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

(Fazer em papel timbrado da instituição)

**PLANO DE TRABALHO**

1. **DADOS CADASTRAIS**

|  |
| --- |
| **1.1 - Entidade Proponente** |
| **Órgão / Entidade**  | **CNPJ** |
| hhh | hhh |
| **Endereço** |
| hhh |
| **Cidade** | **UF** | **CEP** | **Telefone:** |
| Louveira  | SP | 13.290-000 | 111111 |
| **E-mail Institucional** |
| hhhhh |
| **Conta-Corrente – Municipal** | **Banco** | **Agência** | **Praça Pagamento** |
| 11111 | 1111 | 11111 | Louveira-SP |
| **Conta-Corrente - Estadual** | **Banco** | **Agência** | **Praça Pagamento** |
| 11111 | 1111 | 11111 | Louveira-SP |
| **1.2 - Representante Legal da Proponente** |
| **Nome do Representante Legal** | **Cargo** |
| hhhhhhh | Presidente |
| **RG/CI** | **Órgão Expedidor** | **CPF** |
| 111111 | SSP-SP | 1111111 |
| **Endereço Residencial (rua, bairro, nº, etc)** |
| Hhhhhh |
| **Cidade** | **UF** | **CEP** |
| Hhhhhh | SP | 1111 |
| **E-mail Pessoal** | **Telefone** |
| Hhhhh | 11111 |
| **1.3 - Responsável Técnico do Projeto** |
| **Nome do Responsável Técnico do Projeto** | **Cargo/Função** |
| Hhhh | Assistente Social |
| **RG/CI** | **Órgão Expedidor** | **CPF** |
| 11111 | SSP-SP | 111111 |
| **Endereço Residencial (rua, bairro, nº, etc)** |
| hhhh |
| **Cidade** | **UF** | **CEP** |
| Hhhhh | SP | 11111 |
| **E-mail Pessoal** | **Telefone** |
| hhhhh | 11111 |

1. **DESCRIÇÃO DO PROJETO**

|  |  |
| --- | --- |
| **2.1 - Título do Projeto:** | **2.2 - Período de Execução** |
| Serviços socioassistenciais destinados a crianças de 06 a 12 anos e suas famílias. | **Inicio:**Junho de 2018 | **Término:**Maio de 2019 |
| **2.3 – Identificação da Ação e Capacidade de Atendimento** |
| Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de 06 a 12 anos e suas famílias – Unidade Santo Antônio. | **CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PRETENDIDA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usuários**VALOR DE REFERÊNCIA POR USUÁRIO:**R$ \_\_\_\_\_\_\_ (tantos reais)**VALOR ANUAL PREVISTO:**R$ \_\_\_\_\_\_\_ (tantos reais) |
| **2.4 – Justificativa** |
| Indicar o(s) motivo(s) que justificam a proposta apresentada. |
| **2.5 – Diagnóstico da Realidade** |
| Diagnóstico da realidade que será objeto das atividades do fomento/colaboração, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas. |
| **2.6 – Metodologia** |
| Descrever a metodologia empregada, identificando as fontes de informação e os procedimentos adotados para coleta e análise. |
| **2.7 – Objetivo Geral** |
| Deve ser abrangente e genérico e estar de acordo com o definido nos marcos legais, normativos e regulatórios do SUAS (quando for o caso). O objetivo geral deve ser formulado como uma única sentença, iniciada necessariamente por um verbo no infinitivo. |
| **2.8 – Objetivos Específicos** |
| Devem ser apresentadas ações específicas que, uma vez executadas, culminam com o alcance do objetivo geral. É a diretriz para a elaboração da metodologia e das atividades a serem desenvolvidas no Plano de Trabalho visando atender o objetivo geral. |
| **2.9 – Público Alvo** |
| **Perfil da População Atendida** | **Critérios de Seleção** | **Formas de Acesso**Obs.: Admite-se múltipla marcação |
|  |  | ( ) Procura espontânea( ) Encaminhamentos da rede socioassistencial( ) Encaminhamentos de outras políticas setoriais( ) Encaminhamentos dos Sistemas de Garantia de Direitos e de Justiça. |

