Papel Timbrado da Entidade

**PLANO DE TRABALHO**

Cofinanciamento através do Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS

Nome do Serviço:

Tipo de Proteção:

Proteção Social Especial: Média Complexidade ( ) Alta Complexidade ( )

Valor total do cofinanciamento: R$

Período de execução: xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx

Número de Atendidos cofinanciado:

Período de atendimento: Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( ) 24horas ( )

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

**1. Identificação da Instituição**

**1.1 Dados Cadastrais**

|  |
| --- |
| Órgão/Entidade |
| Nome: |
| Endereço: |
| Bairro: | Cidade: | CEP: |
| Site: | E-mail: |
| CNPJ: |
| Registro CMAS: | Registro CMDCA: |
| Registro CEBAS: | Vencimento do Registro CEBAS: |
| Utilidade Pública: Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) |
| 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 |

**1.2 Dados do Presidente ou Representante Legal**

|  |
| --- |
| Nome: |
| RG: | Órgão Expedidor:  |
| CPF: | Mandato: |
| Endereço: |
| Bairro: |
| Cidade: | CEP: |
| Telefone: | E-mail: |

*(Preencher com os dados do representante legal.)*

**1.3 Dados do Responsável Técnico**

|  |
| --- |
| Nome: |
| RG: | Órgão Expedidor: |
| CPF: |
| Cargo: |
| Telefone: | E-mail: |

Alvará de funcionamento: ( ) sim ( ) não

Licença Sanitária (VISA): ( ) sim ( ) não

**2**. **Apresentação e Histórico da Organização Social**

*(Descrição dos serviços e atendimentos prestados, incluindo experiência prévia de trabalho.)*

**3**. **Justificativa**

*(Diagnóstico da realidade que será objeto das atividades da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades e metas a serem atingidas/ objetivos a serem alcançados.)*

**4**. **Objetivo Geral**

**5**. **Objetivos Específicos**

**6.** **Execução**

**Endereço de Execução do Serviço:**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de atendidos: | Faixa etária: |
| Endereço: |
| Bairro: |
| Cidade: | CEP: |
| Telefone: | E-mail: |
| Periodicidade do Serviço: |

*(Replicar o quadro quando houver mais de um endereço de execução.)*

**7**. **Atividades a serem desenvolvidas**

*(Deverá ser demonstrada as atividades de forma mais detalhada para cumprimento dos objetivos específicos propostos.)*

**7.1**. **Atividades Inerentes ao Serviço**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Objetivo Específico | Atividade | Metodologia | Periodicidade |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7.2**. **Atividades de** **Trabalho Social**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Objetivo Específico | Atividade | Metodologia | Periodicidade |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Observação: as atividades de registro e acompanhamento constantes no Referencial Técnico, devem ser contempladas no quadro acima.

**8.** **Cronograma**

**8.1**. **Atividades Inerentes ao Serviço**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mês | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Atividade |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**8.2** **Atividades de Trabalho Social**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mês | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Atividade |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**9.** **Formas de Monitoramento/ Avaliação**

(*Definição dos parâmetros a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Indicador (es) | Meios de Verificação |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*(Apresentar indicadores conforme Referencial Técnico do Serviço proposto no Edital)*

**10.** **Recursos Humanos, Materiais e Financeiros**

**10.1** **Recursos Humanos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quant. | Cargo¹ | Formação | Carga HoráriaSemanal | Vinculo² | Custo Mensal Total | Fonte dos Recursos³ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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 3- Voluntário 4- Dirigente 5- Estagiário*

*³ 1 – Próprio 2- Repasse FMAS 3 – Repasse FUMCAD*

**10.2** **Recursos Materiais Despesas** *(detalhar)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quantidade | Categoria - Gêneros Alimentícios *(detalhar)* | Valor Total |
|  |  |  |
| 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 - Despesas financeiras e bancárias  |  |
|  |  |  |
| Quantidade | Categoria - Outras despesas *(detalhar)* |  |
|  |  |  |

**10.3 Recursos Materiais Contrapartida**

Contrapartida, na forma de bens economicamente mensuráveis,que conste no balanço patrimonial,no valor total de R$ ...................... (.................................................), conforme identificados abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do bem ou serviço** | **Valor Econômico** |
|  |  |
|  |  |

A OSC se compromete a complementar a execução do objeto, com recursos próprios, se for o caso. Executará a administração e gestão, além de fornecer o Know How necessário para a execução das atividades inerentes ao serviço.

**10.4** **Aplicação dos Recursos Financeiros do FMAS/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.*

**10.5** **Aplicação de Recursos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoria ou finalidade de despesas | FMAS/Mês | Total |
| I | Rec. Humanos (5) |  |  |
| II | Rec. Humanos (6) |  |  |
| III | Medicamentos |  |  |
| IV | Material Médico e Hospitalar (\*) | ----------------------- | ------------------------- |
| V | Gêneros Alimentícios |  |  |
| VI | Outros materiais de consumo |  |  |
| VII | Serviços Médicos (\*) | --------------------- | --------------------- |
| VIII | Outros serviços de terceiros |  |  |
| IX | Locação de Imóveis |  |  |
| X | Locações Diversas |  |  |
| XI | Utilidades Públicas (7) |  |  |
| XII | Combustível |  |  |
| XIII | Bens e materiais permanentes | --------------------- | --------------------- |
| XIV | Obras | --------------------- | --------------------- |
| XV | Despesas financeiras e bancárias | --------------------- | --------------------- |
| 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.*

**11**. **Cronograma de Desembolso Financeiro**

|  |  |
| --- | --- |
| Parcela | Valor |
| 1º |  |
| 2º |  |
| 3º |  |
| 4º |  |
| 5º |  |
| 6º |  |
| Total | R$ |

**12**. **Prestações de Contas**

A prestação de contas será elaborada em consonância à legislação própria, especialmente à lei federal 13.019/2014 e suas alterações, decretos regulamentadores, normativos municipais e instruções do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

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

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

Assinatura e identificação

Presidente

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

Assinatura e identificação

Responsável Técnico

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)