

**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:**

|                                           |                |
|-------------------------------------------|----------------|
| <b>Identificação da Organização .....</b> | <b>Pg. 03</b>  |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |
| <b>XXXXXXXXXXXXXXXXX .....</b>            | <b>Pg. ...</b> |

## ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

### 1) IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

|                                              |                                                  |                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Nome da Organização:</b>                  |                                                  |                       |
| <b>Data de Constituição:</b> ----/----/----- |                                                  |                       |
| <b>CNPJ:</b>                                 | <b>Data de inscrição no CNPJ:-</b> ---/---/----- |                       |
| <b>Endereço:</b>                             |                                                  |                       |
| <b>Cidade / UF:</b>                          | <b>Bairro:</b>                                   | <b>CEP:</b>           |
| <b>Telefone:</b>                             | <b>Fax:</b>                                      | <b>Site / e-mail:</b> |
| <b>Horário de funcionamento:</b>             |                                                  |                       |
| <b>Dias da semana:</b>                       |                                                  |                       |

### 1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inscrição no CMAS</b>                                                  | <b>Nº</b> |
| <b>Registro no CMDCA (quando houver)</b>                                  | <b>Nº</b> |
| <b>Inscrição no CNAS</b>                                                  | <b>Nº</b> |
| <b>Inscrição no CMI (quando houver)</b>                                   | <b>Nº</b> |
| <b>CEBAS – último registro e validade</b>                                 | <b>Nº</b> |
| <b>Utilidade Pública (    )Federal (    )Estadual<br/>(    )Municipal</b> | <b>Nº</b> |

**Outros:** \_\_\_\_\_

### 1.3) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

|                                                       |                            |                                               |  |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|--|
| <b>Presidente ou Representante legal da entidade:</b> |                            |                                               |  |
| <b>Cargo:</b>                                         |                            | <b>Profissão:</b>                             |  |
| <b>CPF:</b>                                           | <b>Data de nascimento:</b> | <b>Órgão Expedidor:</b>                       |  |
| <b>RG:</b>                                            |                            |                                               |  |
| <b>Vigência do mandato da diretoria atual</b>         |                            | <b>de ----/----/----- até ----/----/-----</b> |  |

### 1.4) RELACIONE OS DEMAIS DIRETORES

|                         |
|-------------------------|
| <b>Nome do Diretor:</b> |
|-------------------------|

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

|               |            |                         |  |
|---------------|------------|-------------------------|--|
| <b>Cargo:</b> |            | <b>Profissão:</b>       |  |
| <b>CPF:</b>   | <b>RG:</b> | <b>Órgão Expedidor:</b> |  |

|                         |            |                         |  |
|-------------------------|------------|-------------------------|--|
| <b>Nome do Diretor:</b> |            |                         |  |
| <b>Cargo:</b>           |            | <b>Profissão:</b>       |  |
| <b>CPF:</b>             | <b>RG:</b> | <b>Órgão Expedidor:</b> |  |

|                         |            |                         |  |
|-------------------------|------------|-------------------------|--|
| <b>Nome do Diretor:</b> |            |                         |  |
| <b>Cargo:</b>           |            | <b>Profissão:</b>       |  |
| <b>CPF:</b>             | <b>RG:</b> | <b>Órgão Expedidor:</b> |  |

|                         |            |                         |  |
|-------------------------|------------|-------------------------|--|
| <b>Nome do Diretor:</b> |            |                         |  |
| <b>Cargo:</b>           |            | <b>Profissão:</b>       |  |
| <b>CPF:</b>             | <b>RG:</b> | <b>Órgão Expedidor:</b> |  |

## 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

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

(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**

(Especificação do local destinado à execução do ajuste)

### **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 desenvolverá 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:**

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

**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 –

**ATIVIDADE 2:**

**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:**

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

(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 –

**ATIVIDADE 3:**

- .
- .
- .
- .
- .

### 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 | Forma de contratação | Atribuições |
|-------|------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|----------------------|-------------|
|       |            |                       |                     |                            |                      |             |

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

|  |  |  |  |                               |  |  |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|
|  |  |  |  | jornada diária<br>de trabalho |  |  |
|  |  |  |  |                               |  |  |
|  |  |  |  |                               |  |  |
|  |  |  |  |                               |  |  |

### 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) FORMAS DE FISCALIZAÇÃO

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

- Serão realizadas visitas bimestrais pela diretoria com intuito de avaliar a consecução do plano de trabalho.
- Serão revisados mensalmente os relatórios de execução do objeto.
- Será realizada anualmente pesquisa de satisfação com os usuários do serviço.

### 5.17) 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 ambientes disponíveis | Equipamento/móveis disponíveis para o desenvolvimento do serviço | Materiais de consumo disponíveis 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