**MODELO**

**PLANO DE TRABALHO – CUSTEIO**

**(para aquisição de itens de consumo e despesas com RH)**

**COLOCAR O TIMBRE/LOGOTIPO DA ORGANIZAÇÃO**

**RAZÃO SOCIAL**

**Nome Fantasia do Projeto:**

**Eixo de financiamento: :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / FMAS/FMDCA/FMDPI**

**Projetos de atendimento ( ) Capacitação ( )**

**Período de Execução do projeto:**

**Dados sobre o atendimento:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quantidade total do atendimento | Processo de Execução e de atendimento | Classificação do Público | Faixas etárias |
|  | Continuidade do atendimento da instituição ( )Sequência De Projeto ( )Ou ampliação do atendimento(....)\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicar o nº que esta sendo ampliado) | Crianças e adolescentes ( )Pessoa Idosa ( )Família ( ) |  |

**Período de atendimento:** Manhã ( ) Tarde ( ) Noite( ) Integral ( )

**Dias da semana:** 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª ( ) 6ª ( ) S ( ) D ( )

1. **Identificação da Organização**

|  |
| --- |
| Nome Empresarial: |
| Nome Fantasia: |
| CNPJ |
| Endereço: Nº |
| Bairro: Município |
| CEP:  |
| Sede Própria: SIM ( )NÃO ( ) – Detalhar (locação, permissão de uso, outros) |
| Site/Blog: www  |
| E-mail Institucional: |
| Telefone: ( ) celular:( ) |

* 1. **- Local de Atendimento:**

|  |
| --- |
| Nome Empresarial: |
| CNPJ |
| Endereço: Nº |
| Bairro: Município |
| CEP:  |
| Sede Própria: SIM ( )NÃO ( ) – Detalhar (locação, permissão de uso, outros) |
| E-mail Institucional: |
| Telefone: ( ) celular:( ) |

* 1. **- Identificação do Representante Legal**

|  |
| --- |
| Nome completo |
| Qualificação (Presidente/Representante Legal\* - *Se representante legal, juntar ato registrado em cartório*) |
| Cargo:  |
| Período do Mandato:  |
| Data de Nascimento: |
| RG |
| CPF |
| Formação: |
| Endereço: Nº |
| Bairro: Município |
| CEP:  |
| Telefone: |
| E-mail pessoal: |
| E-mail institucional: |

* 1. **- Identificação do Responsável Técnico**

|  |
| --- |
| Responsável Técnico: |
| Data de Nascimento: |
| RG: |
| CPF: |
| Formação: |
| E-mail pessoal:  |
| E-mail Institucional: |

* 1. **Títulos, registros e inscrições**

|  |
| --- |
| CNPJ: ( )Ativo ( )Inativo |
| Nº Inscrição CMAS: Nº Registro CMDPI |
| Nº CONSEAS: Nº CNAS: Nº CEI: |
| Utilidade Pública: Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( )  |
| CEBAS ( ) Validade: / / OSCIP ( ) Validade: / / |
| Alvará de funcionamento: ( ) Sim ( ) Não |
| Licença Sanitária (VISA): ( ) Sim ( ) Não |
| Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros[[1]](#footnote-1) – AVCB e/ou CLCB Certificado de Licença do Corpo de Bombeiros: ( ) Sim ( ) Não |
| Laudo técnico de segurança e estabilidade: ( ) Sim ( ) Não |

1. **Missão da Organização Social**

De forma breve, declare a finalidade principal da organização (qual o principal motivo para existir).

**3 Apresentação da Organização**

Relatar brevemente, comentar a experiência da organização, seu foco, sua estrutura organizacional, informar se possui sede própria e endereço)

Descrever objetivamente todos os Programas, Projetos ou Serviços que a Organização oferece. Relatar em formato de tabela, facilitando a visualização do trabalho, conforme exemplo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Programas / Projetos | Nº atendidos | Faixa etária | Fontes financiadoras\* | Local de Execução (Bairro) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 \* 1- Governamental 2- Empresa privada 3-Fundação 4-Recursos próprios

1. **Diagnóstico da situação**

Localização (Indicar o endereço completo onde o projeto será executado).

Caracterização das vulnerabilidades sociais do território, considerando o público a ser atendido.

Relatar: Quais as carências da comunidade? O que o bairro tem de bom?

Incluir uma visão breve da situação socioeconômica da população do bairro onde se insere a organização, abordando carências e necessidades

Descrever a área de abrangência (bairros atendidos).

1. **Justificativa para desenvolvimento das ações propostas**

Descrição do serviço em conformidade com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

Discorrer a justificativa contemplando as seguintes questões:

Como a ideia do projeto surgiu? Por que foi necessário desenvolver este projeto para essa comunidade? Qual a importância do projeto para a comunidade? Quais são as vulnerabilidades que o projeto pode compensar, diminuir ou suprimir e que justifiquem sua pertinência?

1. **Objetivo geral do Projeto**

O que o projeto quer? Onde quer chegar?

Definir o que se pretende alcançar de uma forma mais abrangente.

*“O objetivo geral expressa a intenção transformadora de atingir um determinado fim, uma mudança de situação e que tenha impacto no atendimento de demanda de seus usuários”. (Conceito).*

1. **Objetivos específicos**

Ao enumerar seus objetivos específicos, reflita:

Que mudanças o projeto quer fazer? O projeto responde aos anseios da comunidade?

Indicar os objetivos intermediários (etapas) que devem ser alcançados para atingir o Objetivo Geral.

Definir hábitos e comportamentos a serem modificados ou desenvolvidos.

1. **Público Alvo - Descrição do Projeto**

Título do projeto.

Prazo de execução do projeto.

