

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026 – FMDCA**  
**FUNDO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**  
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – CMDCA / RIO  
VERDE – GOIÁS

**LEGENDA / CONVENÇÕES DESTE ROTEIRO:**

**ORIENTAÇÃO (fundo amarelo)** = Instruções para preenchimento – excluir do documento final.

**ATENÇÃO (texto vermelho)** = Regra obrigatória ou com impacto direto na pontuação/habilitação.

*[Texto em cinza itálico]* = Campo a ser preenchido pela OSC.

**Cabeçalho verde escuro** = Título de seção do Plano de Trabalho.

**ATENÇÃO:** O Ofício, o Plano de Trabalho e a Planilha de Composição de Custos devem ser entregues diretamente ao Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (FMDCA), no prazo de até 10 (dez) dias úteis contados da publicação da convocação no site da Prefeitura.

O Plano de Trabalho deve corresponder integralmente ao projeto aprovado.

**ANEXO 4 – ROTEIRO/MODELO DE PLANO DE TRABALHO**

**1 – DADOS CADASTRAIS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (OSC)**

**ÓRGÃO / ENTIDADE PROPONENTE**

**ORIENTAÇÃO:** Nome completo e oficial da OSC, conforme consta no estatuto e no CNPJ.

[ ]

**ENDEREÇO COMPLETO DA SEDE**

**ORIENTAÇÃO:** Logradouro, número, complemento, bairro, município, estado e CEP. Deve coincidir com o comprovante de funcionamento a ser apresentado na habilitação.

[ ]

**CONTATO TELEFÔNICO / E-MAIL**

**ORIENTAÇÃO:** Telefone com DDD e e-mail institucional da OSC.

[ ]

**CNPJ**

**ORIENTAÇÃO:** Número do CNPJ. Deve estar ativo há pelo menos 1 (um) ano.

[ ]

**INSCRIÇÃO NO CMDCA – NÚMERO E DATA**

**ORIENTAÇÃO:** Número e data da inscrição no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). A inscrição deve ter pelo menos 1 (um) ano de vigência e estar devidamente regular.

[ ]

### DADOS BANCÁRIOS – conta específica e exclusiva para a parceria

**ORIENTAÇÃO:** Conta exclusiva, aberta em instituição financeira pública federal (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal). Informe: conta corrente, banco e agência.

Conta Corrente: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_

Conta bancária específica cadastrada na SEFAZ: ( ) Sim ( ) Não

### NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / CARGO

**ORIENTAÇÃO:** Nome completo conforme o estatuto vigente e cargo ocupado (ex.: Presidente, Diretor Executivo). Este será o signatário do Termo de Fomento.

[ ]

### RG / CPF DO REPRESENTANTE LEGAL

**ORIENTAÇÃO:** Número do RG (com órgão expedidor) e CPF do representante legal.

[ ]

### NOME DO TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO PROJETO

**ORIENTAÇÃO:** Profissional responsável pela execução técnica do projeto, pelo acompanhamento das metas e pela elaboração dos relatórios mensais.

[ ]

## 1.3 – TÍTULO DO PROJETO

### Título do Projeto

**ORIENTAÇÃO:** Nome exato do projeto conforme inscrito no processo de seleção.

[ ]

## PERÍODO DE EXECUÇÃO

**Chamamento Público Nº 001/2026 – FMDCA:**

( ) Proposta Única (Art. 1.3 do Edital)

**Período de Execução:**

**ORIENTAÇÃO:** Mínimo de 6 meses, máximo de 12 meses.

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

## 2 – DESCRIÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO

**ORIENTAÇÃO:** Apresente o histórico da OSC: data de fundação, missão, área de atuação, territórios atendidos, público-alvo habitual e principais projetos executados, em especial os voltados à criança e ao adolescente nos últimos 24 meses. Destaque a experiência na área objeto da parceria. Extensão sugerida: 15 a 30 linhas.

