

**EDITAL DE CHAMAMENTO Nº. 05/2026**

**PLANO DE TRABALHO**

PAPEL TIMBRADO  
NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

**PLANO DE TRABALHO**

(nome)

**Dados Cadastrais:**

**1. Identificações**

**1.1. Nome da Instituição:**

1.2. Endereço:

Bairro:

CEP:

Site:

E-mail da instituição:

Fone da instituição:

**1.3. Vigência do mandato da diretoria atual: de dd/mm/aaaa até dd/mm/aaaa**

Nome do Representante Legal:

RG:

CPF:

Fone:

Cel:

**1.4 CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA Nº do CNPJ:**

Data de abertura no CNPJ:

Atividade econômica principal:

Atividades econômicas secundárias:

**1.5. Identificação:**

( ) Atendimento

( ) Assessoramento

( ) Defesa e Garantia de Direitos

**1.5.1. Sede:**

Número da inscrição no CMAS:

Município:

Número de inscrição no CMDCA:

Município:

**1.6. Certificação (não obrigatório) CEBAS**

Vigência:

**1.7. Finalidade Estatutária:**

**2. Unidade Executora:**

**2.1. Nome:**

**2.2. Endereço:**

Bairro:

CEP:

Fone da unidade executora:

FAX:

E-mail da unidade executora:

Nº CNPJ:

Data de Abertura no CNPJ:

CONTA BANCÁRIA PARA PARCERIA CONFORME DECLARAÇÃO ANEXA:

Banco (instituição financeira pública):

Agência:

Conta Corrente:

**2.3. Imóvel onde funciona o Serviço é:**

( ) Próprio ( ) Cedido ( ) Público ( ) Particular ( ) Alugado

**2.4. A unidade executora fica aberta quantas horas por semana:**

( ) Até 20 horas ( ) De 21 a 39 horas ( ) 40 horas ( ) Mais de 40 horas

( ) Ininterrupto (24h/dia, 7dias/semana)

**2.5. Quais dias da semana a unidade executora funciona?**

( ) Segunda-feira ( ) Terça-feira ( ) Quarta-feira ( ) Quinta-feira ( ) Sexta-feira ( ) Sábado ( ) Domingo

**2.6. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO/PROGRAMA/BENEFÍCIO**

SOCIOASSISTENCIAL/PROTEÇÃO

**2.7. RESPONSÁVEIS:**

**Pela coordenação técnica:**

Nome Completo:

CPF:

RG:

Número do Registro Profissional:

Telefone para contato:

CEL:

E-mail:

**Pela Execução:**

Nome Completo:

CPF:

RG:

Número do Registro Profissional:

Telefone para contato:

CEL:

E-mail:

**Pela Prestação De Contas:**

Nome Completo:

CPF:

RG:

Número do Registro Profissional: Telefone para contato:

CEL:

E-mail:

Outras informações sobre espaço físico, recursos e materiais:

**3- Detalhamento do Serviço:**

**Descrição da Realidade - Objetivo do Plano (a partir de diagnóstico):**

**Objetivos Específicos:**

**Infraestrutura Física Existente:**

**Condições e Formas de Acesso de Usuários e Famílias Cobertura de Atendimento do Serviço:**

**Capacidade de Atendimento da Unidade:**

**Público Alvo (Faixa Etária):**

**Quantidade de alimentações:**

**4- Território:**

Bairros de abrangência:

CRAS/CREAS de referência, rede socioassistencial e intersetorial:

Quantidade de Grupos Solicitados:

Público Alvo:

**5- Descrição das Estratégias Metodológicas e Resultados Esperados:**

Estratégias/Metodológicas Articulação em rede	Periodicidade	Profissional Responsável	Resultados Esperados (de acordo com os objetivos)
--	---------------	-----------------------------	--

**6- Metas Quantitativas**

META	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR FÍSICO		PERIODICIDADE
		UNIDADE	QUANTIDADE	
Ex. Ampliação do acesso à cultura	Ampliar em 50% a oferta de acesso as experiências culturais, como: Apresentações artísticas e eventos esportivos e de lazer, com o público atendido.	Eventos	6	Semestral

**7- Monitoramento e Avaliação:** *Explicitar rotinas sistemáticas para a produção de registros e informações visando o acompanhamento do Plano de Trabalho, demonstrando clareza de que o monitoramento é compreendido como o acompanhamento sistemático e contínuo do progresso das ações e das mudanças provocadas pela execução do serviço e que os processos avaliativos ocorrem em momentos determinados, pontuais, seja ao fim de um ciclo de realização de um projeto, seja após um período predeterminado de tempo. (A OSC deverá apresentar informações acerca de como cumprirá as metas estabelecidas de acordo com o plano de trabalho e dos resultados esperados.)*

**8- Recursos Humanos (Que atuam no Serviço):**

Nome	Escolaridade	Cargo	Carga Horária Semanal	Forma de Contratação (ex.: CLT, MEI, Voluntário)

**9- Plano de Aplicação dos Recursos:**

(Previsão de Receitas e Despesas a serem realizadas na execução das atividades – Utilizar planilha de Aplicação de Despesa (Modelo G) que deve ser entregue, junto com o Plano de trabalho impresso, em mídia)

Grupo de Despesa	Categoria de Despesa	Ano	Mês	Valor R\$

## 10. Cronograma de Desembolso

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO		
ANO	MÊS	VALOR

### 11- Subscrição:

Guarulhos, [dia] de [mês] de 2026.

### Assinaturas:

Presidente ou Representante Legal: \_\_\_\_\_

Responsável pela Coordenação Técnica: \_\_\_\_\_

Responsável pela Execução: \_\_\_\_\_

Responsável pela Prestação de Contas: \_\_\_\_\_