CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/SMPED/2026

PARCERIA NA MODALIDADE TERMO DE COLABORAÇÃO PARA OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DA CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE MÃES E CUIDADORAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ANEXO VII DO EDITAL – MODELO DE PLANO DE TRABALHO

MODELO PLANO DE TRABALHO

Elaborar a proposta para a PARCERIA em conformidade com o ***conteúdo mínimo*** *descrito nas páginas a seguir e com as* ***orientações do ANEXO VI - REFERÊNCIAS PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO****.*

1. IDENTIFICAÇÃO DA OSC

Identificação da OSC		
Nome da OSC:		
CNPJ:	**Endereço:**	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**
Telefone: (DDD)	**Telefone: (DDD)**	**Telefone: (DDD)**
E-mail:	**Site:**	
Identificação dos dirigentes da OSC (se mais de um, informar dado de todos os dirigentes)		
Dirigente da OSC:		
CPF:	**RG:**	**Órgão Expedidor:**
Endereço do Dirigente:		
E-mail do dirigente:	**Telefone: (DDD)**	
Experiência do dirigente (em anos não coincidentes):		

2. PROPOSTA FINANCEIRA

VALOR DO TERMO DE COLABORAÇÃO *Preencher com os valores relativos à PARCERIA de acordo com a Proposta financeira*	
SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS – ANO 1	R$_____
SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS – ANO 2	R$_____
SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS – ANO 3	R$_____
SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS – ANO 4	R$_____
SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS – ANO 5	R$_____
VALOR TOTAL DO TERMO DE COLABORAÇÃO *Somatório dos REPASSES MENSAIS ao longo de toda PARCERIA*	R$_____
CONTRAPARTIDAS EM BENS E SERVIÇOS (se aplicável)	R$_____

3. EXPERIÊNCIA DA OSC

Experiência da PROPONENTE e experiência com o OBJETO da PARCERIA
Descrever o histórico da organização de forma simplificada e suas experiências em projetos de parceria com a administração pública (direta ou indireta) ou entidade privada na realização de atividades ou projetos semelhantes ao OBJETO desta PARCERIA. Informar o nome de cada projeto, ano e local de realização.

Experiência da PROPONENTE em atividades desenvolvidas com o poder público (se houver)
Resumir as atividades e eventos, de qualquer área, realizados pela entidade em parceria com o poder público. Informar o nome de cada atividade ou projeto, ano e local de realização.

4. OBJETO DA PARCERIA

Descrição do Objeto

O OBJETO da presente PARCERIA consiste na operação e manutenção da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA e realização de ATENDIMENTOS a mães e cuidadoras de pessoas com deficiência, por meio da execução das seguintes atividades:

a) Reposição e manutenção de MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS, materiais e outros itens necessários à consecução do OBJETO;
b) Gestão, manutenção, zeladoria, limpeza, segurança, monitoramento e conservação da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA;
c) Realização de AGENDAMENTO, TRIAGEM e ATENDIMENTOS as USUÁRIAS pelos integrantes do QUADRO DE COLABORADORES da OSC PARCEIRA; e
d) Gestão do QUADRO DE COLABORADORES.

Público-alvo

A presente PARCERIA é voltada para o atendimento de mães e cuidadoras de pessoas com deficiência da cidade de São Paulo.

Descrição da realidade e justificativa

A criação da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA responde a uma necessidade urgente e crescente no Município de São Paulo: oferecer apoio integral às mães e cuidadoras de pessoas com deficiência, que enfrentam desafios únicos e muitas vezes extremamente complexos. Não há como falar em Direitos das Pessoas com Deficiência, sem tratar da família que essas pessoas estão inseridas, em especial as mães. Essas mulheres são frequentemente sobrecarregadas com responsabilidades de cuidado, além de enfrentarem barreiras para a inclusão social e o bem-estar seu e de seus filhos.

O art. 226 da Carta Magna dispõe que a família é a base da sociedade e tem especial proteção do Estado. Este princípio reforça a necessidade de políticas públicas que acolham e apoiem as famílias de pessoas com deficiência, reconhecendo o papel fundamental que exercem. Além disso, é imperativo atender também às famílias monoparentais, onde a sobrecarga é ainda maior, e aos cuidadores familiares que não necessariamente são as mães, como avós, avôs, pais, irmãos ou qualquer pessoa responsável pelo cuidado da pessoa com deficiência.

A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPED) tem como finalidade promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e liberdades fundamentais da pessoa com deficiência no Município, visando a sua inclusão social e cidadania, bem como articular ações e políticas transversais relacionadas à promoção e à garantia dos direitos das pessoas com deficiência em parceria com os órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, Câmara Municipal de São Paulo e demais esferas de governo, bem assim com a iniciativa privada, as organizações sociais e os diversos segmentos da sociedade civil.

