**ANEXO V - PLANO DE TRABALHO**

**(Usar papel timbrado da OSC)**

**PLANO DE TRABALHO**

**\*COLOCAR TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

* 1. **DA OSC –ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organização Proponente: | | | |
| C.N.P.J. | | | |
| Endereço: | | | |
| Cidade: | | U.F: | CEP: |
| DDD/Tel : | | | |
| E-mail: | | | |
| Site institucional: | | | |
| N° de inscrição no CMAS:  Vigência: | Tipo de Inscrição  Entidade ( ) Serviço ( ) | | |
| N° de registro no CMDCA:  Vigência: | | | |
| N° de Inscrição no CEBAS:  Vigência: | | | |

**1.2 DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do representante legal da OSC: | | | | | | Cargo: |
| CPF: | RG: | | | Órgão expedidor | | |
| Eleito em: | | Vencimento do mandato: | | | | |
| Endereço residencial: | | | | | | |
| Cidade: | | | UF: | | CEP: | |
| DDD/Tel. | | | (celular) : | | | |
| E-mail: | | | | | | |
| Nome do técnico responsável pela elaboração do Plano de Trabalho: | | | | | | |
| Numero do Registro do Conselho Profissional: | | | | | | |

**1.3 DADOS BANCÁRIOS**

|  |
| --- |
| Banco: |
| Agência: |
| Número da Conta: |

**2) ÁREA DA ATIVIDADE**

**Preponderante:**

( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação ( ) Cultura ( ) Esporte

**Secundária**, quando houver: (pode assinalar mais de 1)

( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação ( ) Cultura ( ) Esporte

**2.1 NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

( ) Atendimento ( ) Assessoramento ( ) Defesa e garantia de direitos

**3) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO POR PROTEÇÃO**

( ) Básica ( ) Especial de Média Complexidade ( ) Especial de Alta Complexidade

**4) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO (máximo de 15 linhas)**

**4.1 TIPO DE SERVIÇO/PROJETO**

**4.2 IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/PROJETO**

Área geográfica em que o serviço se insere.

**4.3 IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/PROJETO**

**Endereço:**

**Locado ( ) Próprio ( ) Cedido ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Condições de acessibilidade:**

**Sim ( ) Parcialmente ( ) Não possui ( )**

Indicar as instalações físicas e mobiliários disponíveis na seguinte tabela:

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição e quantificação dos**  **ambientes disponíveis** | **Equipamento/móveis disponíveis**  **para o desenvolvimento do serviço** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4.4 VAGAS OFERECIDAS PARA O SERVIÇO**

Indicar o número de vagas:

**4.5 PÚBLICO**

Indicar o público, especificando os usuários a serem atendidos e faixa etária:

**4.6 PERIODO DE FUNCIONAMENTO**

Descrever o horário de funcionamento do serviço

**4.7 ABRANGÊNCIA**

Descrever a abrangência do serviço, que poderá ser municipal

**4.8 OBJETIVO GERAL**

O que a organização pretende alcançar ao seu final. Deve ser escrito de forma clara, sucinta e objetiva. Este objetivo deve estar relacionado diretamente aos Serviços que a Entidade pretende executar para o Município.

**4.9 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

São aqueles relacionados ao objetivo geral que contribuirão para a alteração global da situação enfrentada, através das ações que o Serviço desenvolverá junto ao público a ser atendido. Estão necessariamente articulados ao Objetivo Geral.

**4.10 CONDIÇÕES E FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO**

Descrever como será a forma de acesso ao serviço respeitando a referência e contra referência

**4.11 METODOLOGIA DO SERVIÇO**

Descrever detalhadamente as ações que serão desenvolvidas com o público atendido visando alcançar os objetivos do Serviço e os impactos esperados.

**4.12 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Descrever quais as atividades e ações mês a mês para o desenvolvimento do Projeto.

**4.13 ARTICULAÇÃO DE REDE**

Identificar as instituições e/ou organizações com as quais haverá articulação para o alcance dos objetivos propostos na execução do Serviço. Indica a conexão de cada serviço com outros serviços, programas, projetos e organizações dos Poderes Executivo e Judiciário e organizações não governamentais

**4.14 IMPACTOS ESPERADOS**

Informar os resultados que se espera com o desenvolvimento do serviço. (VIDE RESOLUÇÃO CNAS Nº 109/09 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009).

