

[timbre da OSC]

ANEXO III - PLANO DE TRABALHO			
DESCRIÇÃO			
1 - NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (OSC)			
2 - ENDEREÇO DA SEDE ADMINISTRATIVA			
Bairro	Cidade	CEP	
Email da instituição		Página na Internet	
Telefone			
3 - CNPJ		4 - N° INSCRIÇÃO NO CMAS	
5 - N° INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE SEGMENTO			
6 - NÚMERO DO EDITAL/ ANO			
7 - NOME DO SERVIÇO:			
8 - NÍVEL DE PROTEÇÃO:			
<input type="checkbox"/> Proteção Social Básica			
<input type="checkbox"/> Proteção Social Especial - Média complexidade			
<input type="checkbox"/> Proteção Social Especial - Alta complexidade			
9 - ENDEREÇO DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO			
Logradouro (Avenida, Rua, Rodovia)			
Bairro:		Cidade	
E-mail:		Telefone:	
10 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL PELA PROPONENTE			
Nome:		CPF:	
RG:	Órgão Expedidor:	Cargo:	Função:
Logradouro (Avenida, Rua, Rodovia)			
Bairro:		Cidade	
E-mail:		Telefone:	

[timbre da OSC]

11 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO		
Nome		
Área de Formação:		Nº do Registro Profissional:
Endereço	Bairro	Cidade
E-mail:		Telefone:
12 - VALOR DA PROPOSTA (Referente ao edital)		
13 - CONTRAPARTIDA (Facultativo) <i>Apresentar o que a entidade possui e colocará à disposição para a execução do serviço (como espaço físico, mobiliário, veículo, equipamentos, recursos humanos etc.).</i> <i>OBS. Informar exclusivamente itens que não serão pagos com recurso do contrato.</i>		
14 - OBJETO DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
15 - HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO <i>(Com apresentação de dados e informações relevantes sobre a área de atuação no máximo 20 linhas)</i>		
16 - FINALIDADE ESTATUTÁRIA		
17 - DESCRIÇÃO DO SERVIÇO		
18 - OBJETIVO GERAL <i>Relacionando com a situação problema que se deseja enfrentar com a execução do objeto, devendo estar em consonância com o serviço socioassistencial ofertado pela entidade</i>		
19 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS <i>Devem apresentar detalhadamente o objetivo geral, relacionando com os resultados a serem atingidos.</i>		
20 - PÚBLICO ALVO <i>Descrever a presença do público, a ser atendido, no respectivo território de referência, especialmente o público nas situações prioritárias, conforme a Resolução CNAS 01/2013.</i>		
21 - AÇÕES ESSENCIAIS AO SERVIÇO <i>(conforme Termo de Referência do Serviço)</i>		
22 - AQUISIÇÕES DOS USUÁRIOS <i>(conforme Termo de Referência do Serviço)</i>		
23 - CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO <i>(conforme Termo de Referência do Serviço)</i>		
24 - FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO <i>Exemplo: 2ª a 5ª-feira, em turnos diários de 4 horas, considerando atividades realizadas no período da manhã e da tarde, totalizando 16 horas semanais. Exceto no Serviço de Acolhimento Institucional: Ininterrupto (24 horas)</i>		
25 - ABRANGÊNCIA TERRITORIAL		

[timbre da OSC]

(conforme Termo de Referência do Serviço)

26 - ARTICULAÇÃO EM REDE

(conforme Termo de Referência do Serviço)

27 - IMPACTO SOCIAL ESPERADO

(conforme Termo de Referência do Serviço)

28 - REGULAMENTAÇÕES E REFERÊNCIAS

29 - AUTENTICAÇÃO

[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024.

Técnico Responsável
(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)

(Nome do Representante Legal da OSC)
(Cargo/Função)

[timbre da OSC]

5.3 - PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO TRABALHO
Apresentar as principais atividades de planejamento, avaliação e monitoramento do funcionamento do serviço

5.4 - QUADRO DESCRITIVO DE ATIVIDADES

Atividades	Conteúdo Resumido	Dia da Semana	Horários

ALIMENTAÇÃO:
(Informar tipo e quantidade de refeições, caso seja oferecida alimentação aos usuários do Serviço, na Organização)

