

**ANEXO II –
MODELO PADRÃO de PROJETO para fins de Captação de Recursos –
Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO				
CNPJ:			Inscrição Municipal	
Endereço:				Nº
Complemento	Bairro	CEP	Cidade: São Leopoldo	UF: RS
Telefone Principal	Telefone	Celular Principal	Celular	Fax
Página na Internet (Homepage)			Correio Eletrônico (e-mail)	
Banco		Agência	Conta Corrente	
Responsável legal do convenente:			Cargo	Telefone
CPF		Cédula Identidade	Órgão Emissor	Data de Nascimento
Endereço				Nº
Complemento	Bairro	CEP	Cidade	UF
Responsável técnico pelo projeto:			Cargo	Telefone
Email:				
Página na Internet (Homepage)			Correio Eletrônico (e-mail)	
Data de Fundação:			Data Registro Estatuto	
Alvará de Funcionamento:			Mandato Diretoria atual:	
N. Registro CNAS:			N. Registro CAS:	
Utilidade Pública Federal nº			Utilidade Pública Estadual nº	
Utilidade Pública Municipal nº			Nº Inscrição COMDEDICA:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO				
Título do Projeto		Período de Execução (até 12 meses)		
		Início:		
		Término:		
Dados do Representante Legal da Entidade		Nome:		
		RG:		
		Mandato:		
		Grau de Instrução:		

2 – APRESENTAÇÃO DO PROJETO¹ - RESUMO EXECUTIVO

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS NA COMPOSIÇÃO DO TEXTO –

- a) O que está sendo solicitado ao COMDEDICA?
- b) Qual é o foco do projeto?
- c) Qual será o público beneficiado pelo projeto? Quantos serão atendidos?
- d) Qual é a área geográfica de abrangência?
- e) Qual o objetivo do projeto?
- f) Quais são as principais ações previstas?
- g) Que resultados você espera alcançar? Em que tempo?
- h) Qual o valor total do projeto?
- i) Qual valor a captar junto ao FUNDO MUNICIPAL DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE?
- j) Há outros apoiadores e parceiros? Quem são eles?

3 HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO (MÁXIMO 20 LINHAS)

¹ O Resumo executivo se configura num texto que deverá conter as informações listadas, com no máximo 20 linhas

4. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

4.1 REGIMES DE ATENDIMENTO² :

Regime de atendimento
Orientação e apoio sócio familiar ()
Apoio sócio educativo em meio aberto ()
Colocação familiar ()
Acolhimento Institucional ()
Liberdade assistida ()
Semiliberdade ()
Internação ()
Abrigo e Proteção ()
Assessoramento e Defesa de Garantia de Direitos()
Políticas de atendimento a criança e adolescente, conforme previsto no art. 87 ECA ³ ()

4.2 - JUSTIFICATIVA DO PROJETO (máximo 20 linhas)

² Conforme art. 90 do Estatuto da Criança e Adolescente - ECA

³ Art. 87 do Estatuto da Criança e Adolescente - ECA

4.3 ESTRUTURA FÍSICA - IMÓVEL

() Próprio () Alugado () Cedido () Outros _____

Área total em metros quadrados: _____

4.4 LOCAL DE EXECUÇÃO DO PROJETO – INFRA-ESTRUTURA

Nos itens habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, faça uma avaliação numérica conforme legenda:

1 Ótimo – 2 Bom – 3 Regular – 4 Deficiente – 5 Desativado – 6 Inexistente

Física	Quantidade	Habitabilidade	Higiene	Salubridade	Segurança
Área coberta					
Área descoberta					
Quadra Esportiva					
Campo de futebol					
Refeitório					
Sala de aula					
Sala de cursos					
Alojamento					
Secretaria					
Gabinete Médico					

Gabinete Odontológico					
Cozinha					
Lactário					
Berçário					
Auditório					
Sala de reuniões					
Pracinha					
Banheiros					
Inst. Elétricas					
Rede esgoto					
Coleta de lixo					
Linha de ônibus					
Veículo próprio					

4.5 RECURSOS HUMANOS

Profissional	Qtde.	Escolaridade				Nº de Horas		Vínculo			
		s/esc	EF	EM	Superior	Semanal	total	CLT	Autôn.	Volunt	Estag.
Administrativo											
Médica(o)											
Psicóloga(o)											
Pedagoga(o)											
Assistente Social											
Enfermeira(a)											
Aux. Técn.											
Serv. Gerais											
Educador(a)											
Oficineiro(a)											
Cozinheira(o)											

