	R\$ XXX	R\$ XXX
Recursos Próprios da OSC	R\$ XXX	R\$ XXX
Valor Total do Serviço	R\$ XXX	R\$ XXX

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

17.4. Valor do serviço per capto por usuário:

Número de vagas ofertadas pela OSC para o Termo de Colaboração	Valor por usuário /per capta mensal	Recurso privado e próprio da OSC, por usuário / per capta mensal	Recurso público por usuário/ per capta mensal	Valor total anual da parceria [número de vagas ofertadas X per capta do Recurso Público mensal – Resultado X 12 (qtd meses durante período de parceria) = Valor total anual da parceria]

18. INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Indicadores	Periodicidade	Responsável da OSC pela elaboração dos indicadores, monitoramento e avaliação.	Responsável público pelo monitoramento e avaliação.
I. Número de atendimentos/beneficiários correspondente às metas	Trimestral	[deverá ser preenchido pela OSC]	Gestor da Parceria

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

estabelecidas no Plano de Trabalho: - Prontuários internos dos usuários ativos; - Relatório de inclusão e/ou desligamento encaminhado pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e; - Lista de presença para verificar a participação dos usuários nas atividades.			
II. Da permanência da equipe técnica de referência durante toda a vigência deste Termo: - Comprovantes Contábeis referentes a Recursos Humanos e; - Registro da folha de ponto.	Trimestral	[deverá ser preenchido pela OSC]	Gestor da Parceria
III. Das estratégias metodológicas conforme descritas no Plano de Trabalho apresentadas:	Trimestral	[deverá ser preenchido pela OSC]	Gestor da Parceria

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

Os Objetivos Específicos, Metas, Resultados Qualitativos e Quantitativos serão apresentados por meio dos seguintes instrumentas: - Lista de presença para verificar a participação dos usuários nas atividades; - Relatórios Trimestrais das atividades, com gráficos comparativos; - Registros fotográficos; - Demais comprovantes de realização do objeto.			
---	--	--	--

USAR PAPEL TIMBRADO DA OSC

19. REGULAMENTAÇÃO:

[listar as legislações utilizadas para preenchimento deste documento e que irão nortear a oferta do serviço]

20. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS:

I. Coordenador Técnico: [coordenador]

Nome Completo:

Formação:

Número de registro profissional:

Telefone para contato:

E-mail:

II. Técnico Responsável: [Assistente Social da entidade]

Nome Completo:

Formação:

Número de registro profissional:

Telefone para contato:

E-mail:

Pinhalzinho-SP, XX de XXX de XXXX.

Representante Legal da OSC

Técnico Responsável