5.5 - ARTICULAÇÃO COM A REDE

Nome do Serviço (Socioassistencial, Intersetorial, Sistema de Garantia de Direitos, Rede do Território)	Ação de Articulação	Objetivos da Articulação	Responsável (is)

6 - CAPACIDADE TÉCNICO-OPERACIONAL

6.1 - EQUIPE DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO CONFORME NOB-RH/SUAS E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DO SERVIÇO PAGOS COM RECURSOS DO COFINANCIAMENTO

A Equipe de Referência do Serviço é definida pelas normativas do SUAS e pactuada neste Plano de Trabalho, portanto sua composição deverá ser mantida durante toda a vigência da parceria; sendo possível, se necessário, a eventual substituição de funcionários, não a substituição de cargos ou a redução do número de profissionais.

As substituições de funcionários serão devidamente informadas ao(s) Técnico(s) de Monitoramento nas visitas e à gestão de parcerias na

[timbre da OSC]

prestação de contas por meio de ofício. Estas substituições deverão ser realizadas o mais breve possível, assegurando a composição da Equipe de Referência prevista, o cumprimento do Plano de Trabalho e o adequado atendimento aos usuários.

Os profissionais da Equipe de Referência, indicados neste quadro, a serem pagos com recursos públicos, são os mesmos considerados nas estimativas de despesas constantes no Cronograma Físico-Financeiro; os profissionais que não constarem neste quadro serão pagos com recursos próprios durante toda a vigência da parceria.

Nome do funcionário	Cargo	Nível de escolaridade	Regime de contratação	Carga horária semanal	Remuneração mensal total (em R\$)	Remuneração correspondente a cada fonte pagadora (em R\$)		Valor mensal de encargos (em R\$)
						Proponente	OSC	
Total					R\$	R\$	R\$	R\$

6.2 - EXPERIÊNCIA PRÉVIA:

Apresenta parceria existente com o município? () NÃO () SIM. Número do Termo vigente:

Tem sede no Município ou é inscrita pelo Conselho Municipal de Assistência? () NÃO () SIM. Data de inscrição:

Apresenta inscrição vigente na Certificação de Entidades de Assistência Social (CEBAS)? () NÃO () SIM. Data de validade:

6.3 - PROVISÕES:

Ambiente Físico e Infraestrutura:
 Imóvel: () Próprio () Alugado () Cedido () Outro (em caso de "Cedido" ou "Outro", esclarecer)

[timbre da OSC]

<p style="text-align: center;">PLANO DE TRABALHO CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO</p>													
NATUREZA DA DESPESA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
RECURSOS HUMANOS													
Salários, Férias + 1/3, 13° Salário, Dissídio, Vale Transporte, Hora Extra, Adicional Noturno, Salário Família, Rescisão Contratual													
Encargos (FGTS/ INSS/ PIS/ IRPF)													
SUBTOTAL 01													
MATERIAL DE CONSUMO													
Material Socioeducativo/ Pedagógico e Lúdico, Gêneros Alimentícios; de Expediente e de Escritório; Material / Equipamentos de Higiene, Material de Limpeza, Produção de Higienização e EPIs em geral; vestimentas; Roupas de cama, mesa e banho; Água Mineral; Gás de Cozinha; Material para Manutenção de Bens Imóveis; Material Elétrico e Eletrônico; Combustíveis e Lubrificantes Automotivos; Material para Manutenção de Veículos e Mediante aprovação da Gestão de Parcerias: saúde (medicamentos, termômetros, oxímetros, medidor de pressão), inclusive considerando os danificados pelos atendidos.													

[timbre da OSC]

SUBTOTAL 02													
SERVIÇOS DE TERCEIROS/ PESSOA FÍSICA													
Profissionais Autônomos													
Encargos													
SUBTOTAL 03													
SERVIÇOS DE TERCEIROS/PESSOAS JURÍDICA													
Contratação de Pessoa Jurídica para: Reparos, consertos, revisões, pinturas, reformas e adaptações para acessibilidade de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel; realização de capacitação e outras atividades relacionadas aos serviços Água e Esgoto; Energia Elétrica; Telefone; Gás envasado; Cópias; Recarga de Cartucho/ Toner; Internet; Transporte; Aluguel; Manutenção Veicular; Hospedagem de Site; Serviços Contábeis													
SUBTOTAL 04													
TOTAL GERAL (1+2+3+4)													

[timbre da OSC]

OBSERVAÇÃO: Mediante solicitação prévia e autorização formal da Secretaria de Assistência, Participação e Inclusão Social, eventuais rendimentos de aplicações financeiras da conta vinculada à parceria poderão ser utilizados no Serviço objeto da parceria durante a vigência do Termo de Colaboração, considerando o Plano de Trabalho aprovado.

