

ANEXO I
PLANO DE TRABALHO

1) IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

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:		

1.3) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

Presidente ou representante legal da Organização da Sociedade Civil:	
Cargo:	Profissão:
CPF:	Data de nascimento:
RG:	Órgão expedidor:
Vigência do mandato atual: de ___/___/___ até ___/___/___	

1.4) DEMAIS DIRETORES

Nome do Diretor:		
Cargo:	Profissão:	
CPF:	RG:	Órgão expedidor:

2.0) ÁREA DA ATIVIDADE

Preponderante:

<input type="checkbox"/> Assistência Social	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Esporte
---	--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Secundária, quando houver (pode assinalar mais de 1):

<input type="checkbox"/> Assistência Social	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Esporte
---	--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

2.1) NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

<input type="checkbox"/> Atendimento	<input type="checkbox"/> Assessoramento	<input type="checkbox"/> Defesa e garantia de direitos
--------------------------------------	---	--

3) VALOR DA PROPOSTA

VALOR:

4) TIPO DE SERVIÇO A SER OFERTADO

(Identificar a modalidade de atendimento pretendida de acordo com o que está estabelecido o Edital).

4.1) PÚBLICO ALVO

(Indicar o público alvo, especificando o público a ser atendido e faixa etária).

4.2) IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

(Região em que o Serviço está inserido e sua abrangência)

4.3) VAGAS OFERECIDAS para o serviço

(Indicar o número de vagas a serem ofertadas)

4.4) DESCRIÇÃO DA REALIDADE (Diagnóstico)

(Descrever a realidade que será objeto da parceria, demonstrando o nexo entre essa

realidade, as atividades e metas a serem atingidas)

4.5) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO (forma clara e sucinta):

(Descrever o Serviço que é realizado com os usuários, não será aceito cópia com descrição da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e Resoluções)

4.6) OBJETIVO GERAL

(O que a organização Social pretende alcançar com a parceria. Deve ser escrito de forma clara, sucinta e objetiva. Este objetivo deve estar relacionado diretamente ao Serviço que a Organização pretende executar para o Município).

4.7) OBJETIVOS ESPECÍFIOS

(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?)

4.8) METODOLOGIA DO SERVIÇO

(Descrever detalhadamente as ações que serão desenvolvidas com o público alvo visando alcançar os objetivos do Serviço e os resultados esperados)

4.9) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (inserir quantas atividades forem necessárias):

ATIVIDADE 1

Nome da atividade:

Objetivo específico:

Meta (quantas pessoas poderão participar desta atividade):

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 dessa atividade):

Período de realização semanal (dias da semana):

Horário:

Quantas horas de atividades semanais:

Resultados esperados:

- a) Qualitativos
- b) Quantitativos

4.10) CRONOGRAMA/RESUMO DE ATIVIDADES

(informar as atividades a serem desenvolvidas semanalmente 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: _____

4.11) **RECURSOS HUMANOS QUE ATUAM NO SERVIÇO** (relacione a equipe técnica principal do Serviço e a de apoio, incluindo a formação profissional, a função ou cargo e o número de horas semanais que cada profissional dedica ao serviço, inclusive voluntários)

Nome	Cargo	Escolaridade	Carga horária semanal	Regime de contratação	Atribuições

4.12) ARTICULAÇÃO DE REDE (Identificar as instituições, organizações e/ou órgãos com os quais haverá articulação para 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

4.13) CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS E FAMÍLIAS

Condições de Acesso:

Formas de acesso:

4.14) 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)

4.15) INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Indicar os mecanismos de acompanhamento e avaliação do serviço, indicando como se dará o processo de avaliação continuada)

4.16) IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

A Organização da Sociedade Civil possui neste momento espaço físico de atendimento para a execução do Serviço?

() Sim () Não



Se a resposta for SIM, descrever:

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.

5) PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

Item	Unidade de medida	Quantidade	Valor Unitário	Valor total do item

TOTAL GERAL: R\$

* Descrever a aplicação dos recursos

6) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

FEV/2025	MAR/2025	ABR/2025	MAI/2025	JUN/2025
JUL/2025	AGO/2025	SET/2025	OUT/2025	NOV/2025



IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome completo:

Formação:

Número do registro profissional:

Telefone para contato:

E-mail do coordenador:

7) PEDIDO DE DEFERIMENTO

Na qualidade de representante legal da (nome da entidade), peço deferimento do serviço acima solicitado para fins de desenvolver o presente Plano de Trabalho, conforme as cláusulas que irão reger o termo de colaboração.

Local e data	Assinatura do Presidente da Organização
--------------	---