*[Descreva aqui o histórico e a atuação da organização]*

## 3 – FINALIDADE ESTATUTÁRIA DA ENTIDADE

**ORIENTAÇÃO:** Transcreva ou resuma as finalidades estatutárias conforme o estatuto social (artigo pertinente). Demonstre que são compatíveis com o objeto da parceria, especialmente

no que se refere à promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

*[Liste as finalidades estatutárias conforme o estatuto social]*

#### 4 – LINHA DE AÇÃO DO EDITAL

**ORIENTAÇÃO:** Informe a linha de ação do Plano Municipal de Ação e Aplicação de Recursos do FMDCA (ECA – Lei nº 8.069/1990) na qual o projeto se enquadra. Certifique-se de que a proposta está diretamente relacionada a essa linha.

Linha de ação: \_\_\_\_\_

#### 5 – DESCRIÇÃO DA REALIDADE DO OBJETO DA PARCERIA

**ORIENTAÇÃO:** Descreva a realidade social que justifica o projeto. Apresente o problema identificado no território, com dados ou diagnósticos que embasem a proposta. Demonstre o nexos (ligação direta) entre essa realidade e as atividades propostas. Item obrigatório, avaliado pela Comissão de Seleção.

*[Descreva a realidade social e o nexos com o projeto proposto]*

#### 6 – JUSTIFICATIVA E INTERESSE PÚBLICO

**ORIENTAÇÃO:** Justifique a relevância e o interesse público do projeto. Argumente sobre a necessidade da proposta, os benefícios que trará à criança e ao adolescente, sua articulação com as políticas públicas municipais e com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

*[Apresente a justificativa e o interesse público do projeto]*

#### 7 – PÚBLICO-ALVO DO PROJETO

**ORIENTAÇÃO:** Descreva o público-alvo: crianças e adolescentes (0 a 18 anos incompletos). Informe o perfil: faixa etária, situação socioeconômica e especificidades. Seja específico quanto ao território atendido.

*[Descreva o público-alvo do projeto]*

#### 8 – QUANTIDADE DE ATENDIMENTO POR MÊS

**ORIENTAÇÃO:** Este dado foi determinante para o Critério VI de pontuação, portanto deve corresponder ao informado no projeto selecionado.

**ATENÇÃO:** A quantidade informada será cobrada mensalmente na prestação de contas e no IMR do Termo de Fomento.

Quantidade de atendimento/mês: \_\_\_\_\_  
crianças e adolescentes

#### 9 – ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

**ORIENTAÇÃO:** Informe os bairros, localidades ou regiões do Município de Rio Verde que serão atendidos.

*[Informe os bairros e regiões de abrangência do projeto]*

#### 10 – ATIVIDADES / METAS

**ORIENTAÇÃO:** Este dado foi determinante para o Critério I de pontuação, portanto deve corresponder ao informado no projeto selecionado.

ATIVIDADE

META QUALITATIVA (o que se pretende

META

	alcançar)	QUANTITATIVA (usuários/mês)
[Nome da atividade]	[Descreva o objetivo/resultado esperado para a criança e o adolescente]	[Nº usuários/mês]
[Nome da atividade]	[Descreva o objetivo/resultado esperado para a criança e o adolescente]	[Nº usuários/mês]
[Nome da atividade]	[Descreva o objetivo/resultado esperado para a criança e o adolescente]	[Nº usuários/mês]
[Nome da atividade]	[Descreva o objetivo/resultado esperado para a criança e o adolescente]	[Nº usuários/mês]
[Nome da atividade]	[Descreva o objetivo/resultado esperado para a criança e o adolescente]	[Nº usuários/mês]

## 11 – METODOLOGIA DE EXECUÇÃO

**ORIENTAÇÃO:** Descreva detalhadamente como cada atividade será executada: local, abordagem pedagógica/técnica, materiais utilizados, organização dos grupos/turmas, forma de seleção e acompanhamento dos usuários.

### 11.1 – DESCRIÇÃO GERAL DA METODOLOGIA

[Descreva aqui a abordagem metodológica global do projeto: princípios norteadores, estratégias pedagógicas/técnicas, forma de seleção e acompanhamento dos usuários, organização dos grupos e fluxo de atendimento...]

### 11.2 – METODOLOGIA POR ATIVIDADE

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA DE CADA ATIVIDADE
[Nome da Atividade 1]	[Descreva como esta atividade será executada: local, abordagem, materiais, duração, dinâmica, responsável técnico...]
[Nome da Atividade 2]	[Descreva como esta atividade será executada: local, abordagem, materiais, duração, dinâmica, responsável técnico...]
[Nome da Atividade 3]	[Descreva como esta atividade será executada: local, abordagem, materiais, duração, dinâmica, responsável técnico...]
[Nome da Atividade 4]	[Descreva como esta atividade será executada: local, abordagem, materiais, duração, dinâmica, responsável técnico...]
[Nome da Atividade 5]	[Descreva como esta atividade será executada: local, abordagem, materiais, duração, dinâmica, responsável técnico...]

