ANEXO XI

MINUTA PADRONIZADA PLANO DE TRABALHO

# (Preferencialmente em Papel Timbrado da OSC)

|  |
| --- |
| **1.DADOS CADASTRAIS** |
| **Organização da Sociedade Civil parceira:** |
| Informar a razão social da organização |
| **CNPJ** | **Data de abertura do CNPJ** |
| Informar o número do CNPJ da organização | Informar a data de abertura do CNPJ (Formato dd/mm/aaaa) |
| **Registro no Conselho (Se necessário)** | **Vigência do Registro** |
| Informar o número do registro no Conselho,se aplicável. | Informar a vigência do registro (Formato dd/mm/aaaa) |
| **Dados Bancários****(conta corrente específica e isenta de tarifa)** | **A conta corrente deverá ser aberta no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após a publicação do presente termo no Diário Oficial do Município de Santa Luzia, e seus dados informados ao MUNICÍPIO no prazo máximo de 03 (três) dias úteis após a abertura.** |
| **Endereço** |
| Informar o endereço em que a instituição está sediada. |
| **Bairro** | **Cidade** | **CEP** |
| Informar o Bairro | Informar a cidade | Informar o CEP |
| **Telefone** | **E-mail** |
| Informar um telefone fixo com DDD | Informar o e-mail da instituição |
| **Nome do representante legal** |
| Informar o nome completo do representante legal da instituição. |
| **Endereço Residencial do representante legal** |
| Informar o endereço residencial do representante legal (Rua, nº -bairro– cidade –UF) |
| **CPF** | **R.G.** | **Telefone(s)** |
| Informar o CPF do representante legal | Informar o nº. Do RG do representante legal | Informar o telefone do representante legal,com DDD |
| **Período de Mandato da Diretoria** |
| De / / a / / . |
| **Prefeitura Municipal de SantaLuzia (MG)** |
| Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Cidadania de Santa Luzia/ Conselho Municipal de Assistência Social de Santa Luzia |
| **Endereço** |
| Praça Acácia Nunes, 62 – Frimisa/Santa Luzia |

|  |  |
| --- | --- |
| **CNPJ** | **Telefone** |
| 18.715.409/0001-50  | 3641-5313 |
| **Representante Legal** |
| Letícia Luisa Braz Bragança |
| **2. NOME DO PROJETO** |
|  |
| **3.OBJETIVO GERAL DA PARCERIA:** |
| Realizar a 14º Conferência Municipal de Assistência Social de Santa Luzia |
| **4.DESCRIÇÃODA REALIDADE**: |
| Descrever a realidade que será objeto da parceria, demonstrando como as ações da parceria pretendem afetar essa realidade,contribuindo para sua modificação.- Apresentar a realidade a ser mudada/impactada com o projeto- Apresentar como o projeto vai impactar nessa realidade ”problema”, o que vai ser “transformado” |
| **5.OBJETO DA PARCERIA** |
| Planejar, Organizar e executar 14º Conferência Municipal de Assistência Social de Santa Luzia, por meio da prestação de serviços para a realização do evento, a fim de garantir a participação dos usuários no fomento da politica voltada para os usuários. |
| **6.DESCRIÇÃO DA PARCERIA:** |
| Descrever a proposta demonstrando a relação entre o objeto da parceria e a política ou programa executado/fomentado.- Informar as ações a serem executadas (aquisição de itens, contratação de profissionais, como será feito a mobilização do publico, qual os dias das oficinas, quantos participantes por oficina, total de beneficiários, local da realização das oficinas, duração de cada oficina, faixa etária dos participantes de cada oficina, tudo que for exposto deve estar vinculado ao objeto): Para promover a oficina de esporte para crianças e adolescentes será necessário a aquisição dos itens de material de escritório, material para jogos, como: bola de futebol, rede para trave do gol, apito, etc.. Será necessário também a contratação de profissionais, como 01 (um) coordenador para coordenar os encontros, a area administrativa e os outros profissionais que estarão envolvidos; 01 (um) professor de educação fisica para executar as oficinas de futebol e volei. |

