SOU MAIS

O meu projeto

Programa Nacional de Microcrédito

o Novo Negócio

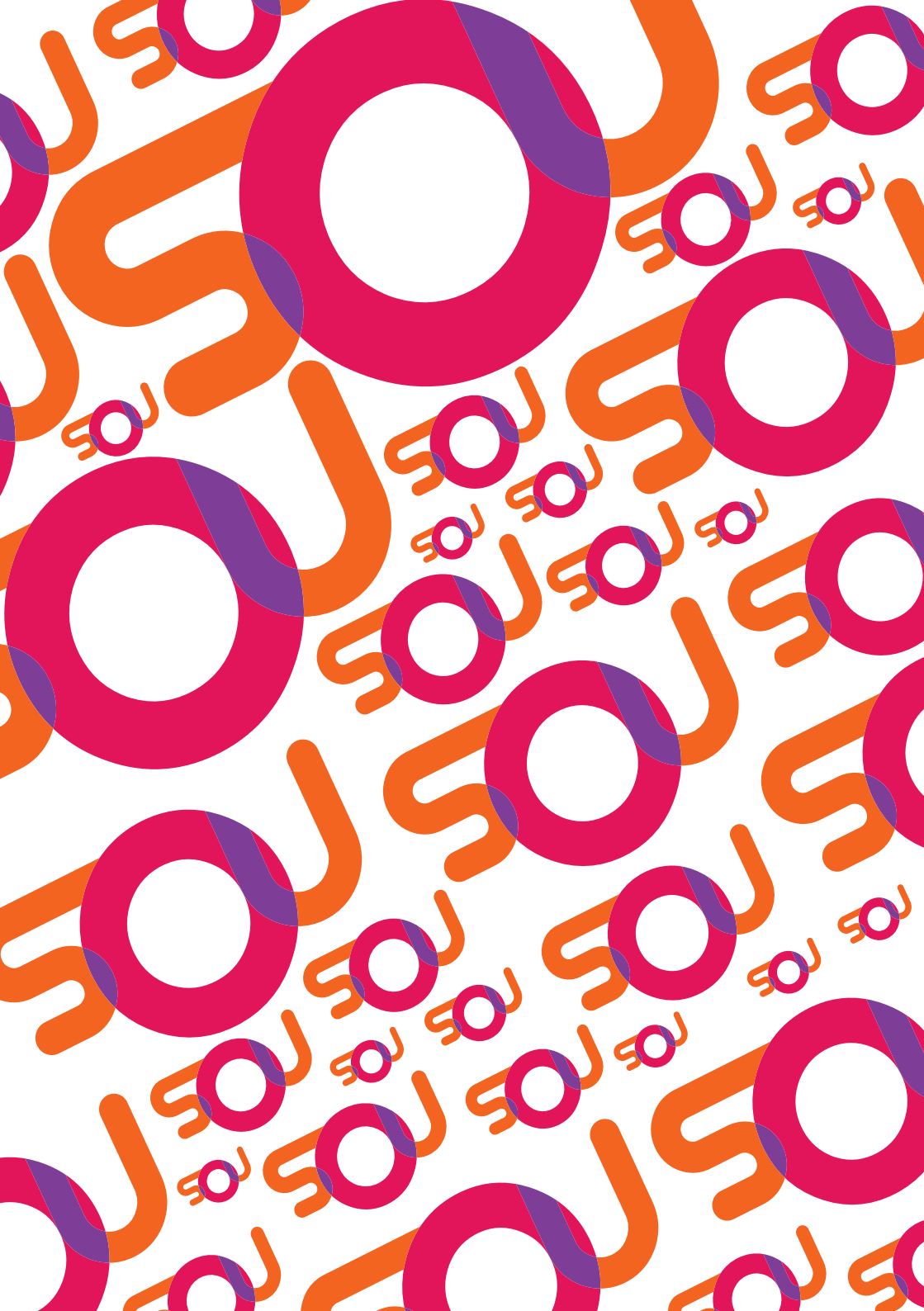
o Negócio Existente

Empreendedor/a

Código Postal | | | | | - | | | |

Assinatura Miguel Tomás P. Silva

(assinatura conforme cópia do documento de identificação a anexar)



Como se candidatar?