Conforme destacado pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgada pelo Decreto Federal nº 6.949/2009, o Estado tem a obrigação de proteger e assistir as famílias de pessoas com deficiência, garantindo condições para que estas contribuam plenamente para o exercício dos direitos dessas pessoas. Ainda, a Constituição Federal brasileira, em seu artigo 23, inciso II, estabelece que é competência dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, assegurando a proteção das pessoas com deficiência.

No Brasil, cerca de 17,3 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência, segundo dados do IBGE de 2019, e, em sua grande maioria, o cuidado recai sobre as mães. Dados de 2012 do Instituto Baresi indicam que 78% dos pais abandonam as mães de crianças com deficiência antes de os filhos completarem cinco anos. Assim, essas mulheres frequentemente renunciam a suas carreiras profissionais, relações afetivas e vida social para se dedicarem integralmente ao cuidado de seus filhos, muitas vezes sem contar com redes de apoio psicológico, financeiro ou social.

Além disso, a pandemia de COVID-19 agravou a sobrecarga dessas mulheres, aumentando os conflitos familiares e contribuindo para o adoecimento físico e emocional. O cansaço extremo, não raramente romantizado pela sociedade, eleva os índices de depressão e até mesmo de suicídio entre essas mães, como alertam especialistas e ativistas.

Além do mais, o Decreto Municipal nº 63.686/24 cria o Programa Entrelaços, destinado a oferecer apoio e assistência às mães de pessoas com deficiência no âmbito do Município de São Paulo assim, o projeto da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA visa atender essa demanda ao oferecer acolhimento humanizado, suporte multiprofissional (socioassistencial, psicossocial e jurídico) e programas que promovam a autonomia econômica, social e emocional das mães e cuidadoras. Por meio de ações integradas, incluindo oficinas terapêuticas, capacitações em empreendedorismo, fortalecimento dos vínculos familiares e articulação com serviços públicos e privados, busca-se garantir o direito dessas mulheres à inclusão e qualidade de vida, enquanto apoiam seus filhos na realização plena de seus direitos.

Portanto, a criação deste equipamento público é um compromisso com a dignidade humana, a inclusão social e o fortalecimento da cidadania das mães e cuidadoras de pessoas com deficiência, contribuindo para a efetivação de direitos fundamentais assegurados pela legislação brasileira e internacional.

5. METAS A SEREM ATINGIDAS

Meta 1: Garantir a quantidade mínima de profissionais e Recursos Humanos
Meios de verificação: • RELATÓRIO MENSAL da OSC PARCEIRA com detalhamento das contratações, desligamentos e substituições de profissionais da EQUIPE MULTIDISCIPLINAR por mês.
Estratégia para atingimento e superação das metas propostas:
Meta 2: Garantir o mínimo de ATIVIDADES COLETIVAS e SESSÕES INDIVIDUAIS mensais
Meios de verificação: • RELATÓRIO MENSAL da OSC PARCEIRA com número efetivo de SESSÕES INDIVIDUAIS mensais realizadas; • RELATÓRIO MENSAL da OSC PARCEIRA com número efetivo de ATENDIMENTOS coletivos mensais realizados; • RELATÓRIO MENSAL da OSC PARCEIRA com número efetivo de ATIVIDADES COLETIVAS realizadas.
Estratégia para atingimento e superação das metas propostas:
Meta 3: Garantir o funcionamento da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
Meios de verificação: • RELATÓRIO MENSAL da OSC PARCEIRA com número efetivo de dias de operação da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.
Estratégia para atingimento e superação das metas propostas:

Meta 4: Garantir as USUÁRIAS a qualidade dos serviços
Meios de verificação: • Relatório do VERIFICADOR INDEPENDENTE com a sistematização da pesquisa de satisfação realizada; • Relatório do VERIFICADOR INDEPENDENTE com o detalhamento da avaliação realizada.
Estratégia para atingimento e superação das metas propostas:

6. FORMAS DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Descrever as formas de execução da TRIAGEM, do desenvolvimento do PIA, ATIVIDADES COLETIVAS e das SESSÕES INDIVIDUAIS a serem realizadas pela EQUIPE MULTIDISCIPLINAR no âmbito da PARCERIA.

DESCRIÇÃO DAS FORMAS DE EXECUÇÃO

7. FORMAS DE EXECUÇÃO DA OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DA CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Descrever as formas de execução do AGENDAMENTO e das atividades de operação, manutenção da CASA MÃE PAULISTANA – PARA MÃES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA *pela EQUIPE DE APOIO no âmbito da PARCERIA.*

DESCRIÇÃO DAS FORMAS DE EXECUÇÃO

8. PREVISÃO DE RECEITAS E DE DESPESAS

Detalhar todas as receitas e despesas da PARCERIA previstas.

