**ANEXO 04**

**SUGESTÃO DE MODELO DE PLANO DE TRABALHO**

**OSC – projetos de saúde e assistência social à pessoa idosa**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROPOSTA** **PLANO DE TRABALHO** | **Nº.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Preenchimento da Comissão Seleção* |
| * + - 1. **DADOS CADASTRAIS DA PROPONENTE**
 |
| **Organização da Sociedade Civil (OSC)**  |
| Informar a razão social  |
| **CNPJ** | **Data de abertura do CNPJ** |
|  | Informar a data de abertura do CNPJ(Formato dd/mm/aaaa) |
| **Endereço da OSC** |
|  |
| **Bairro/Distrito/Região/Subprefeitura** | **Cidade** | **CEP** |
|  |  |  |
| **Telefone** | **E-mail** |
|  |  |
| **Website/Redes Sociais** |
| **Registro ou Protocolo no GCMI ( ) Sim, no do Registro\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não possui.**  |
| **Nome do Responsável Legal da OSC:** |
|  |
| **CPF** | **R.G.** | **Telefone (s)** |
| do representante legal | do representante legal | do representante legal, com DDD |
| **Período de Mandato da Atual Diretoria** |
| De \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. |
| **NOME DO PROJETO:**  |
| **PERÍODO – DURAÇÃO:** PERÍODO EMERGENCIAL - máximo 2 (dois) anos, desejável 1 (um) ano.  |
| * + - 1. **APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA OSC**
 |
| *Sugere-se relatar as experiência em ações/projetos de saúde e/ou assistência social.* |
| * + - 1. **OBJETO DA PROPOSTA:**
 |
|  |
| * + - 1. **DESCRIÇÃO DA PROPOSTA:**
 |
|  |
| * + - 1. **DIAGNÓSTICO**
 |
|  |
| * + - 1. **JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| * + - 1. **FORMA DE EXECUÇÃO**
 |
| **Metas**Macro ações a serem realizadas. Devem ser quantificáveis, verificáveis e com prazo definido. | **Ações**Operações concretas a serem realizadas para o atingimento da meta. Uma mesma meta pode exigir a realização de mais de uma ação. | **Início e Término**Descrever a data de início e término de cada uma das metas a serem realizadas. | **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. | **Documentos para verificação**Documentos que contém os elementos para verificação dos indicadores. É o instrumental no qual o indicador pode ser analisado. Ex. fotografias, Lista de presença, planilha, banco de dados, certificados etc. | **Período de verificação**Prazo em que a meta deverá ser atingida. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **8. METODOLOGIA PARA EXECUÇÃO PROPOSTA:**  |
| Descrever a metodologia de execução de cada uma das metas previstas, em conformidade com o quadro acima.

|  |
| --- |
| Meta:  |
| Meta:  |

 |
|  |
| **09. QUADRO DE RECURSOS HUMANOS PROPOSTO (***Preencher apenas se prever a contratação de pessoal para atingir as metas)* |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo/Função: | Carga Horária Semanal: | Escolaridade/Formação: | Tipo de Vínculo\*: | Valor da Remuneração  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Incluir no quadro, todos os profissionais que prestarão serviços ao projeto, mesmo que parcialmente. Tipo de Vínculo exemplo: Voluntário, CLT, RPA, Contrato, Ajuda de Custo, Estágio, Bolsa, Cooperativa/Pro Labore, etc). |
|  |
| **10. Previsão de Receitas**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Origem** | **Valor** |
| **Repasse** | Valor total proposto a ser repassado pelo FMID |
| **Contrapartida/Receita própria****(Apenas se houver, não é obrigatória)** | Valor da mensuração dos bens e serviços postos à disposição pela proponente e receita própria da instituição,  |
| **Total** | Valor somatório do repasse e contrapartida/receita (apenas se houver, não é obrigatória) |

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome/Assinatura do Representante legal da OSC. |