

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

Edital de Chamamento Público 06/2023 – SECID

EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE _____

ORGANIZAÇÃO _____

ANEXO II - PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

ÍNDICE:

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

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

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

Carga:		Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:	

Nome do Diretor:

Carga:		Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:	

Nome do Diretor:

Carga:		Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:	

Nome do Diretor:

Carga:		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

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

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 escolaridade	Jornada de trabalho	Horário de início e fim da	Forma de contratação	Atribuições
-------	------------	-----------------------	---------------------	----------------------------	----------------------	-------------

USAR PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO

				jornada diária 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 2023.

Representante Legal
Assinatura