Quem são os beneficiários do projeto? (crianças e adolescentes, família e/ou idosos) Definir a faixa etária:

Indicação da ampliação do número de atendidos (caso seja pertinente)

Descrever os critérios de seleção.

*(Apontar preferencialmente que 50% das vagas serão de referência do CRAS e CREAS, sendo que a demanda espontânea seja referenciada nos mesmos);*

1. **Metodologia**

Descrever, detalhadamente, como as ações que serão desenvolvidas com e/ou para o Público alvo e como auxiliarão na execução do objeto da parceria pelo Município para atingir os objetivos específicos.

**10 Impacto Social Esperado**

Descrever como a conclusão dessa ação auxiliará na qualificação do serviço, na direção de mudanças positivas em relação à situação de vulnerabilidade e riscos sociais vivenciados.

**11 Ações a serem desenvolvidas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Ação** | **Objetivo** |
| Custeio de utilidade pública (informar de forma resumida, no quadro financeiro fazer detalhadamente) | Sempre pensando na qualificação do serviço que a OSC já executa. |
| Custeio de materiais de consumo |  |
|  |  |

Obs.: Preencher os itens 13.1 e 13.3 somente no caso de ação de custeio de RH.

**12** **Cronograma**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mês | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Ação |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**13** **Recursos Humanos, Materiais e Financeiros**

**13.1** Recursos Humanos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quant. | Cargo¹ | Formação | Carga horáriaMensal | Vinculo² | Custo Mensal Total |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

¹ Na coluna cargo, registrar nomenclatura conforme será apresentado na prestação de contas, seguido, entre parênteses ( ) a correspondência de função conforme descrito no referencial técnico de cada serviço.

² 1- Empregado 2- Autônomo

**13.2 Recursos Materiais Despesas:(detalhar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Valor total |
| Quantidade | Categoria – Gêneros alimentícios  |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Outros materiais de consumo |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Outros serviços de terceiros |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Locação de Imóveis |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Locações Diversas |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Utilidades Públicas |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Combustível |  |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria – Bens e materiais permanentes | NÃO SE APLICA |
|  | **(detalhar)** |  |
| Quantidade | Categoria - Outras despesas |  |
|  | **(detalhar)** |  |

**13.3 Aplicação dos Recursos Financeiros do FM \_\_ /Despesas de Custeio¹:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Itens de Despesa | Salário Total | Encargos trabalhistas e previdenciários² | Total |
| 1 – Recursos Humanos – CLT |  |  |  |
| 2 – Recursos Humanos – Autônomos |  |  |  |
| Total Geral |  |  |  |

¹ A entidade deve apresentar elementos que demonstrem a compatibilidade dos custos com os preços praticados no mercado ou com outras parcerias da mesma natureza, devendo existir elementos indicativos da mensuração desses custos, tais como: cotações, tabelas de preços de associações profissionais, publicações especializadas ou quaisquer outras fontes de informação disponíveis ao público;

² A entidade deve declarar estimativa de valores a serem recolhidos para pagamento de encargos previdenciários e trabalhistas das pessoas envolvidas diretamente na consecução do objeto, durante o período de vigência proposto.

**13.4 Aplicação dos Recursos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoria ou finalidade de despesas | FM \_\_/MÊS | TOTAL |
| I | Rec. Humanos (5) |  |  |
| II | Rec. Humanos (6) |  |  |
| III | ------------------------- | ------------------------ | ------------------------- |
| IV | ------------------------- | ----------------------- | ------------------------- |
| V | Gêneros alimentícios |  |  |
| VI | Outros materiais de consumo |  |  |
| VII | ------------------------- | --------------------- | --------------------- |
| VIII | Outros serviços de terceiros |  |  |
| IX | Locação de Imóveis |  |  |
| X | Locações Diversas |  |  |
| XI | Utilidades Públicas (7) |  |  |
| XII | Combustível |  |  |
| XIII | Bens e materiais permanentes |  |  |
| XIV | --------------------------------- | --------------------- | --------------------- |
| XV | ---------------------------------- | --------------------- | --------------------- |
| XVI | Outras despesas |  |  |
|  | TOTAL |  |  |

Quadro de despesas presente no Demonstrativo de Receita e Despesas (TCE-SP).

Utilizar somente as categorias pertinentes ao desenvolvimento do serviço.

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica.

(7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.

(\*) Apenas para entidades da Saúde.

**14 Parâmetros a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas**

- Relatório Fotográfico (Situação atual e posterior a intervenção);

- Comprovantes fiscais (notas fiscais);

- Outros

**15 Cronograma de Desembolso Financeiro**

|  |  |
| --- | --- |
| Parcela | Valor |
| 1º | R$ |
| 2º | R$ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total |  |

**16 Aplicação dos Recursos financeiros**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A | Valor do Projeto |  |
| B | 20% do valor do projeto retido ao FM \_\_ |  |
| C | Valor Total do Projeto a ser Captado = A+B |  |
| D | Valor Total do Projeto a ser firmado no ajuste = A |  |
| E | Contrapartida da Organização, caso houver |  |

**17 Prestações de Contas**

A prestação de contas será elaborada em consonância à legislação própria, especialmente à Lei Federal nº 13.019/2014 e suas alterações, decretos regulamentadores, normativos municipais e instruções do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, devendo apresentar no mínimo 3 cotações de preços que fundamentaram as aquisições e Relatório de conclusão das ações propostas.

São Bernardo do Campo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e identificação

Responsável Técnico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e identificação

Presidente

1. O Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (**AVCB**) é uma licença emitida pelo CBPMESP (Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo) que tem como finalidade assegurar que o local a ser licenciado atenda todas as condições necessárias e obrigatórias de segurança contra incêndio e pânico. [↑](#footnote-ref-1)