

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS**

**SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Morrinhos - Goiás**

**Rua Dom Pedro II nº 679 – Centro / Centro Administrativo – Sala dos Conselhos Fone: 3417-2152 - Email: mhosconselhos.social@gmail.com**

# ANEXO I

# MODELO DE PLANO DE TRABALHO

# FOLHA DE ROSTO

|  |  |
| --- | --- |
| **01** | **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO:** |
| **A** | **Nome do Projeto:** |
| **B** | **Modalidade de Proposta:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **02** | **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC PROPONENTE DO PROJETO** | |
| **Nome:** | | |
| **CNPJ nº:** | | |
| **Endereço:** | | |
| **Cidade: Estado: CEP:** | | |
| **Telefone: E-mail:** | | |
| **Nome Responsável Legal:** | | |
| **Telefone: E-mail:** | | |
| **Registro no CMDCA nº:** | | **Validade do Registro:** |
| **Registro no CMAS nº:** | | **Validade do Registro:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **03** | **RESUMO DA INFORMAÇÕES:** |
| A | Local/Endereço/Região de Atuação do Projeto: |
|  |  |
| B | Objetivo Geral: |
|  |  |
| C | Breve descrição do projeto: |
|  |  |
| D | Nº de Beneficiários (direto) atendidos: |
|  |  |
| E | Valor total do Projeto: |
|  |  |
| F | Valor da contrapartida (quando houver) |
|  |  |
| G | Duração do projeto (nº meses): |
|  |  |
| H | Nome do responsável pelo Projeto: |
|  |  |

**PROJETO / PLANO DE TRABALHO (utilizar papel timbrado da Organização)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DADOS CADASTRAIS:** | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME E DESCRIÇÃO DO PROJETO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO PROPONENTE:** | | | | | | | | | | | | | |
| **CNPJ:** | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **CIDADE: UF: CEP:** | | | | | | | | | | | | | |
| **E-MAIL/ SITE:** | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME DO RESPONSÁVEL:** | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF: RG: CARGO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **CERTIFICAÇÕES: CEBAS ( ) Utilidade Pública Federal ( ) Utilidade Pública Estadual ( )**  **Utilidade Pública Municipal ( ) CMDCA ( ) CMAS ( ) CNEAS ( )** | | | | | | | | | | | | | |
| **APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC:** | | | | | | | | | | | | | |
| **HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC (com apresentação de dados e informações relevantes sobre a área de atuação):** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DESCRIÇÃO DO PROJETO:**   (descreva de modo sucinto o projeto, o objetivo geral, as metodologias e serem aplicadas, as atividades previstas, os resultados esperados, o valor do investimento solicitado, a área de abrangência e os atendidos direta e inderetamente) | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1 Nome do Projeto:** *Colocar o nome da proposta apresentada* | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2 Nome, Cargo/Função do (a) Coordenador (a) do projeto e vínculo com a Organização da Sociedade Civil - OSC:** | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Justificativa** (justificar a pertinência e necessidade do projeto, apresentando dados estatísticos e sociais que apontem a necessidade da intervenção proposta). | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Diagnóstico da realidade que será objeto das atividades da parceria:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **OBJETIVOS:** | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1 Objetivo Geral:** | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2 Objetivos Específicos:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PÚBLICO ALVO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1Beneficiários Diretos e quantidade:** | | | | | | | | | | | | | |
| **4.2 Beneficiários Indiretos e quantidade:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:**   (indicar o(s) bairro(s), bem como o local de desenvolvimento das atividades, caracterizando a região de atuação) | | | | | | | | | | | | | |
| **5.1 Descrição:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **METODOLOGIA:**   (descrever como será desenvolvido o projeto, informando o método aplicado e a dinâmica de trabalho) | | | | | | | | | | | | | |
| **6.1Descrição:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RESULTADOS ESPERADOS:**   Os resultados consistem nas realizações (metas) que permitirão a consecução do(s) objetivo(s) específico(s) | | | | | | | | | | | | | |
| **7.1 Descrição:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PARCERIAS PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO:**   (descrição da função da parceria) | | | | | | | | | | | | | |
| **9.1Descrição:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **10.1 Monitoramento e Avaliação:**  *Metodologia proposta para acompanhamento da ação.* | | | | | | | | | | | | | |
| **10.2 Indicadores de resultado:**  *Apontar a unidade de referência para o produto esperado e quantificar os produtos.* | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RECURSOS HUMANOS:** | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Quantidade:** | **Formação Profissional:** | **Função no Projeto:** | **Carga Horária:** | **Vínculo:** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **12 PERÍODO DE EXECUÇÃO:**  *Caso a execução seja por etapas especificar cada etapa* | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA DE INÍCIO:** | | | | **DATA DO TÉRMINO:** | | | | | | | | | |
| **1ª Etapa:** | | | |  | | | | | | | | | |
| **2ª Etapa:** | | | |  | | | | | | | | | |
| **3ª Etapa:** | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **12.1 Descrição:** *Especificar mês a mês as atividades desenvolvidas.* | | | | | | | | | | | | | |
| **Atividades/Mês:** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **DESPESAS COM MATERIAIS PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO:**   (Recursos Humanos, Material de Consumo, Prestação de serviços de terceiros, Capital Físico/ Material Permanente) | | | | | | | | | | | | | |
| **Descrição:** | **Justificativa:** | | | | **Quantidade:** | | | | | **Valor:** | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |
| **TOTAL:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **CONTRAPARTIDA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (se houver – facultativo):** | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Descrição:** | **Quantidade:** | **Valor mensurado (R$):** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **TOTAL:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS:** | | | | | | | | | | | | | |
| **15.1 Descrição do Recurso:**  **FMI – Fundo Municipal do Idoso** | | | | | | | | | | | | | |
| **15.2 Dotação Orçamentária:** | | | | | | | | | | | | | |
| **15.3 Valor financiado pelo FMI para a execução do Projeto:**  **R$:** | | | | | | | | | | | | | |
| **15.4 Valor da contrapartida se houver:**  **R$:** | | | | | | | | | | | | | |
| **15.5 Valor Total dos Recursos para o Projeto:**  **R$:** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Local e Data Responsável** | | | | | | | | | | | | | |