1º Preencha o seu Dossier de Negócio detalhadamente, assine e anexe fotocópia de um documento de identificação.

2º Em caso de dúvida no preenchimento, contacte o/a técnico/a de apoio local ou a linha verde 800 020 009.

O/a técnico/a de apoio local está disponível para lhe explicar detalhadamente o conteúdo das questões sobre as quais tem dúvidas e para o/a ajudar a completar o preenchimento deste caderno.

Ao responder a este formulário sobre o seu projeto e ao entregar o respetivo plano de negócio, está a iniciar um processo importante e decisivo na criação de condições para lhe prestarmos apoio técnico e financeiro na concretização do seu negócio.

Índice

06 Caraterização do negócio

07 Que produtos e serviços quer colocar no mercado?

08 Plano do negócio

09 Análise do setor de atividade

10 Análise FOFA

11 Estimativa de custos operacionais

12 Estimativa de vendas

13 Estimativa de resultados

14 Investimentos a fazer

15 Fontes de financiamento

16 Perfil do/a empreendedor/a

17 Perfil do/a empreendedor/a

Entidade promotora: X EMPREENDEDOR COOPERATIVA MICROENTIDADE

Caraterização do negócio

Empreendedor/a

NOME NIF | | | | | | | | | |

ENDEREÇO

CÓDIGO POSTAL | | | | | - | | | |

TELEFONE E-MAIL

Microentidade/Cooperativa (se existir)

NOME NIF | | | | | | | | | |

ENDEREÇO

CÓDIGO POSTAL | | | | | - | | | |

TELEFONE E-MAIL

Nº TRABALHADORES CAPITAL SOCIAL € VOLUME DE NEGÓCIOS ANO €

C.A.E. DATA DE CONSTITUIÇÃO / / (aaaa) (mm) (dd)

Projeto

TIPO DE PROJETO/ ATIVIDADE

VALOR DO INVESTIMENTO C.A.E.

DISTRITO* CONCELHO* FREGUESIA*

CÓDIGO POSTAL | | | | | - | | | |

Nº DE POSTOS DE TRABALHO A CRIAR A TEMPO INTEIRO A TEMPO PARCIAL

*(onde será realizado o investimento)

Que produtos e serviços quer colocar no mercado?

Produtos e Serviços

Sócios/Cooperadores/Associados atuais e futuros no negócio

NOME	NIF	CAPITAL
1	| | | | | | | | | |	%
2	| | | | | | | | | |	%
3	| | | | | | | | | |	%
4	| | | | | | | | | |	%
5	| | | | | | | | | |	%
6	| | | | | | | | | |	%
7	| | | | | | | | | |	%
8	| | | | | | | | | |	%
9	| | | | | | | | | |	%
10	| | | | | | | | | |	%

Plano do negócio

Explique-nos de uma forma abreviada qual a sua visão do negócio, como fará frente à concorrência e como cativará os seus clientes.

Visão do negócio/objetivos

O quê?

Como?

Onde?

Porquê?

Quais as principais diferenças perante a concorrência?

Porque é que os clientes o/a preferirão?

Análise do setor de atividade

Indique como poderá caraterizar a sua clientela,
quais os principais fornecedores e quais os principais concorrentes.

