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 _____

ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

ÍNDICE:

Identificação da Organização ……..Pg. 03
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……Pg. …
Xxxxxxxxxxxxxx ....……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: RG:	Data de nascimento:	Órgão Expedidor:
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:

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)

(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:

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

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

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