ANO 1					
ITEM	**QTD.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**	**QTD. MESES**	**VALOR TOTAL**
REPASSES MENSAIS					
EQUIPAMENTOS					
Manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Manutenção e reposição de EQUIPAMENTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Provisão, manutenção e reposição de materiais					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Outros					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS e materiais					
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
Recursos Humanos					
Coordenador					
Psicólogo					
Assistente social					
Advogado					
Orientador Social					

Oficineiro					
Total repasses mensais EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
EQUIPE DE APOIO					
Recursos Humanos					
Gerente					
Assistente Administrativo					
Assessoria de Comunicação					
Recepcionista/Atendente					
Assistente de Recursos Humanos					
Total repasses mensais EQUIPE DE APOIO					
CUSTOS ADMINISTRATIVOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais custos administrativos					
OUTROS CUSTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total outros custos					
TOTAL REPASSES MENSAIS (SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS)					
ANO 1					
					VALOR TOTAL
TOTAL PARA O ANO 1					

ANO 2					
ITEM	**QTD.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**	**QTD. MESES**	**VALOR TOTAL**
REPASSES MENSAIS					
EQUIPAMENTOS					
Manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Manutenção e reposição de EQUIPAMENTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Provisão, manutenção e reposição de materiais					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Outros					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS e materiais					
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
Recursos Humanos					
Coordenador					
Psicólogo					
Assistente social					
Advogado					
Orientador Social					
Oficineiro					
Total repasses mensais EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
EQUIPE DE APOIO					
Recursos Humanos					
Gerente					

Assistente Administrativo					
Assessoria de Comunicação					
Recepcionista/Atendente					
Assistente de Recursos Humanos					
Total repasses mensais EQUIPE DE APOIO					
CUSTOS ADMINISTRATIVOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais custos administrativos					
OUTROS CUSTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total outros custos					
TOTAL REPASSES MENSAIS (SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS)					
ANO 2					
					VALOR TOTAL
TOTAL PARA O ANO 2					

ANO 3					
ITEM	**QTD.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**	**QTD. MESES**	**VALOR TOTAL**
REPASSES MENSAIS					
EQUIPAMENTOS					
Manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Manutenção e reposição de EQUIPAMENTOS					
Item 1					
Item 2					

Item 3					
Provisão, manutenção e reposição de materiais					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Outros					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS e materiais					
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
Recursos Humanos					
Coordenador					
Psicólogo					
Assistente social					
Advogado					
Orientador Social					
Oficineiro					
Total repasses mensais EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
EQUIPE DE APOIO					
Recursos Humanos					
Gerente					
Assistente Administrativo					
Assessoria de Comunicação					
Recepcionista/Atendente					
Assistente de Recursos Humanos					
Total repasses mensais EQUIPE DE APOIO					
CUSTOS ADMINISTRATIVOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais custos administrativos					
OUTROS CUSTOS					

Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total outros custos					
TOTAL REPASSES MENSAIS (SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS)					
ANO 3					
					VALOR TOTAL
TOTAL PARA O ANO 3					

ANO 4					
ITEM	**QTD.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**	**QTD. MESES**	**VALOR TOTAL**
REPASSES MENSAIS					
EQUIPAMENTOS					
Manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Manutenção e reposição de EQUIPAMENTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Provisão, manutenção e reposição de materiais					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Outros					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS e materiais					
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
Recursos Humanos					

Coordenador					
Psicólogo					
Assistente social					
Advogado					
Orientador Social					
Oficineiro					
Total repasses mensais EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
EQUIPE DE APOIO					
Recursos Humanos					
Gerente					
Assistente Administrativo					
Assessoria de Comunicação					
Recepcionista/Atendente					
Assistente de Recursos Humanos					
Total repasses mensais EQUIPE DE APOIO					
CUSTOS ADMINISTRATIVOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais custos administrativos					
OUTROS CUSTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total outros custos					
TOTAL REPASSES MENSAIS (SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS)					
ANO 4					
					VALOR TOTAL
TOTAL PARA O ANO 4					

ANO 5					
ITEM	**QTD.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**	**QTD. MESES**	**VALOR TOTAL**
REPASSES MENSAIS					
EQUIPAMENTOS					
Manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Manutenção e reposição de EQUIPAMENTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Provisão, manutenção e reposição de materiais					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Outros					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais manutenção e reposição de MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS e materiais					
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
Recursos Humanos					
Coordenador					
Psicólogo					
Assistente social					
Advogado					
Orientador Social					
Oficineiro					
Total repasses mensais EQUIPE MULTIDISCIPLINAR					
EQUIPE DE APOIO					
Recursos Humanos					
Gerente					