AUTENTICAÇÃO

[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024

Técnico Responsável
(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)

(Nome do Representante Legal da OSC)
(Cargo/Função)

[timbre da OSC]

PLANO DE TRABALHO										
QUADRO DE ATIVIDADES COM PÚBLICO ALVO										
Atividade/Faixa etária	Meta	Objetivo	Método	Responsável	Periodicidade ¹					
					D	S	Q	M	B	O
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
Observação:										
AUTENTICAÇÃO										
<i>[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024</i>										
<i>Técnico Responsável</i> <i>(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)</i>					<i>(Nome do Representante Legal da OSC)</i> <i>(Cargo/Função)</i>					

¹ D: Diário; S: semanal; Q: quinzenal; M: mensal; B: bimestral; O: maior do que bimestral.

[timbre da OSC]

PLANO DE TRABALHO										
QUADRO DE ATIVIDADES COM AS FAMÍLIAS DO PÚBLICO ALVO										
Atividade	Meta	Objetivo	Método	Responsável	Periodicidade ²					
					D	S	Q	M	B	O
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
Observação:										
AUTENTICAÇÃO										
<i>[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024</i>										
<i>Técnico Responsável</i> <i>(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)</i>					<i>(Nome do Representante Legal da OSC)</i> <i>(Cargo/Função)</i>					

² D: Diário; S: semanal; Q: quinzenal; M: mensal; B: bimestral; O: maior do que bimestral.

[timbre da OSC]

PLANO DE TRABALHO										
QUADRO DE ATIVIDADES COM A REDE DE ATENDIMENTO ³										
Atividade	Meta	Objetivo	Método	Responsável	Periodicidade ⁴					
					D	S	Q	M	B	O
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
Observação:										
AUTENTICAÇÃO										
<i>[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024</i>										
<i>Técnico Responsável</i> <i>(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)</i>				<i>(Nome do Representante Legal da OSC)</i> <i>(Cargo/Função)</i>						

³ Considerar serviços socioassistenciais, de saúde, de educação, de lazer, cultura, esporte, segurança, trabalho, órgãos do Sistema de Justiça, Conselho Tutelar, entre outros.

⁴ D: diária; S: semanal; Q: quinzenal; M: mensal; B: bimestral; O: maior do que bimestral.

[timbre da OSC]

PLANO DE TRABALHO									
CRONOGRAMA PROPOSTO DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE									
Tema	Local	Participantes	Responsável ou capacitador(a)	Periodicidade ⁵					
				D	S	Q	M	B	O
Observação:									
AUTENTICAÇÃO									
<i>[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024</i>									
<i>Técnico Responsável</i> <i>(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)</i>				<i>(Nome do Representante Legal da OSC)</i> <i>(Cargo/Função)</i>					

⁵ D: diário; S: semanal; Q: quinzenal; M: mensal; B: bimestral; O: maior do que bimestral.

[timbre da OSC]

PLANO DE TRABALHO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO					
PROPONENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE RIBEIRÃO PIRES / SAPIS					
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
CONTRAPARTIDA - ENTIDADE					
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
AUTENTICAÇÃO					
[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024					
<i>Técnico Responsável</i> <i>(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)</i>			<i>(Nome do Representante Legal da OSC)</i> <i>(Cargo/Função)</i>		

[timbre da OSC]

**PLANO DE TRABALHO
OBSERVAÇÕES**

Apresentar, se necessário, complementações, observações e/ ou considerações sobre o texto apresentado. (No máximo, 10 linhas)

AUTENTICAÇÃO

[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024

*Técnico Responsável
(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)*

*(Nome do Representante Legal da OSC)
(Cargo/Função)*

[timbre da OSC]

PLANO DE TRABALHO

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Ribeirão Pires, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

PEDE DEFERIMENTO.

[Local-UF], [dia] de [mês] de 2024

*Técnico Responsável
(Cargo e nº do Registro do Conselho Profissional)*

*(Nome do Representante Legal da OSC)
(Cargo/Função)*