1. **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **ATIVIDADE** | **RESPONSÁVEL PELA AÇÃO** | **Nº DE ATENDIDOS** | **DIVISÃO POR GRUPO** | **CRONOGRAMA** |
| **DURAÇÃO** | **PERIODICIDADE** |
| **1** | (usar quantas linhas forem necessárias) |  |  | Exemplo: Manhã |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |

1. **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **METAS** | **INDICADORES** | **MEIOS DE VERIFICAÇÃO** |
| **1** | Exemplo:75% das famílias participando das reuniões mensais(usar quantas linhas forem necessárias) | FreqüênciaAssiduidade | Lista de PresençaRegistro FotográficoFichas de Inscrição |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

*Obs: As metas sempre são numéricas (unidades, %). Colocar ao menos 3 metas.*

1. **RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **TIPO** | **QUANTIDADE** | **DESCRIÇÃO DO USO NO SERVIÇO** |
|
| **1** | (usar quantas linhas forem necessárias) |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

*Obs: Detalhar as dependências da instituição, como edifícios, prédios, salas, quadras, refeitório, máquinas, equipamentos, instalações que serão utilizadas na execução das atividades.*

1. **RECURSOS HUMANOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **FUNÇÃO** | **VÍNCULO** | **CARGA HORÁRIA****(semanal)** | **SALÁRIO BASE** | **ATIVIDADE DESENVOLVIDA** |
| **1** | Exemplo: Assistente Social | CLT | 30h | R$ 3.000,00 | Orientador do SCFV |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

*Obs: Listar somente recursos humanos envolvidos na execução do serviço.*

1. **PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA**

|  |
| --- |
| **7.1 - DESPESAS** |
| **Nº** | **TIPO DE DESPESA** | **CUSTO ANUAL****RECURSO MUNICIPAL** | **CUSTO ANUAL RECURSO ESTADUAL** | **TOTAL ANUAL** |
| **1** | Recursos Humanos(Salários, Encargos e Benefícios) |  |  |  |
| **2** | Medicamentos |  |  |  |
| **3** | Material Médico e Hospitalar (\*) |  |  |  |
| **4** | Gêneros Alimentícios |  |  |  |
| **5** | Outros Materiais de Consumo(Produtos de Higiene e Limpeza, Materiais de Escritório, afins) |  |  |  |
| **6** | Serviços Médicos (\*) |  |  |  |
| **7** | Outros Serviços de Terceiros |  |  |  |
| **8** | Locação de Imóveis |  |  |  |
| **9** | Utilidades Públicas(Energia Elétrica, Água e Esgoto, Gás, Telefone e Internet) |  |  |  |
| **10** | Combustível |  |  |  |
| **11** | Outras Despesas (Detalhar essas despesas) |  |  |  |
|  | **TOTAL GERAL** | **393.595,00** | **16.805,00** | **410.400,00** |

(\*) Para entidades da área da Saúde.

**Obs: Apresentar, em anexo, planilha de custo detalhada e memórias de cálculos para os valores aqui apresentados.**

**ORIENTAÇÕES: (EXCLUIR ESTE QUADRO PARA IMPRIMIR)**

- Descrever por modalidade e gênero de despesa;

- Os exemplos acima são baseados no Demonstrativo de Receitas e Despesas solicitado pelo Tribunal de Contas (Instrução nº 02/2016). As categorias de despesas que não fazem parte do objeto proposto devem ser excluídas;

- Destacar o custo mensal e anual;

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

- Os custos com Recursos Humanos devem contemplar todas as despesas da categoria, tais como: salários e possíveis reajustes (dissídios) durante a vigência do ajuste, cota patronal dos encargos trabalhistas (indicar isenções, se houver), 13º salário, férias e 1/3 proporcional de férias, benefícios (insalubridade, auxílio alimentação, auxílio transporte, entre outro, conforme o caso e exigência legal) e, ainda, provisão de rescisão contratual ao término da parceria (aviso prévio indenizado e multa de 40% do FGTS). Os encargos que não forem calculados e apresentados no Plano de Trabalho não serão de responsabilidade do Órgão Público e não poderão ser reclamados.