**4.15 INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Indicar os mecanismos de acompanhamento e avaliação do serviço, como se dará o processo de avaliação continuada, os envolvidos e a frequência que ocorrerá. Indicar ainda, a forma de fomento e incentivo da participação dos usuários utilizados para avaliação do serviço.

**5) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO/PROJETO :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO/PROJETO** | | | |
| Cargo | Quantidade | Carga Horária | Fonte de recurso (recurso Federal, Municipal) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6) PREVISÃO DE CUSTOS E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RECURSOS HUMANOS** | | | | | | | | | | | | |
|  | |
| **FOLHA DE PAGAMENTO (SALÁRIOS E ENCARGOS)** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |
| **Função** | **Regime de**  **Contratação** | **Salário Bruto** | **FGTS** | **INSS** | **IRRF** | **PIS** | **13º salário** | **Vale**  **Trasp.** | **Férias** | **Vale**  **Alim.** | **Provisionado verbas Rescisórias** | **Total por funcionário** |  |
|  | **RPA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **MEI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CLT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Observação:** Caso à OSC pretenda realizar outros pagamentos utilizando recursos públicos, favor deixar informado neste campo.

Exemplo: hora, extra, rescisão, adicionais.

Caso a despesa não esteja prevista no cronograma de desembolso, à OSC não poderá aplicar o recurso na despesa não informada.

Fazer uma tabela para cada fonte de Recurso (Municipal, Estadual, Federal e Próprio, se for o caso).

Se por acaso a OSC oferecer benefícios como cesta básica, vale alimentação, vale refeição deverá ser relacionado.

Caso a contratação não seja pela forma de CLT deverá ser inserida como RPA ou MEI e colocar os encargos.

**7) MATERIAL DE CONSUMO PARA O SERVIÇO/PROJETO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MATERIAL DE CONSUMO PARA O SERVIÇO/PROJETO | | | | | |
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal – As. Social | | Recursos federal | | TOTAL |
| Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Gêneros Alimentícios |  |  |  |  | 0,00 |
| Material de higiene e limpeza |  |  |  |  | 0,00 |
| Material de escritório |  |  |  |  | 0,00 |
| Combustível |  |  |  |  | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**8) SERVIÇOS DE TERCEIROS PARA O SERVIÇO/PROJETO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MATERIAL DE TERCEIROS PARA O SERVIÇO/PROJETO | | | | | |
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal – As. Social | | Recursos federal | | TOTAL |
| Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Correios |  |  |  |  | 0,00 |
| Manutenção de bens Móveis |  |  |  |  | 0,00 |
| Manutenção predial |  |  |  |  | 0,00 |
| Seguro veicular |  |  |  |  | 0,00 |
| Seguro predial |  |  |  |  | 0,00 |
| Serviços contábeis |  |  |  |  | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**9) UTILIDADES PÚBLICAS PARA O SERVIÇO/PROJETO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAGAMENTOS COM UTILIDADES PÚBLICAS** | | | | | |
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal – As. Social | | Recursos federal | | TOTAL |
| Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Agua |  |  |  |  | 0,00 |
| Energia |  |  |  |  | 0,00 |
| Telefone |  |  |  |  | 0,00 |
| Internet |  |  |  |  | 0,00 |
| Gás encanado |  |  |  |  | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**10) QUADRO-RESUMO DO SERVIÇO/PROJETO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **QUADRO RESUMO DO SERVIÇO/PROJETO** | | | | | |
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal – As. Social | | Recursos federal | | TOTAL |
| Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Recursos Humanos |  |  |  |  | 0,00 |
| Material de Consumo |  |  |  |  | 0,00 |
| Material de Terceiros |  |  |  |  | 0,00 |
| Utilidade Publica |  |  |  |  | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**11) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL** | | | |
| **PERIODO** | Recurso Municipal | Recursos federal | TOTAL |
| **1º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **2º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **3º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **4º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **5º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **6º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **7º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **8º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **9º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **10º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **11º MÊS** |  |  | 0,00 |
| **12º MES** |  |  | 0,00 |
| **TOTAL** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |

**12)PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Início: |  |
| Término: |  |

**13) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO**

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de registro profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail do coordenador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Representante Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:

Jaguariúna, [dia] de [mês] de [ano].