**ANEXO II - PLANO DE TRABALHO**

(Formatação obrigatória: papel A4, fonte - Arial 10; margens superior e esquerda - 3 cm; margens inferior e direita - 2 cm)

**NOME DO PROJETO:** (Preencher com o título do projeto)

**Política(s) Pública(s) que se aplica:** ( ) Assistência Social ( ) Educação ( ) Saúde ( ) Esporte ( ) Cultura ( ) Outras (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Identificação da Instituição**

1.1 Nome da Instituição:

1.2 Endereço:

Bairro:

CEP:

Website oficial da instituição:

Email da instituição:

Fone da instituição:

1.3 Vigência do mandato da diretoria atual: de DD/MM/AAAA até DD/MM/AAAA

Nome do Representante Legal:

RG:

CPF:

Fone:

Cel:

1.4 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

Nº do CNPJ:

Data de inscrição no CNPJ:

Atividade econômica principal:

Atividades econômicas secundárias:

1.5 Finalidade Estatutária:

**2. Unidade Executora** (relacionar todas as unidades que executarão o projeto)

2.1 Nome:

2.2 Endereço:

Bairro:

CEP:

Fone da unidade executora:

Email da unidade executora:

Nº do CNPJ:

Data de abertura no CNPJ:

2.3 O Projeto será desenvolvido em quantos dias por semana?

2.4 Indique o prazo de execução da proposta em meses:

2.5 Regime de atendimento: (assinalar conforme consta no registro do CMDCA)

( ) Orientação e apoio sociofamiliar

( ) Apoio socieducativo em meio aberto

( ) Colocação familiar

( ) Acolhimento institucional

( ) Prestação de serviços a comunidade

( ) Liberdade assistida

( ) Semiliberdade

( ) Internação

2.6 Responsável pela execução

Nome Completo:

CPF:

RG:

Número do Registro Profissional (quando houver):

Telefone para contato:

Cel:

Email:

**3. Detalhamento do Projeto**

3.1 Diagnóstico da realidade (NO MÁXIMO 50 linhas)

O diagnóstico deverá contemplar informações sobre o território/região em que o projeto será executado, com:

- características da população a ser atendida,

- relação entre as atividades que serão desenvolvidas e a realidade apresentada através do diagnóstico local.

Poderão ser obtidos dados gerais referentes ao município e regiões através dos documentos:

-   RIS – Relatório de Informações Sociais (Municipal)

<https://smcais-vis.campinas.sp.gov.br/relatorios/relatorio-de-informacoes-sociais-do-municipio-de-campinas>

 -   Perfil das Pessoas e Famílias no Cadastro Único em Campinas

<https://smcais-vis.campinas.sp.gov.br/relatorios/perfil-das-pessoas-e-familias-no-cadastro-unico-de-campinas>

-   PMAS – Plano Municipal de Assistência Social 2014-2017

<http://campinas.sp.gov.br/arquivos/cidadania/pmas-2014-2017.pdf>

-   Relatório Brasil sem Miséria no seu Município (MDS)

<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/nucleo/grupo.php?id_grupo=69>

- Deliberações da XI Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

<https://cmdca.campinas.sp.gov.br/sites/cmdca.campinas.sp.gov.br/files/u5/Relat%C3%B3rio%20XI%20Conferencia%20Municipal%20DCA%20site.pdf>

- Plano Municipal da Primeira Infância Campineira

<http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/comunicacao/pic-plano-municipal-pela-primeira-infancia-campinas.pdf>

3.2 Objetivos

Objetivo Geral:

Objetivos Específicos:

3.3 Justificativa quanto a importância da proposta que está sendo apresentada. (Por que será realizada? Nexo entre o diagnóstico e as atividades propostas) (NO MÁXIMO 50 linhas):

3.4 Infraestrutura Física para realização da proposta (NO MÁXIMO 20 linhas):

3.5 Condições e Formas de Acesso de usuários e famílias ao Projeto:

3.6 Região / Bairros de abrangência da proposta:

3.7 Público Alvo:

3.8 Meta(s) de atendimento (número de usuários a serem atendidos):

**4. Descrição das estratégias metodológicas, da periodicidade, das metas a serem atingidas e das estratégias de avaliação para cada atividade executada**

A descrição das estratégias deve contemplar ações com os usuários e/ou famílias, articulação em rede, atividades de gestão e outras que serão utilizadas para alcance do(s) objetivo(s). Inserir um novo quadro para cada atividade a ser executada.

|  |  |
| --- | --- |
| Atividade 1 | Identificar o tipo de atividade a ser executada |
| Descrição | Descrever a forma de execução da atividade |
| Periodicidade | Indicar a periodicidade e/ou carga horária da atividade |
| Meta | Descrever a meta atrelada à atividade |
| Avaliação | Apresentar o(s) parâmetro(s) a ser(em) utilizado(s) para a aferição do cumprimento da meta |

|  |  |
| --- | --- |
| Atividade 2 |  |
| Descrição |  |
| Periodicidade |  |
| Meta |  |
| Avaliação |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Atividade 3 |  |
| Descrição |  |
| Periodicidade |  |
| Meta |  |
| Avaliação |  |

**5. Recursos Humanos**

Os profissionais que possuem habitualidade e subordinação devem ser contratados em regime celetista. Os demais podem ser contratados observando-se a peculiaridade do trabalho/serviço, respectiva carga horária e natureza e a legislação pertinente.

**Nos casos em que o quadro de recursos humanos estiver em fase de composição, deverão constar no campo Nome “a contratar”, devendo ser preenchidos os demais campos.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **Carga Horária Semanal** | **Forma de Contratação (Ex.: CLT, RPA, MEI, Voluntário)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6. Previsão de Receitas e Despesas a serem realizadas na execução das atividades**

|  |  |
| --- | --- |
| **RECEITA** (Anexo IV – Cronograma de Desembolso) | **Valor em R$** |
| Valor solicitado ao CMDCA |  |
| **DESPESAS** (Anexo III – Plano de Aplicação) | **Valor em R$** |
| Folha de Pagamento |  |
| Materiais de Consumo |  |
| Serviços |  |
| Encargos/ Impostos/ Benefícios |  |
| **Total** |  |

As despesas no plano de aplicação deverão ser classificadas em conformidade com a **Portaria nº 448/2002, do Ministério da Fazenda – Secretaria do Tesouro Nacional, publicada no DOU de 17 de setembro de 2002**. O cronograma de desembolso deve manter estrita relação com a execução do objeto da parceria, bem como seguir o prazo de execução da proposta (item 2.6), sendo dividido em parcelas mensais e consecutivas. As parcelas mensais não precisam ser necessariamente iguais.

Campinas, (data)

Assinaturas:

Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pela Execução Técnica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_