**Anexo I**

ROTEIRO DO 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: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Telefones: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 (quando houver) Nº

Inscrição no CONSEAS (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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Vigência do mandato da diretoria atual de \_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ até \_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_

1.4) RELACIONE OS DEMAIS DIRETORES

Nome do Diretor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Diretor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Diretor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Diretor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Diretor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

5) TIPO DE SERVIÇO A SER OFERTADO

*(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

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

5.3) VAGAS OFERECIDAS PARA O SERVIÇO

*(Indicar o número de vagas a serem ofertadas)*

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 (****OBS:******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 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?)*

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:

*(Quantas pessoas participarão 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 desta atividade)*

Período de realização semanal:

*(Dias da semana)*

Horário:

Quantas horas de atividades semanais:

Resultados esperados específicos desta atividade:

Qualitativos –

Quantitativos –

5.10) CRONOGRAMA/RESUMO DE 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 QUE ATUAM NO SERVIÇO

*(Relacione a equipe técnica principal do Serviço e a de apoio, incluindo formação profissional (Assistente Social, Psicólogo, Pedagogo etc.), a função ou cargo (coordenador, educador social, etc.) e o número de horas semanais que cada profissional dedica ao serviço, inclusive voluntários)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo | Escolaridade | Carga Horária Semanal | Regime de Contratação | Atribuições |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 avaliação do Serviço, indicando como se dará o processo de avaliação continuada).*

5.16) 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(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cordeirópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

Representante Legal

Assinatura