

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

**ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO**

**Editais de Chamamento Público XXXX/2024 – SECID**

**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>Site:</b>                                 |                                                  |             |
| <b>E-mail:</b>                               |                                                  |             |
| <b>Horário de funcionamento:</b>             |                                                  |             |
| <b>Dias da semana:</b>                       |                                                  |             |

**1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS**

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

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

**1.3) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA**

|                                                       |                                               |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Presidente ou Representante legal da entidade:</b> |                                               |
| <b>Cargo:</b>                                         | <b>Profissão:</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>Nome do Diretor:</b> |                   |
| <b>Cargo:</b>           | <b>Profissão:</b> |
| <b>Nome do Diretor:</b> |                   |
| <b>Cargo:</b>           | <b>Profissão:</b> |
| <b>Nome do Diretor:</b> |                   |
| <b>Cargo:</b>           | <b>Profissão:</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

(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** (De forma sucinta e clara, especificar o que se pretende com a parceria, identificar o serviço a ser executado)

### **5.6) OBJETIVO GERAL DO PROJETO**

(O objetivo geral é a afirmação capaz de demonstrar a transformação que o projeto pretende alcançar. A intensão de atingir determinada mudança social. Buscar responder à pergunta: O QUE SERÁ FEITO?)

### **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? Ações para alcançar as metas? Resultados esperados)

### **5.8) METODOLOGIA DO SERVIÇO**

(Descrever COMO o projeto será executado, descrever os métodos, técnicas e estratégias pensadas para cada objetivo proposto)

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

#### **ATIVIDADE 1:**

**Nome da atividade:**

**Objetivo específico:**

**Meta Quantitativa** (quantidade de pessoas (em números) que serão atendidas na atividade):

**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)

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

**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:** (Informar apenas os profissionais que estarão de forma presencial nas atividades - Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade)

**Período de realização semanal:**

(Dias da semana) Obrigatório informar os dias e horários que acontecerão cada atividade, o horário e dia da semana informado no item 5.9 deve ser o mesmo a ser informado no item 5.10)

Tendo horários para alimentações, informar neste campo

**Horário:** (Informar o horário que acontecerá cada atividade)

**Quantas horas de atividades semanais:**

**Resultados esperados específicos desta atividade:**

Qualitativos –

Quantitativos –

**ATIVIDADE 2:**

**Nome da atividade:**

**Objetivo específico:**

**Meta Quantitativa** (quantidade de pessoas (em números) que serão atendidas na atividade):

**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:** (Informar apenas os profissionais que estarão de forma presencial nas atividades - Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade)

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

### Período de realização semanal:

(Dias da semana) Obrigatório informar os dias e horários que acontecerão cada atividade, o horário e dia da semana informado no item 5.9 deve ser o mesmo a ser informado no item 5.10)

Tendo horários para alimentações, informar neste campo

**Horário:** (Informar o horário que acontecerá cada atividade)

### 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)

### ITENS OBRIGATÓRIOS A SEREM PREENCHIDOS

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

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

|  |  |  |                                                                                                              |                                                                                                               |  |  |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  |  | <b>semanal e<br/>mensal<br/>(proporcion<br/>al às<br/>atividades<br/>desenvolvi<br/>das na<br/>parceria)</b> | <b>jornada diária<br/>de trabalho<br/>(proporcional<br/>às atividades<br/>desenvolvida<br/>s na parceria)</b> |  |  |
|  |  |  |                                                                                                              |                                                                                                               |  |  |
|  |  |  |                                                                                                              |                                                                                                               |  |  |
|  |  |  |                                                                                                              |                                                                                                               |  |  |

### 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

## USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

independentemente das formas de avaliação e fiscalização realizadas pelo Município. Abordar também os sistemas de aplicação de ações corretivas)

### 5.16) FORMAS DE FISCALIZAÇÃO

(Indicar as formas de fiscalização que a diretoria realizada para fiscalização do Termo de Colaboração em questão, o texto a seguir é apenas um exemplo).

- 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 AÇÕES INDISPENSÁVEIS

Inserir as ações que são extremamente necessárias para que o serviço ocorra da melhor forma possível.

### 5.18) 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 (Informar as medidas de acessibilidade do local a ser executado o serviço)

Sim ( ☐ )                      Parcialmente ( ☐ )                      Não possui ( ☐ )

### \* INFORMAR AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE QUE A ORGANIZAÇÃO 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.

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

**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