

### Anexo III

## Roteiro para elaboração da proposta do Plano de Trabalho

### PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

| PARTE I  |  |
|--|--|
| <b>I - Identificação Geral da O.O.C:</b>   |  |
| <b>1.1 - Nome da O.S.C:</b> ( <u>Orientação</u> : especificar o nome da O.S.C de acordo com a inscrição do C.N.P.J)            |  |
| <b>1.2 - Data da Constituição:</b> ( <u>Orientação</u> : verificar na ata de constituição da Instituição)                      |  |
| <b>1.3 - Dados de Localização da O.S.C:</b>  |  |
| *Endereço Completo: .....  |  |
| * Bairro:..... CEP: .....  |  |
| * Site: .....  |  |
| * e-mail: .....  |  |
| * Telefones (Fixo/Celular): .....  |  |
| <b>1.4 - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - C.N.P.J</b> ( <u>Orientação</u> : preencher de acordo com a ficha do cadastro) |  |
| * Número do C.N.P.J: .....   |  |
| * Data de abertura do C.N.P.J : .....  |  |
| * Atividade Econômica Principal: .....   |  |
| * Atividade(s) Econômica (s) Secundária (s): .....   |  |
| <b>1.5 - Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS (Se houver)</b>                                     |  |

\* Número CEBAS: .....

\* Vigência: .....

(**Orientação:** descrever ainda nº de portaria e data da publicação no Diário Oficial)

**1.6 - Área de Atividade Preponderante:**

( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação ( ) Cultura ( ) Esporte

**1.7 - Área de Atividade Secundária, quando houver: Pode assinalar mais que uma:**

( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação ( ) Cultura ( ) Esporte

**1.8 - Natureza da Organização da Sociedade Civil: (Orientação: levar em consideração a Resolução C.N.A.S 27, de 19/09/11).**

( ) Atendimento ( ) Assessoramento ( ) Defesa e Garantia de Direitos .

**1.09 - Identificação da Diretoria:**

\* Vigência do atual Mandato da Diretoria: De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\* Representante Legal da Organização: Nome completo, RG, CPF, profissão, endereço, telefone e e-mail.

\* **Orientações:**

**Vigência do atual mandato da diretoria:** especificar data completa de início e fim do mandato conforme especificado na última ata de eleição.

**Representante Legal da Organização:** especificar todos os dados do presidente conforme solicitado: nome completo, RG, CPF, endereço, telefone e e-mail, de acordo com a ata de eleição registrada em cartório, investido de competência legal para formalização da Parceria;

**Vice-Presidente:** especificar todos os dados do vice- presidente conforme solicitado: nome completo, RG, C.P.F, endereço, telefone e e-mail, de acordo com a ata de eleição registrada em cartório, investido de competência legal para substituir o presidente para a formalização da Parceria;

**Tesoureiro / Diretor Financeiro:** especificar o nome completo, RG, C.P.F, endereço, telefone e e-mail do tesoureiro ou diretor financeiro, de acordo com a ata de eleição registrada em cartório.

(entre outros. )

**1.10 - Identificação de todos os membros do Conselho Fiscal:** Nome completo, RG, CPF, profissão, endereço, telefone e e-mail.

(**Orientações: Identificação dos membros do Conselho Fiscal:** especificar o nome completo, RG, CPF, endereço, telefone e e-mail de todos os membros do conselho fiscal, de acordo com a ata de eleição registrada em cartório).

**a-) Coordenador Técnico do Serviço Assistencial a ser executado:**

\* Nome Completo:

\* CPF:

\* RG:

\* Número do Registro Profissional:

\* Titulação:

\* Telefone (s):

\*E-mail:

**b-) Responsável pela organização da documentação da Prestação de Contas do Serviço a ser executado:**

\*Nome Completo:

\* CPF:

\* RG:

\* Número do Registro Profissional (**caso possua**):

\* Telefone (s):

\* Celular:

\* E-mail:

**c-) Contador Responsável pela contabilidade da O.S.C:**

\*Nome Completo:

\* CPF:

\* RG:

\* Número do Registro Profissional:

\* Telefone (s):

\* Celular:

\* E-mail:

**1.12 - Finalidade Estatutária: (Orientação: descrever conforme estatuto social vigente registrado em cartório).**

**PARTE II - Unidade Executora - (somente para os serviços que não forem realizados na sede da Organização)**

**2.1 - Nome da Unidade Executora:**

**2.2 - Dados de Localização da Unidade Executora:**

\*Endereço: .....