4.6 PÚBLICO ALVO

- a) **BENEFICIÁRIO DIRETO** (faixa etária, principais vulnerabilidades, número de beneficiados e oriundos de qual região)

a.1) FAIXA ETÁRIA

0 a 6 anos: nº _____ Sexo M () F ()
 7 a 14 anos: nº _____ Sexo M () F ()
 15 a 18 anos: nº _____ Sexo M () F ()
 19 a 24 anos: nº _____ Sexo M () F ()

a.2) VULNERABILIDADES

a.3) BENEFICIÁRIOS/ATENDIMENTOS

Capacidade total de atendimento: _____ Nº atendidos: _____

Masculino: _____ Feminino: _____

Região: _____

Horário de Atendimento

Manhã: Das _____ h às _____ h

Tarde: Das _____ h às _____ h

É cobrado? () Sim () Não

Se a resposta anterior for afirmativa diga:

Qual o critério para ser cobrado? _____

Qual o valor: _____

Quanto % dos atendimentos é gratuito? _____

Nº de profissionais envolvidos no trabalho: _____

Manhã: _____

Tarde: _____

a.4) ALIMENTAÇÃO

É fornecido alimentação? Sim () Não ()

Quais:

() lanche da manhã () almoço () lanche da tarde () jantar

() Outro (especificar) _____

b) BENEFICIÁRIO INDIRETO – Descrever as ações

4.7 OBJETIVOS

4.7.1 Objetivo Geral			
4.7.2 Objetivos específicos	Ações	Metodologia	PRAZOS/CRONOGRAMA
	A.		
	B.		
	C.		
2.			
3.			
4.			

4.8 COMO A COMUNIDADE VAI PARTICIPAR DO PROJETO?

4.9 COMO O PROJETO PRETENDE INTERAGIR COM POLÍTICAS PÚBLICAS?

4.10 AVALIAÇÃO DO PROJETO (Avaliação de resultados)

Objetivos específicos	Resultados esperados	Indicadores de resultado	Formas de verificação
I.	01.		

2.	02.		

4.11 COMO O PROJETO SERÁ DIVULGADO? (Planejamento das atividades de divulgação)

Instrumentos Mídias	Quantidade	Propósito	Custo (R\$)

4.12 PARCERIAS INSTITUCIONAIS (convênios que serão firmados/estabelecidos para a execução do projeto que está sendo apresentado (listar os parceiros mais recentes)

Nome do Parceiro	Tipo de Contribuição (financeira, técnica, Recursos Humanos ou outra)

4.13 ORÇAMENTO RESUMIDO

Parceiro	Valor do Investimento (em R\$)
FMDCA	
Instituição proponente (contrapartida)	
Parceiro 01	
Parceiro 02	
Total	

5 – ORÇAMENTO FÍSICO - FINANCEIRO

NATUREZA DO MOVIMENTO	CUSTO MÊS	NÚMERO DE MESES	CUSTO TOTAL
1. PAGAMENTO DE PESSOAL E ENCARGOS			
1.2. Profissionais (listar)			
1.3			
SUB-TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

NATUREZA DO MOVIMENTO	CUSTO MÊS	NÚMERO DE MESES	CUSTO TOTAL
2. – Pagamento de Serviços de Terceiros			
2.1-			
2.2			
2.3			
SUB-TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

3. – Alimentação, limpeza, higiene e gêneros necessários à alimentação			
3.1			
3.2			
3.3			
SUB-TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

4. Material pedagógico, expediente e recreação	CUSTO MÊS	NÚMERO DE MESES	CUSTO TOTAL
4.1 -			
4.2 -			
4.3 -			
SUB-TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

5. Utensílios e material de alojamento, utensílios de cozinha, tecidos e aviamentos	CUSTO MÊS	NÚMERO DE MESES	CUSTO TOTAL
5.1			
5.2			
5.3			
SUB-TOTAL			

6. Equipamentos e Materiais Permanentes	CUSTO MÊS	NÚMERO DE MESES	CUSTO TOTAL
6.1			
6.2			
SUB-TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

6 – PLANO DE APLICAÇÃO

O plano de aplicação dos recursos será anexo em planilha Padrão, definida pelo COMDEDICA como ANEXO III, integrante da Resolução nº 22/2014 daquele Conselho.

São Leopoldo, xx de xxxxxx de 201x.

Assinatura do Representante Legal