Principais Clientes / Segmentos de Clientes

a) NOME DO/A CLIENTE | SEGMENTO

Nº VENDAS/ANO

VALOR MÉDIO POR VENDA (€)

VALOR MÉDIO ANUAL (€/ANO)

PRAZO DE RECEBIMENTO (Nº DIAS)

b) NOME DO/A CLIENTE | SEGMENTO

Nº VENDAS/ANO

VALOR MÉDIO POR VENDA (€)

VALOR MÉDIO ANUAL (€/ANO)

PRAZO DE RECEBIMENTO (Nº DIAS)

c) NOME DO/A CLIENTE | SEGMENTO

Nº VENDAS/ANO

VALOR MÉDIO POR VENDA (€)

VALOR MÉDIO ANUAL (€/ANO)

PRAZO DE RECEBIMENTO (Nº DIAS)

Principais Fornecedores

a) NOME DO/A FORNECEDOR/A

PRODUTO/SERVIÇO FORNECIDO

Nº COMPRAS/ANO

VALOR MÉDIO DA COMPRA (€)

VALOR MÉDIO ANUAL (€/ANO)

PRAZO DE PAGAMENTO (Nº DIAS)

b) NOME DO/A FORNECEDOR/A

PRODUTO/SERVIÇO FORNECIDO

Nº COMPRAS/ANO

VALOR MÉDIO DA COMPRA (€)

VALOR MÉDIO ANUAL (€/ANO)

PRAZO DE PAGAMENTO (Nº DIAS)

c) NOME DO/A FORNECEDOR/A

PRODUTO/SERVIÇO FORNECIDO

Nº COMPRAS/ANO

VALOR MÉDIO DA COMPRA (€)

VALOR MÉDIO ANUAL (€/ANO)

PRAZO DE PAGAMENTO (Nº DIAS)

Principais Concorrentes

NOME DO/A CONCORRENTE

PRODUTO/SERVIÇO OFERECIDO

PONTOS FORTES (+) E FRACOS (-) DA CONCORRÊNCIA

Análise FOFA*

Preencha atentamente este quadro. Reflete a sua visão global das oportunidades e do risco do seu negócio e, quanto mais completo e realista estiver, melhor o/a prepara para o futuro.

Pontos Fortes

Quais os principais pontos fortes do seu negócio?

Pontos Fracos

Quais as principais fraquezas do seu negócio? Quais os pontos que mais receia?

Oportunidades

Quais as principais oportunidades?

Ameaças

Quais as principais preocupações para o seu negócio? Onde prevê maiores dificuldades?

* **F** (Pontos Fortes), **O** (Oportunidades), **F** (Pontos Fracos), **A** (Ameaças)

Estimativa de custos operacionais

Tente visualizar o seu negócio já a funcionar, de forma a ter em conta todos os encargos que vai suportar.

CUSTOS COM PESSOAL	MONTANTE MENSAL (€)	MONTANTE ANUAL (€)
SALÁRIOS		
ENCARGOS SOCIAIS		
TOTAL CUSTOS COM PESSOAL		
FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS (FSE)		
ALUGUERES		
MANUTENÇÃO		
ENCARGOS GERAIS		
Eletricidade		
Combustível		
Água		
SEGUROS		
COMUNICAÇÕES		
Telefone		
Internet		
Fax		
MATERIAL DE ESCRITÓRIO		
DESLOCAÇÕES/VIAGENS		
PUBLICIDADE		
OUTROS FSE		
TOTAL FSE		

Estimativa de vendas

Discrimine agora os produtos/serviços que vai comercializar.

VENDAS/P. SERVIÇOS	MONTANTE MENSAL (€)	MONTANTE ANUAL (€)
OUTRAS RECEITAS		
TOTAL DE PROVEITOS	20050	280600

Estimativa de resultados

Tendo em atenção a informação que já registou nas páginas anteriores, prepare a estimativa de resultados do seu negócio.
Considere o primeiro ano como os primeiros doze meses após o início da atividade.

