



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

## Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social

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

### EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 05/2024 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 \_\_\_\_\_, visando prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente

1.2. Quantidade de grupos solicitados: \_\_\_ grupo(s) com capacidade de atendimento de até \_\_\_ (\_\_\_) usuários cada, totalizando \_\_\_ usuários

1.3. Abrangência: Município

##### 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. 12, inciso I do Edital – observar o limite de 10.000 (dez mil) caracteres, com espaços)*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

## Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social

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

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

### **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. 12, 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. 12, 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. 12, inciso II, alínea "c" do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>
Meta da atividade	<i>Descrição da meta quantitativa e qualitativa atrelada à atividade, conforme disposto no art. 12, inciso III do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>
Avaliação	<i>Descrição da estratégia de avaliação (meio de verificação a ser utilizado para a aferição do cumprimento da meta), conforme disposto no art. 12, inciso IV do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços</i>

Atividade 2	
Descrição	
Periodicidade	
Meta da atividade	
Avaliação	

Atividade 3	
Descrição	
Periodicidade	
Meta da atividade	
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. 12, inciso V do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços)*



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**Secretaria Municipal de Desenvolvimento e**  
**Assistência Social**

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

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

**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	
<b>TOTAL</b>	

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

**11. Previsão de rateio de despesas administrativas**

Orientação para o Preenchimento:

1. Se houver rateio de despesas administrativas deverá ser preenchido o quadro abaixo.

2. Se não houver, o quadro deve ser substituído pela informação: "Não haverá rateio de despesas administrativas".

Natureza de despesa	Valor a ser Rateado (R\$)	% no projeto em relação ao total da despesa
Especificar os itens		

Campinas, [dia] de [mês] de [ano].

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