TEL: (19) 3817-9300 [www.amparo.sp.gov.br](http://www.amparo.sp.gov.br)

Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"  
Amparo - SP - CEP - 13900-400

- \* Bairro: .....
- \* CEP: .....
- \* Site: .....
- \* E-mail da Unidade Executora: .....
- \* Telefone (s) da Unidade Executora: .....
- \* CNPJ: (quando esse for diferente do CNPJ da sede): .....
- \* Data de abertura do CNPJ: (quando esse for diferente do CNPJ da sede): .....

### PARTE III - DO SERVIÇO A SER EXECUTADO

**3.1 - Identificação do Objeto:** (**Orientação:** redação sucinta e clara, especificar o que se pretende com a parceria, explicitar qual serviços será executado e qual seu objetivo).

**3.2 - Vigência:** (**Orientação:** informar quantos meses de duração terá o referido plano de trabalho e sua execução financeira).

**3.3 - Data de Início da Execução do Serviço:** (**Orientação:** informar dia, mês e ano que se iniciará a execução do Plano de Trabalho e Aplicação)

**3.4 - Data de Encerramento da Execução do Serviço:** (**Orientação:** informar dia, mês e ano que se findará a execução do Plano de Trabalho e Aplicação, respeitando o tempo de duração especificado na vigência).

**3.5 - Diagnóstico da Realidade:** (**Orientação:** de forma detalhada, descrever a realidade do Município e de que forma se justifica o objeto da parceria em tela).

**3.6 - Descrição do Serviço a Ser Executado:** (**Orientação:** descrever de forma sucinta como será operacionalizado o serviço, alinhado às diretrizes do Termo de Referência).

**3.7 - Público Alvo:** (**Orientação:** com maior detalhamento descrever sobre o público (usuários) que será alvo das atividades do Plano de Trabalho em tela, informando a faixa etária, características e/ou perfil e o território de abrangência).

**3.8 - Justificativa :** (**Orientação:** Em conformidade com a Lei Federal nº 13.019/2014 em seu art. 22, o Plano de Trabalho, dentre outras exigências, deverá conter minimamente a “descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado, o nexos entre essa realidade e as atividades e metas a serem atingidas”. Portanto, deverá apresentar um breve diagnóstico do território de abrangência com os aspectos e indicadores socioeconômicos da realidade do território onde serão realizadas as atividades).

**3.9 - Condições e Formas de Acesso de Usuários:** (**Orientação:** Descrever respeitando o público prioritário e as formas de acesso descritas no Termo de Referência, apontando as Linhas de Cuidados assistenciais envolvidas).

**3.10 - Capacidade Total de Atendimento da Organização:** (**Orientação:** descrever

a capacidade de atendimento da O.S.C como um todo).

**Observações (se for o caso):**

**3.16 - Objetivo Geral :** (**Orientação:** respeitar o objetivo geral para formalização do Termo de Colaboração).

**3.17 - Objetivos Específicos:** (**Orientação:** respeitar os objetivos específicos do ANEXO I - Termo de Referência proposto, para formalização do termo de colaboração).

**3.18 Descrição das Estratégias Metodológicas e Resultados Esperados:**

| Estratégias Metodológicas<br>(ações para atingir os objetivos descritos) | Periodicidade | Resultados Esperados |
|--|---------------|----------------------|
|  |               |                      |

(**Orientação:** Refere-se ao Serviço a ser realizado, como este será organizado e ofertado, especificando quais estratégias metodológicas serão utilizadas, sua periodicidade e os resultados esperados a partir delas - levar em consideração o projeto/proposta pedagógica da O.S.C).

