



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 III - PLANO DE TRABALHO

(em papel timbrado da organização da sociedade civil)

PLANO DE TRABALHO

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. Website oficial da instituição (ou rede social):

3. Unidade Executora

- 3.1. Nome da unidade executora:
- 3.2. Nº do CNPJ da unidade executora (se houver):
- 3.3. Endereço da unidade executora (com bairro e CEP):
- 3.4. Telefone da unidade executora (com DDD):
- 3.5. E-mail da unidade executora:
- 3.6. Descrição da infraestrutura física existente na unidade executora:

(observar o limite de 2.000 (dois mil) caracteres, com espaços)

- 3.7. Descrição dos materiais, equipamentos e meios de transporte disponíveis para o serviço na unidade executora:

(observar o limite de 2.000 (dois mil) caracteres, com espaços)

4. 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)

5. Público-alvo: *(conforme descrição do serviço no Anexo I - Termo de Referência deste Edital)*



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, n° 200 – 12° Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

6. 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 II), 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>
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)

7. 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.)



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

8. Recursos Humanos (equipe de referência mínima e outros profissionais que atuam no serviço – se houver)

Nome do profissional	Escolaridade / Formação	Cargo ou função no serviço	Carga horária semanal no serviço	Forma de contratação (CLT, RPA, MEI, Voluntário)

9. Previsão de receitas

Valor de Fonte Municipal (FMAS): R\$

Total: R\$

10. Previsão de despesas

Natureza de despesa	Valor Total (R\$)
Folha de Pagamento	
Material de Consumo	
Material Permanente	
Pessoal, Encargos e Auxílios	
Serviço de Terceiros - Pessoa Física	
Serviço de Terceiros - Pessoa Jurídica	
TOTAL	

(a previsão de receitas despesas deverá ser detalhada em plano(s) de aplicação de recursos e cronograma(s) de desembolso no Sistema Informatizado de Prestação de Contas – PDC)

Campinas, [dia] de [mês] de [ano].

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