(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).

|  |
| --- |
| **7.2 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – RECURSO MUNICIPAL** |
| **Nº** | **TIPO DE DESPESA** | **1º MÊS** | **2º MÊS** | **3º MÊS** | **4º MÊS** | **5º MÊS** | **6º MÊS** |
| **1** | Recursos Humanos(Salários, Encargos e Benefícios) |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Medicamentos |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Material Médico e Hospitalar (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Gêneros Alimentícios |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Outros Materiais de Consumo(Produtos de Higiene e Limpeza, Materiais de Escritório, afins) |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Serviços Médicos (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Outros Serviços de Terceiros |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Locação de Imóveis |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Utilidades Públicas(Energia Elétrica, Água e Esgoto, Gás, Telefone e Internet) |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Combustível |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Outras Despesas (Detalhar essas despesas) |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL GERAL** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7.2 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – RECURSO MUNICIPAL** |
| **Nº** | **TIPO DE DESPESA** | **7º MÊS** | **8º MÊS** | **9º MÊS** | **10º MÊS** | **11º MÊS** | **12º MÊS** |
| **1** | Recursos Humanos(Salários, Encargos e Benefícios) |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Medicamentos |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Material Médico e Hospitalar (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Gêneros Alimentícios |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Outros Materiais de Consumo(Produtos de Higiene e Limpeza, Materiais de Escritório, afins) |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Serviços Médicos (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Outros Serviços de Terceiros |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Locação de Imóveis |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Utilidades Públicas(Energia Elétrica, Água e Esgoto, Gás, Telefone e Internet) |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Combustível |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Outras Despesas (Detalhar essas despesas) |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL GERAL** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7.3 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – RECURSO ESTADUAL** |
| **Nº** | **TIPO DE DESPESA** | **1º MÊS** | **2º MÊS** | **3º MÊS** | **4º MÊS** | **5º MÊS** | **6º MÊS** |
| **1** | Recursos Humanos(Salários, Encargos e Benefícios) |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Medicamentos |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Material Médico e Hospitalar (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Gêneros Alimentícios |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Outros Materiais de Consumo(Produtos de Higiene e Limpeza, Materiais de Escritório, afins) |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Serviços Médicos (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Outros Serviços de Terceiros |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Locação de Imóveis |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Utilidades Públicas(Energia Elétrica, Água e Esgoto, Gás, Telefone e Internet) |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Combustível |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Outras Despesas (Detalhar essas despesas) |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL GERAL** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7.3 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – RECURSO ESTADUAL** |
| **Nº** | **TIPO DE DESPESA** | **7º MÊS** | **8º MÊS** | **9º MÊS** | **10º MÊS** | **11º MÊS** | **12º MÊS** |
| **1** | Recursos Humanos(Salários, Encargos e Benefícios) |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Medicamentos |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Material Médico e Hospitalar (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Gêneros Alimentícios |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Outros Materiais de Consumo(Produtos de Higiene e Limpeza, Materiais de Escritório, afins) |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Serviços Médicos (\*) |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Outros Serviços de Terceiros |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Locação de Imóveis |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Utilidades Públicas(Energia Elétrica, Água e Esgoto, Gás, Telefone e Internet) |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Combustível |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Outras Despesas (Detalhar essas despesas) |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL GERAL** |  |  |  |  |  |  |

1. **DECLARAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto a PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste 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. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Louveira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Representante Legal:** |  | **Responsável Técnico do Projeto:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Nome completo |  | Nome completo |  |
|  | Cargo/Função |  | Cargo/Função |  |
|  |  |  |  |  |

1. **APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Aprovado pela Secretaria Municipal de Assistência Social. |  |
|  |  |  |  |
|  | Louveira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. |  |  |
|  |  |  | **Mirton Heffner Júnior** |  |
|  |  |  | Secretário M. de Assistência Social |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Aprovado pelo Chefe do Poder Executivo. |  |
|  |  |  |
|  | Louveira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. |  |  |
|  |  |  | **Nicolau Finamore Junior** |  |
|  |  |  | Prefeito Municipal de Louveira |  |
|  |  |  |  |  |

**Obs: ATENÇÃO para que os tópicos 8 e 9 sejam SEMPRE apresentados na mesma página. (excluir esta frase p/ impressão)**