#### PARTE IV: CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

**4.1 - Recursos Humanos Envolvidos Diretamente no Serviço:** (**Orientação:** Especificar todos os funcionários) envolvidos nas atividades do Plano em tela informando nome, formação, cargo/função (de acordo com o especificado), carga horária semanal dedicada ao serviço ofertado, forma de contratação (CLT ou prestação de serviço) e salário base mês.

| NOME | FORMAÇÃO | FUNÇÃO | CARGA HORÁRIA |        | REGIME DE CONTRATAÇÃO | SALÁRIO BASE/MÊS |
|------|----------|--------|---------------|--------|-----------------------|------------------|
|      |          |        | SEM ANUAL     | MENSAL |                       |                  |
|      |          |        |               |        |                       |                  |
|      |          |        |               |        |                       |                  |

**4.2 - Metas de Atendimento: (Orientações:** Descrever conforme Termo de Referência).

**4.3- Forma de Execução das Metas:**

| ATIVIDADE/META | PERIODICIDADE | RESULTADOS ESPERADOS |
|----------------|---------------|----------------------|
|                |               |                      |
|                |               |                      |

**Orientações:**

**Atividades** : especificar de forma detalhada as atividades a serem desenvolvidas de acordo com os objetivos para o cumprimento e atendimento da meta correlacionada. Neste caso, deverá ser considerado no mínimo o trabalho essencial ao serviço. Em conformidade com a Lei Federal 13.019 em seu art. 2º, o Plano de Trabalho, dentre outras exigências, deverá conter minimamente a “descrição (...) de atividades/ações a serem executadas” e “forma de execução das atividades/ações cumprimento das metas a ele atreladas”.

(Meta “definição”: tarefas específicas a serem realizadas regularmente, objetivo quantificado, a ser alcançado)

**Periodicidade:** especificar o intervalo da atividade, ou seja, à distância no tempo em que se reproduz a atividade, podendo ser: diário, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral e anual.

**Resultados esperados:** as atividades correlacionadas devem garantir a qualidade ao atendimento dos pacientes e até mesmo promover impactos sociais, neste sentido deverá ser especificado as expectativas, o resultado final, que se espera alcançar com a execução das atividades, podendo ter impacto individual, familiar e/ou comunitário.

Neste campo serão demonstrados os bons resultados promovidos com o Plano em tela e que serão, segundo a Lei 13.019/2014, em seu art. 35 - “a administração pública emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceira celebrada (...)”, em seu § 1º “o relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter: (...) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto dos benefícios sociais obtidos em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no Plano de Trabalho”.

**4.4 - Avaliação do Resultado: (Orientações:** Descrever como a O.S.C fará a avaliação do alcance e aferição das metas e dos resultados esperados.

**PARTE V: PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**5.1- Tipo de Parceria: (Orientação:** Registrar apenas “ Termo de Colaboração”.

**5.2 - Natureza da Despesa: (Orientação:** Informar custeio. Custeio é toda a prestação de serviços à manutenção de ação da administração, seja gastos com pessoal ou aquisição de materiais com durabilidade inferior a 02 anos).

**5.3 - Cronograma de Desembolso:**

**Orientações:**

**Recursos Humanos:** Descrever o valor da despesa com recursos humanos apontados no Termo de Referência do presente edital Anexo I , englobando salários e encargos.

**Materiais de Consumo:** Descrever detalhadamente quais itens serão contemplados e seu valor mensal e total. Atendendo o Anexo I do presente Edital – Termo de Referência.

**Utilidade Pública:** Descrever detalhadamente quais itens serão contemplados e seu valor mensal e total. Atendendo o Anexo I do presente Edital – Termo de Referência .

**Serviço de Terceiros Pessoa Física/Jurídica:** descrever o valor mensal e total. Atendendo o Anexo I do presente Edital – Termo de Referência .

**TOTAL:** As somatórias dos valores mensal e anual devem estar de acordo com o recurso da parceria. *A planilha de Planejamento Orçamentário deve respeitar as regras de percentuais de atingimento de valores e metas de acordo com o TCE – SP.*

**Cronograma de Desembolso:**

**Apontar cronograma de desembolso do valor total destinado ao objeto.**

Amparo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

(Assinatura do responsável legal da organização/CPF)

---

(Assinatura do responsável técnico do serviço a ser executado/ CPF)