Assistente Administrativo					
Assessoria de Comunicação					
Recepcionista/Atendente					
Assistente de Recursos Humanos					
Total repasses mensais EQUIPE DE APOIO					
CUSTOS ADMINISTRATIVOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total repasses mensais custos administrativos					
OUTROS CUSTOS					
Item 1					
Item 2					
Item 3					
Total outros custos					
TOTAL REPASSES MENSAIS (SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS)					
ANO 5					
					VALOR TOTAL
TOTAL PARA O ANO 5					

	TOTAL REPASSES MENSAIS (SOMATÓRIO ANUAL DOS REPASSES PROPOSTOS)	**TOTAL**
ANO 1		
ANO 2		
ANO 3		
ANO 4		
ANO 5		
VALOR TOTAL DO TERMO DE COLABORAÇÃO		

DEMONSTRATIVO DOS VENCIMENTOS, ENCARGOS, BENEFÍCIOS E PROVISIONAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS						
EQUIPE DE MULTIDISCIPLINAR						
CATEGORIA (DESCREVER TODAS)	**COORDENADOR**	**PSICÓLOGO**	**ASSISTENTE SOCIAL**	**ADVOGADO**	**ORIENTADOR SOCIAL**	**OFICINEIRO/ INSTRUTOR**
PROVENTOS						
Salário Base						
Adicional Insalubridade (se houver)						
Adicional Periculosidade (se houver)						
Outros (Justificar)						
Total Parcial						
BENEFÍCIOS						
Cesta Básica/ Vale alimentação						
Vale Transporte						
Vale Refeição						
Auxílio Creche						
Seguro de Vida						
Outros (Justificar)						
Total Parcial						
ENCARGOS						
FGTS						
PIS						
SINDICATO (se houver)						
IR retido na fonte						
INSS						
Contribuições parafiscais a terceiros (se houver)						
Seguro Acidente de Trabalho						
Outros (Justificar)						
Total Parcial						
PROVISIONAMENTO						
1/3 Férias						
13º Salário						

Dissídio - Profissionais da Saúde						
Dissídio - Administrativo						
Multa rescisória do FGTS (dispensa sem justa causa)						
Auxílio-Doença						
Encargos sobre férias e 13º						
Outros (Justificar)						
Total Parcial						
CUSTO MENSAL POR PROFISSIONAIS						
QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS						
TOTAL MENSAL GERAL						

DEMONSTRATIVO DOS VENCIMENTOS, ENCARGOS, BENEFÍCIOS E PROVISIONAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS					
EQUIPE DE APOIO					
CATEGORIA (DESCREVER TODAS)	**Gerente**	**Assistente Administrativo**	**Assessoria de Comunicação**	**Recepcionista / Atendente**	**Assistente de Recursos Humanos**
PROVENTOS					
Salário Base					
Adicional Insalubridade (se houver)					
Adicional Periculosidade (se houver)					
Outros (Justificar)					
Total Parcial					
BENEFÍCIOS					
Cesta Básica/ Vale alimentação					
Vale Transporte					
Vale Refeição					
Auxílio Creche					
Seguro de Vida					
Outros (Justificar)					
Total Parcial					
ENCARGOS					
FGTS					
PIS					
SINDICATO (se houver)					
IR retido na fonte					
INSS					
Contribuições parafiscais a terceiros (se houver)					
Seguro Acidente de Trabalho					
Outros (Justificar)					
Total Parcial					
PROVISIONAMENTO					
1/3 Férias					

13º Salário					
Dissídio - Administrativo					
Multa rescisória do FGTS (dispensa sem justa causa)					
Auxílio-Doença					
Encargos sobre férias e 13º					
Outros (Justificar)					
Total Parcial					
CUSTO MENSAL POR PROFISSIONAL					
QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS					
TOTAL MENSAL GERAL					

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – ANO 1												
Desembolso (R$)	**Mês**											
	01	**02**	**03**	**04**	**05**	**06**	**07**	**08**	**09**	**10**	**11**	**12**
Repasse mensal												
Desembolso total												

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – ANO 2												
Desembolso (R$)	**Mês**											
	13	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**
Repasse mensal												
Desembolso total												

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – ANO 3												
Desembolso (R$)	**Mês**											
	25	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**
Repasse mensal												
Desembolso total												

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – ANO 4												
Desembolso (R$)	**Mês**											
	37	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**43**	**44**	**45**	**46**	**47**	**48**
Repasse mensal												
Desembolso total												

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – ANO 5												
Desembolso (R$)	**Mês**											
	49	**50**	**51**	**52**	**53**	**54**	**55**	**56**	**57**	**58**	**59**	**60**
Repasse mensal												
Desembolso total												