

**USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO**

**ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO**

**Edital de Chamamento Público XXXX/2022 – SECID**

**(referenciar o LOTE se for o caso)**

**EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE** \_\_\_\_\_

**ORGANIZAÇÃO** \_\_\_\_\_

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

### ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

#### ÍNDICE:

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| Identificação da Organização ..... | Pg. 03  |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |
| Xxxxxxxxxxxxxxxxxx .....           | Pg. ... |

**ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO**

**1) IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

|                                       |                                                      |                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| 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:                       |                                                      |                |

**1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS**

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Inscrição no CMAS                                        | Nº |
| Registro no CMDCA (quando houver)                        | Nº |
| Inscrição no CNAS                                        | Nº |
| Inscrição no CMI (quando houver)                         | 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:                             |                  |
| CPF:                                           | Data de nascimento:                    | Órgão Expedidor: |
| RG:                                            |                                        |                  |
| Vigência do mandato da diretoria atual         | de ----/----/----- até ----/----/----- |                  |

**1.4) RELACIONE OS DEMAIS DIRETORES**

|                  |            |                  |
|------------------|------------|------------------|
| Nome do Diretor: |            |                  |
| Cargo:           | Profissão: |                  |
| CPF:             | RG:        | Órgão Expedidor: |
|                  |            |                  |
| Nome do Diretor: |            |                  |
| Cargo:           | Profissão: |                  |
| CPF:             | RG:        | Órgão Expedidor: |

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

|                  |     |                  |  |
|------------------|-----|------------------|--|
| Nome do Diretor: |     |                  |  |
| Cargo:           |     | Profissão:       |  |
| CPF:             | RG: | Órgão Expedidor: |  |

|                  |     |                  |  |
|------------------|-----|------------------|--|
| Nome do Diretor: |     |                  |  |
| Cargo:           |     | Profissão:       |  |
| CPF:             | RG: | Órgão Expedidor: |  |

### 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) VALOR DA PROPOSTA (Descrever o valor per capita, valor mensal e valor global do período)

#### 5) TIPO DE SERVIÇO A SER OFERTADO

(Identificar a modalidade de atendimento pretendida de acordo com o que está estabelecido no edital)

##### 5.1) PÚBLICO ALVO

(Indicar o público-alvo, especificando o público a ser atendido e faixa etária)

##### 5.2) IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

(Região em que o Serviço está inserido e sua abrangência)

##### 5.3) IDENTIFICAÇÃO DO VOLUME DE SERVIÇOS

(Indicar o número de vagas a serem ofertadas associando-as com a respectiva demanda)

##### 5.4) 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)

##### 5.5) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO (forma clara e sucinta)

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

(Descrever/detalhar com palavras próprias o Serviço Socioassistencial que é realizado com os usuários (\*não será aceito cópia da descrição em Tipificação/Resoluções)

### 5.6) OBJETIVO GERAL

(O que a Organização Social pretende alcançar ao seu final. Deve ser escrito de forma clara, sucinta e objetiva. Este objetivo deve estar relacionado diretamente ao Serviço que a entidade pretende executar para o Município)

### 5.7) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

(São aqueles relacionados ao objetivo geral que contribuirão para a alteração global da situação enfrentada, através das ações que o Serviço irá desenvolver junto ao público-alvo. Estão necessariamente articulados ao Objetivo Geral. Os objetivos devem responder as expressões: O que? Como? Para que? Ou Para Quem?)

### 5.8) METODOLOGIA DO SERVIÇO

(Descrever detalhadamente as ações que serão desenvolvidas com o público-alvo visando alcançar os objetivos do Serviço e os resultados esperados)

### 5.9) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (inserir quantas atividades forem necessárias)

#### ATIVIDADE 1:

Nome da atividade:

Objetivo específico:

Meta Quantitativa:

Meta Qualitativa:

Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas:

Periodicidade da avaliação das metas:

(Definir a frequência de medição do indicador a partir da fonte; Pode ser diária, semanal, quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual)

Forma de conduzir a atividade:

(Informar a maneira como serão desenvolvidas as atividades e materiais utilizados. Ex.: oficinas socioeducativas, cursos profissionalizantes, eventos culturais, encontros reuniões)

Profissionais envolvidos:

(Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade)

Período de realização semanal:

(Dias da semana)

Horário:

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

Quantas horas de atividades semanais:

Resultados esperados específicos desta atividade:

Qualitativos –

Quantitativos –

### 5.10) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

I - Indicar o período de vigência deste plano de trabalho em acordo com o edital de chamamento e anexos

(Previsão de início e fim da execução da parceria)

II – Etapas de execução das atividades, respeitado o prazo de início do serviço

(Cronograma das atividades - Informar, as atividades a serem desenvolvidas semanalmente e mensalmente, observando as atividades descritas no item 5.9)

| Atividades | Dias da Semana | Horário | Meses |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|------------|----------------|---------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|            |                |         | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|            |                |         |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|            |                |         |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

Observações: \_\_\_\_\_

### 5.11) RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

(Relacione os recursos humanos necessários para a consecução do objeto em observância ao Anexo

I - Projeto Básico )

| Cargo | Quantidade | Nível de escolaridade | Jornada de trabalho | Horário de início e fim da jornada diária de trabalho | Forma de contratação | Atribuições |
|-------|------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|       |            |                       |                     |                                                       |                      |             |
|       |            |                       |                     |                                                       |                      |             |
|       |            |                       |                     |                                                       |                      |             |

### 5.12) ARTICULAÇÃO DE REDE

(Identificar as instituições, organizações e/ou outros órgãos com os quais haverá articulação para o alcance dos objetivos propostos na execução do Serviço. Indicar a conexão de cada serviço com

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

outros serviços, programas, projetos e organizações dos Poderes Executivo e Judiciário e organizações não governamentais)

| Instituição/Órgão | Natureza da Interface |
|-------------------|-----------------------|
|                   |                       |
|                   |                       |

### 5.13) CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS E FAMÍLIAS

Condições de Acesso:

---

---

Formas de Acesso:

---

---

### 5.14) RESULTADOS/IMPACTOS ESPERADOS

(Informar os resultados que se espera com o desenvolvimento do serviço. Os resultados podem ser detalhados de forma quantitativa e/ou qualitativa, descrevendo os benefícios sociais que se almeja com o serviço citado)

### 5.15) INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Indicar os mecanismos de acompanhamento e fiscalização do Serviço, indicando como se dará o processo de avaliação continuada da qualidade que serão aplicados independentemente das formas de avaliação e fiscalização realizadas pelo Município. Abordar também os sistemas de aplicação de ações corretivas)

### 5.16) IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

A Organização Social possui neste momento espaço físico/núcleo(s) de atendimento para a execução do Serviço?     ( ) Sim                      ( ) Não

**Se a resposta for **SIM**, descrever:**

Núcleo 1 / Endereço:

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

Condições de acessibilidade

Sim ( )                      Parcialmente ( )                      Não possui ( )

|                               |                    |                                  |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| Descrição e quantificação dos | Equipamento/móveis | Materiais de consumo disponíveis |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

| ambientes disponíveis | disponíveis para o desenvolvimento do serviço | para o desenvolvimento do serviço |
|-----------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
|                       |                                               |                                   |
|                       |                                               |                                   |
|                       |                                               |                                   |
|                       |                                               |                                   |

\*Indicar as instalações físicas, mobiliários disponíveis e materiais de consumo necessários.

### 6) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

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

Formação: \_\_\_\_\_

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

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

E-mail Coordenador: \_\_\_\_\_

Sorocaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

Representante Legal

Assinatura