--	--	--

## 12 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES (MENSAL)

**ORIENTAÇÃO:** Marque com "X" os meses em que cada atividade será executada. Utilize o número do mês do projeto (Mês 1, Mês 2... Mês 12), e não o calendário civil. Duração: mínimo de 6 e máximo de 12 meses.

**ATENÇÃO:** A atividade de Inscrição normalmente ocorre somente no(s) primeiro(s) mês(es).

ATIVIDADE	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12
Atividade 1 – [Nome]												
Atividade 2 – [Nome]												
Atividade 3 – [Nome]												
Atividade 4 – [Nome]												
Atividade 5 – [Nome]												
Pesquisa de Satisfação												

Os meses de execução poderão sofrer alterações, desde que não sejam comprometidas a quantidade total de horas de execução e as metas pactuadas, e mediante justificativa e autorização prévia da Administração Pública.

## 13 – GRADE DE ATIVIDADES SEMANAL

**ORIENTAÇÃO:** Preencha os dias e horários de cada atividade. A frequência semanal impactou na avaliação do projeto (Critério V) e deve corresponder integralmente ao projeto aprovado.

**ATENÇÃO:** Os horários poderão ser alterados sem comprometer a carga horária total, mediante aprovação prévia da Administração Pública.

ATIVIDADE	HORÁRIO	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
[Atividade 1]								
[Atividade 2]								
[Atividade 3]								
[Atividade 4]								

Os dias e horários poderão sofrer alterações, desde que não seja comprometida a carga horária total e mediante justificativa e autorização prévia da Administração Pública.

## 14 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICA / ATIVIDADES / METAS / ETAPAS

**ORIENTAÇÃO:** Preencha o indicador físico (periodicidade), a quantidade e o período de início/término de cada atividade. Utilize o número do mês do projeto (Mês 1, Mês 2...), e não o calendário civil.

**ATENÇÃO:** Inclua obrigatoriamente a linha "Relatórios Mensais" com periodicidade mensal, do

Mês 1 ao último mês do projeto.

ATIVIDADE / ETAPA	PERIODICIDADE	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
[Atividade 1 – Nome]	Mensal (exemplo)	[Nº usuários]	Mês [X]	Mês [X]
[Atividade 2 – Nome]	Semanal (exemplo)	[Nº usuários]	Mês [X]	Mês [X]
[Atividade 3 – Nome]	Semanal (exemplo)	[Nº usuários]	Mês [X]	Mês [X]
[Atividade 4 – Nome]	Semanal (exemplo)	[Nº usuários]	Mês [X]	Mês [X]
Pesquisa de Satisfação	Semestral/ Anual	[Nº aplic.]	Mês [X]	Mês [X]
Relatórios Mensais	Mensal	[Nº de meses]	Mês [X]	Mês [X]

## 15 – AVALIAÇÃO DO PROJETO

O QUE SERÁ AVALIADO	QUANDO?	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Participação ativa dos usuários	Mensalmente	Frequência, relatórios e registros fotográficos
Assiduidade dos usuários	Mensalmente	Lista de presença / frequência individual
Alcance das metas quantitativas	Mensalmente	Número de usuários atendidos por atividade
Alcance das metas qualitativas	Semestralmente	Relatórios técnicos e aplicação de avaliação
Satisfação dos usuários	Semestral/ Anual	Pesquisa de satisfação (obrigatória no Termo de Fomento)
[Adicione outros indicadores]		

**ATENÇÃO:** A pesquisa de satisfação prevista neste item não se confunde com a pesquisa de satisfação obrigatória conduzida pelo Gestor de Parcerias, conforme previsto na minuta do Termo de Fomento.

