

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

Edital de Chamamento Público XXXX/2022 – SECID

EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE _____

ORGANIZAÇÃO _____

ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

ÍNDICE:

Identificação da Organização	Pg. 03
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	Pg. ...
XXXXXXXXXXXXXXXXX	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:

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

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

(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)

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

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 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**

A partir da data de assinatura do Termo de Colaboração

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	Jornada de	Horário de	Forma de	Atribuição
-------	------------	----------	------------	------------	----------	------------

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

		escolaridade	trabalho	início e fim da jornada diária de trabalho	contratação	es

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

- 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