

**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**  |