



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 04/2024
ANEXO II - PROPOSTA

PROPOSTA

1. Identificação do serviço

- 1.1. Serviço (objeto da parceria): Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência
1.2. Quantidade de grupos solicitados: 1 (um) grupo com capacidade de atendimento de até 30 (trinta) usuários
1.3. Abrangência: Municipal

2. Identificação da organização da sociedade civil

- 2.1. Nome da instituição:
2.2. Nº do CNPJ da instituição:
2.3. Nome da unidade executora:

3. Descrição da realidade que será objeto da parceria (apresentação de breve diagnóstico social, com descrição e análise da realidade que será objeto da parceria)

(conforme disposto no art. 10, inciso I do Edital – observar o limite de 10.000 (dez mil) caracteres, com espaços)

--

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

(a listagem de atividades está disponível no Anexo I - Termo de Referência deste Edital)

Atividade 1	<i>Identificação do tipo de atividade a ser executada (conforme listagem do Anexo I), conforme disposto no art. 10, inciso II, alínea "a" do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>
Descrição	<i>Descrição das estratégias metodológicas (forma de execução da atividade e envolvimento dos usuários no planejamento), conforme disposto no art. 10, inciso II, alínea "b" e "d" do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>
Periodicidade	<i>Indicação da periodicidade e/ou carga horária da atividade, conforme disposto no art. 10, inciso II, alínea "c" do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>
Meta	<i>Descrição da meta atrelada à atividade, conforme disposto no art. 10, inciso III do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

Avaliação	<i>Descrição da estratégia de avaliação (parâmetro a ser utilizado para a aferição do cumprimento da meta), conforme disposto no art. 10, inciso IV do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>
-----------	--

Atividade 2	
Descrição	
Periodicidade	
Meta	
Avaliação	

Atividade 3	
Descrição	
Periodicidade	
Meta	
Avaliação	

(inserir um novo quadro para cada atividade a ser executada)

5. Descrição das estratégias de articulação em rede socioassistencial e intersetorial

(conforme disposto no art. 10, inciso V do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços)

Identificação do parceiro com o qual manterá articulação (serviços, programas, órgãos, instituições)	Descrição do tipo de articulação (encaminhamento, reunião, atividade conjunta, etc.)

Campinas, [dia] de [mês] de [ano].

Assinatura eletrônica do(a)s representante(s) legal(is))