**ANEXO II - 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** | |
| XXXXXXXXXXXXX | | | | | XX.XXX.XXX/XXXX-XX | |
| **Endereço** | | | | | | |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXX – bairro XXXXXXXXX | | | | | | |
| **Cidade** | | **UF** | **CEP** | | **Telefone:** | |
| Louveira | | SP | XX.XXX-XXX | | (XX) XXXX-XXXX | |
| **E-mail Institucional** | | | | | | |
| XXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXX.com.br | | | | | | |
| **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** |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | Presidente |
| **RG/CI** | **Órgão Expedidor** | | | **CPF** | | |
| 111111 | SSP-SP | | | 11.111.111-11 | | |
| **Endereço Residencial (rua, bairro, nº, etc)** | | | | | | |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| **Cidade** | | | | **UF** | | **CEP** |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | SP | | 11.111-111 |
| **E-mail Pessoal** | | | | | | **Telefone** |
| XXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | (XX) XXXX-XXXX |
| **1.3 - Responsável Técnico do Projeto** | | | | | | |
| **Nome do Responsável Técnico do Projeto** | | | | | | **Cargo/Função** |
| XXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | XXXXXXXXXXXXXX |
| **RG/CI** | **Órgão Expedidor** | | | **CPF** | | |
| 11111 | SSP-SP | | | 11.111.111-11 | | |
| **Endereço Residencial (rua, bairro, nº, etc)** | | | | | | |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX – bairro XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| **Cidade** | | | | **UF** | | **CEP** |
| XXXXXXXXXXXXXXX | | | | SP | | 11.111.111 |
| **E-mail Pessoal** | | | | | | **Telefone** |
| XXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXXXXXXXX.com.br | | | | | | (XX) XXXX-XXXX |

1. **DESCRIÇÃO DO PROJETO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.1 - Título do Projeto:** | **2.2 - Período de Execução** | | |
| XXXXXXXXXXXXXXX | **Inicio:** XXXXXX/XXXX | | **Término:** XXXXX/XXXX |
| **2.3 – Identificação da Ação e Capacidade de Atendimento** | | | |
|  | **CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PRETENDIDA:**  **VALOR DE REFERÊNCIA POR USUÁRIO:**  R$ \_\_\_\_\_\_\_ (tantos reais)  **VALOR ANUAL PREVISTO:**  R$ \_\_\_\_\_\_\_ (tantos reais) | | |
| **2.4 – Justificativa** | | | |
| *(Nota: descrever a necessidade, objetivo e a finalidade da parceria)* | | | |
| **2.5 – Diagnóstico da Realidade** | | | |
| *(Nota: demonstrar o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas)* | | | |
| **2.6 – Metodologia** | | | |
| *:* | | | |
| **2.7 – Objetivo Geral** | | | |
|  | | | |
| **2.8 – Objetivos Específicos** | | | |
|  | | | |
| **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: famílias participando das reuniões mensais*  *(usar quantas linhas forem necessárias)* | *80% Frequência*  *Assiduidade* | *Lista de Presença*  *Registro Fotográfico*  *Fichas de Inscrição* |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

*Nota: 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** |  |  |  |

*Nota: 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** |  |  |  |  |  |

*Nota: 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) | R$ | R$ | R$ |
| **2** | Medicamentos | R$ | R$ | R$ |
| **3** | Material Médico e Hospitalar (\*) | R$ | R$ | R$ |
| **4** | Gêneros Alimentícios | R$ | R$ | R$ |
| **5** | Outros Materiais de Consumo  (Produtos de Higiene e Limpeza, Materiais de Escritório, afins) | R$ | R$ | R$ |
| **6** | Serviços Médicos (\*) | R$ | R$ | R$ |
| **7** | Outros Serviços de Terceiros | R$ | R$ | R$ |
| **8** | Locação de Imóveis | R$ | R$ | R$ |
| **9** | Utilidades Públicas  (Energia Elétrica, Água e Esgoto, Gás, Telefone e Internet) | R$ | R$ | R$ |
| **10** | Combustível | R$ | R$ | R$ |
| **11** | Outras Despesas (Detalhar essas despesas) | R$ | R$ | R$ |
|  | **TOTAL GERAL** | R$ | R$ | R$ |

(\*) 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** |  |  |  |  |  |  |

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 Educação. | | |  |
|  |  | |  |  |
|  | Louveira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. | |  |  |
|  |  |  | **Giany Aparecida Povoa** |  |
|  |  |  | Secretária Municipal de Assistência Social |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Aprovado pelo Chefe do Poder Executivo. | | |  |
|  |  | | |  |
|  | Louveira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. | |  |  |
|  |  |  | **Nicolau Finamore Junior** |  |
|  |  |  | Prefeito Municipal de Louveira |  |