TimbredaOSC

|  |
| --- |
| **7. FORMA DE EXECUÇÃO**[**1**](#_bookmark0) |
|  | **Ações**Operações concretas a serem realizadas para o atingimento da meta.Uma mesma meta pode exigir a realização demais de uma ação. | **Indicadores**Unidade de medida do alcance de uma meta. É a forma de aferição do cumprimento ou não da meta. Deve ser passível de verificação. | **Documentospara** |  |
|  | **verificação** |  |
| **Metas**Macro ações(resultados | Documentos que contém os elementos para verificação dos | **Prazo de execução** |
| parciais) a serem realizadas. Devem serquantificáveis,verificáveis | indicadores. É o instrumental no qual oindicador pode ser | Prazo em que a meta deverá ser atingida. |
| E com prazo definido. | analisado.Ex.fotografias, |  |
|  | Lista de presença, |  |
|  | planilha, banco de dados, |  |
|  | Certificados etc. |  |
| Realização de diferentes manifestações artísticas nas nove regionais da cidade | Realizar uma apresentação teatral em cada uma das regionais | Realização do espetáculo “Os três Porquinhos” | Fotografias | Colocar mese para execução. Ex: 8 meses |
| Contrato da Companhia de teatro |
| Volume de público do espetáculo | Ingressos |
| Fotografias |
| Pesquisa de satisfação do público |
|  |  |  |  |  |

1ª A tabela poderá ser customizada de forma a atender a melhor descrição do projeto ou atividade,com a inclusão de novas linhas para as metas, ações, indicadores, etc.

# TimbredaOSC

|  |
| --- |
| **8.PRAZO DE EXECUÇÃO** |
| 3 (três) meses |
| **9.MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**  |
|  - Realização de Visitas Técnicas;- Avaliação e monitoramento pela gestora de parcerias;- Prestação de Contas mensais ou conforme cláusula no Termo de Fomento e Colaboração;- Relatório de atividades realizadas;  |
| **10.PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS** |
| **10.1–Previsão de Receitas** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Origem** | **Valor** |
| **Repasse** | Valor repassado pelo Município |
| **Contrapartida(sehouver)** | Valor da mensuração dos bens e serviços postos à disposição pelaOSC. Apenas se houver |
| **Total** | Valor somatório do repasse e contrapartida |

 |

|  |
| --- |
| **10.2–Previsãode Despesas** |
|  |
|  | **Naturezade Despesa**[**2**](#_bookmark1) | **Nome da Natureza da Despesa**[**3**](#_bookmark2) | **Item de despesa**Informar os itens específicos de despesa | **Valor Médio de Mercado**[**4**](#_bookmark3)Média obtida por meio da orçamentação | **Origem do Recurso**[**5**](#_bookmark4) Repasse ou Contrapartida |  |
|  | Vencimentos e vantagens |  |  |  |
|  |  |  |
| fixas–pessoal civil |
|  |  |  |
|  | Obrigações patronais |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Indenizações e restituições |  |  |  |
| Trabalhistas |  |  |  |
|  | Material de consumo |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Premiações culturais, |  |  |  |
| artísticas,científicas |
| Desportivas e outras |  |  |  |
|  | Serviços de consultoria |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Outros serviços de terceiros– |  |  |  |
|  |  |  |
| Pessoa física |
|  |  |  |

2Verificar código padronizado junto ao órgão técnico de controle financeiro/orçamentário.

3Incluir apenas aquelas que serão efetivamente utilizadas na realização da parceria por guardar relação com o objeto.

4Juntamente ao plano de trabalho deverão ser apresentados documentos hábeis à comprovação da compatibilidade dos custos apresentados com os preços praticados no mercado,conforme Art.45,II, do Decreto Municipal n.3.315/2018.

5Em caso de contrapartida, o recurso não será financeiro, mas auferido através de bens, serviços e despesascomplementares, mensuráveis, devendo ser comprovados na prestação de contas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Locação de mão de obra |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Outros serviços de terceiros-pessoa jurídica |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Obrigações tributárias econtributivas |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Auxílio-alimentação |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Auxílio transporte |  |  |  |
|  | Obras e instalações |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Equipamentos e material permanente |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |

# TimbredaOSC

|  |
| --- |
| **11.CONTRAPARTIDA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** (SE HOUVER): |
| Descrever os bens, serviços e despesas complementares a serem aportados ou já existentes na instituição ,para execução da parceria, com a respectiva forma de mensuração. |
| **12.CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**: O desembolso será em parcela única |
|  | 1ªParcela- Única |
|   | R$ |
| TOTAL:OBS: Se a parceria possuir vigência plurianual, acrescentar tantas células de desembolso conforme todo o período de repasse. |
| **13. ASSINATURADA OSC** |
| SantaLuzia (MG), de de20 Nome/Assinaturada Organização da SociedadeCivil |
| **14. APROVAÇÃO PELO MUNICÍPIO** |
| SantaLuzia (MG), de de20  Assinatura dos membros da **Comissão de Seleção**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: Nome: |