



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 05/2023 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 Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), visando prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, na seguinte modalidade (*identificar com um X*):

() SCFV: para Crianças e Adolescentes de 6 a 14 anos

() SCFV: Centro de Convivência Inclusivo e Intergeracional

1.2. Quantidade de grupos solicitados: ___ grupo(s) com capacidade de atendimento de até 30 (trinta) usuários cada, totalizando ___ usuários

1.3. Abrangência: (*indicar a região, o número do "G" e a unidade pública de referência*)

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



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

--

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. 13, 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. 13, 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. 13, 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. 13, 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. 13, 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)



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

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

(conforme disposto no art. 13, 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.)

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\$
Valor de Fonte Municipal (FMDCA): R\$
Valor de Fonte Estadual (FMAS): R\$
Total: R\$

10. Previsão de despesas

Natureza de despesa	Valor Total (R\$)
Folha de Pagamento	
Material de Consumo	
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))