



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 03/2025 ANEXO II - PROPOSTA

PROPOSTA

1. Identificação do serviço

1.1. Serviço (objeto da parceria): **Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas**, visando prevenir agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários, por meio da garantia de direitos e do desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, prevenindo situações de risco, exclusão e isolamento

1.2. Quantidade de grupos solicitados: 1 (um) grupo com capacidade de atendimento de até 100 (cem) usuários referenciados pelo Município.

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. Nome da unidade executora:

2.4. Nº do CNPJ 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. 9º, 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 | Identificação do tipo de atividade a ser executada (conforme listagem do Anexo I), conforme disposto no art. 9º, inciso II, alínea “a” do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços |
| Descrição | Descrição das estratégias metodológicas (forma de execução da atividade e envolvimento dos usuários no planejamento), conforme disposto no art. 9º, inciso II, alínea “b” e “d” do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços |
| Periodicidade | Indicação da periodicidade e/ou carga horária da atividade, conforme disposto no art. 9º, inciso II, alínea “c” do Edital – observar o limite de 1.000 (mil) caracteres, com espaços |
| Meta da atividade | Descrição da meta quantitativa e qualitativa atrelada à atividade, conforme disposto no art. 9º, inciso III 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

| | |
|-----------|--|
| | |
| Avaliação | <i>Descrição da estratégia de avaliação (meio de verificação a ser utilizado para a aferição do cumprimento da meta), conforme disposto no art. 9º, 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)

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

(conforme disposto no art. 9º, 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))