## 16 – AMBIENTE FÍSICO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO

QTD	DESCRIÇÃO DO ESPAÇO / AMBIENTE
01	Sala de recepção / acolhimento
01	Sala de atividades / oficinas
01	Sala administrativa
01	Banheiros adequados ao público atendido

01	Pátio / área de convivência
	[Adicione outros espaços conforme necessário]

**ORIENTAÇÃO:** A infraestrutura deve ser compatível com as atividades propostas e com o público atendido (crianças e adolescentes). O ambiente físico poderá ser verificado in loco pelo gestor da parceria.

## 17 – RECURSOS HUMANOS DA ENTIDADE

**ORIENTAÇÃO:** Liste o quadro geral de recursos humanos da entidade, independentemente de ser ou não custeado pela parceria, informando: função, formação mínima, vínculo (prestação de serviços, voluntário, CLT) e remuneração mensal. Indique se o custo é coberto pelo Termo de Fomento ou por recursos próprios.

QT D	FUNÇÃO	FORMAÇÃO MÍN.	VÍNCULO	REMUNERAÇÃO MENSAL	CUSTEADO?
01	[Ex: Coordenador do Projeto]	Superior	Prestação de serviços	R\$ [valor]	Informar a fonte (próprio, voluntário, Termo de Fomento...)
01	[Ex: Profissional de Saúde / Educação]	Superior	Prestação de serviços	R\$ [valor]	Informar a fonte
01	[Ex: Facilitador de Atividades]	Médio	Prestação de serviços	R\$ [valor]	Informar a fonte
01	[Ex: Assistente Administrativo]	Médio	CLT	R\$ [valor]	Informar a fonte

### 17.1 – RECURSOS HUMANOS DA ENTIDADE – SERVIDOR CEDIDO (preencher somente se houver)

NOME	FUNÇÃO	FORMAÇÃO	CARGA HORÁRIA	REMUNERAÇÃO MENSAL	ÔNUS TRABALHISTA
[Nome]	[Ex: Coordenador do Projeto]	Superior	[Informar]	R\$ [valor]	[Administração ou OSC]

## 18 – CUSTO TOTAL DAS DESPESAS PARA EXECUTAR O PROJETO

**ORIENTAÇÃO:** Liste todas as despesas por categoria. O valor global deve corresponder exatamente ao valor de execução do projeto. Bens permanentes: máximo de 30% do valor total.

**ATENÇÃO:** Este item deve corresponder ao projeto aprovado, especialmente quanto aos Critérios de pontuações relativas a pessoal e bens permanentes.

DISCRIMINAÇÃO DA DESPESA	VALOR	VALOR TOTAL
--------------------------	-------	-------------

	ESTIMADO MENSAL	
1 – Recursos Humanos	R\$ [valor]	R\$ [valor]
2 – Material de Consumo	R\$ [valor]	R\$ [valor]
2.1 – [Descrição do material]	R\$ [valor]	R\$ [valor]
3 – Serviços de Terceiros	R\$ [valor]	R\$ [valor]
4 – Bens Permanentes (máx. 30%)	–	R\$ [valor]
CUSTO TOTAL DO PROJETO	–	R\$

## 19 – PREVISÃO DE RECEITA E DESPESAS

RECEITA	DESPESA
Receita – Termo de Fomento Nº ____/2026: R\$ _____	Despesas – Termo de Fomento Nº ____/2026: R\$ _____
TOTAL RECEITA: R\$ _____	TOTAL DESPESAS: R\$ _____

**ORIENTAÇÃO:** O total de receitas deve ser igual ao total de despesas. Caso haja outras fontes de receita (recursos próprios, outras parcerias voltadas ao mesmo objeto), liste-as separadamente. Não é exigida contrapartida financeira neste chamamento.

## 20 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

**ORIENTAÇÃO:** O repasse dos recursos será realizado em PARCELA ÚNICA, conforme previsto no Edital de Chamamento Público Nº 001/2026 – FMDCA.

Rio Verde – GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

\_\_\_\_\_  
[Nome do Representante Legal]

[Cargo] – [Nome da OSC]



## Assinaturas Digitais (Certificado Digital)

---

Assinatura digital - Nome: ROSIMEIRE ALVES PEREIRA LEAO e-CPF: \*\*\*.197.201-\*\* Usuário: rosimeire.leao Local: BR Data: 29/04/2026 14:26:14 IP: e-  
Assinatura: InIbdZ58teX - <http://servicos.rioverde.go.gov.br/servicos/autenticacaorelatorios>