Receitas e Custos	1º ANO	2º ANO	3º ANO
1. VENDAS/PRESTAÇÃO SERVIÇOS			
2. OUTRAS RECEITAS (ex.: serviços, subsídios)			
3. TOTAL DE RECEITAS (1+2)	280600		
4. CUSTO DE MERCADORIAS			
5. DISTRIBUIÇÃO (TRANSPORTE E OUTROS CUSTOS)			
6. OUTROS CUSTOS VARIÁVEIS (ex.: comissões de vendas)			
7. TOTAL DE CUSTOS VARIÁVEIS (4+5+6)			
8. MARGEM BRUTA (3-7)	140400		
9. CUSTOS COM PESSOAL			
10. FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS			
11. TOTAL CUSTOS OPERACIONAIS (9+10)			
12. AMORTIZAÇÕES E PROVISÕES			
13. IMPOSTOS E OUTROS ENCARGOS			
14. ENCARGOS FINANCEIROS (ex: juros)			
15. RESULTADO DE EXPLORAÇÃO (8-11-12-13-14)	46618	30668	68108

Investimentos a fazer

Quais os investimentos que considera necessários? Lembre-se que, no arranque de um negócio, só há lugar para o estritamente necessário. Lembre-se também que há sempre imprevistos e que tem de considerar que precisa de dinheiro para arrancar com o negócio, mesmo antes de obter qualquer recebimento (Tesouraria).

INVESTIMENTOS	DESCRIÇÃO	MONTANTE (€)
Terrenos e Recursos Naturais		
Edifícios e outras Construções		
Equipamento Básico		
Equipamento de Transporte		
Ferramentas e Utensílios		
Equipamento Administrativo		
Despesas de Instalação		
Despesas de Desenvolvimento		
Outros		
APOIO À TESOURARIA		
DIVERSOS (ex: imprevistos)		
INVESTIMENTO TOTAL		18766,90

Fontes de financiamento

Indique todas as fontes de financiamento a que pretende recorrer para o arranque do seu plano de negócios e concretização do seu projeto. Previamente a iniciar qualquer investimento, deverá garantir uma cobertura das suas necessidades financeiras em 100%.

FONTES FINANCIAMENTO	ENTIDADE	TIPO DE FINANCIAMENTO	QUANTIA (€)	% TOTAL FINANCIAMENTO
CONTRIBUIÇÃO PRÓPRIA				
SÓCIOS				
AMIGOS E FAMÍLIA				
SUBSÍDIOS				
EMPRÉSTIMOS				100%
TOTAL DE FINANCIAMENTO			18766,90	

Perfil do/a empreendedor/a

Dados Pessoais

NOME DATA NASCIMENTO / / (aaaa) (mm) (dd)

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (BI/CARTÃO CIDADÃO)

NACIONALIDADE PORTUGUESA | | OUTRA? QUAL?

TIPO DE AUTORIZAÇÃO

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

ESTADO CIVIL Nº DE PESSOAS DO AGREGADO FAMILIAR

Nº DE FILHOS IDADES

Experiência Profissional

ESTADO PROFISSIONAL ATUAL DESEMPREGADO/A + 1 ANO | X | DESEMPREGADO/A - 1 ANO | |

INSCRITO/A NO CENTRO DE EMPREGO DESDE / / (aaaa) (mm) (dd)

EMPREGADO/A TEMPO PARCIAL | | EMPREGADO/A TEMPO INTEIRO | |

GESTOR/A/COOPERADOR/A | | TRABALHADOR/A CONTA PRÓPRIA | |

REFORMADO/A | | INATIVO/A | |

OCUPAÇÃO MAIS RECENTE (Atual/Anterior)

SETOR TIPO DE ATIVIDADE C.A.E. | | | | |

Ocupação profissional (até à data)

a) EMPRESA | CARGO | PERMANÊNCIA (nº anos)

INÍCIO (aaaa/mm) | SETOR | CONTACTOS* (nome e telefone)

b) EMPRESA | CARGO | PERMANÊNCIA (nº anos)

INÍCIO (aaaa/mm) | SETOR | CONTACTOS* (nome e telefone)

c) EMPRESA | CARGO | PERMANÊNCIA (nº anos)

INÍCIO (aaaa/mm) | SETOR | CONTACTOS* (nome e telefone)

Experiência como Empreendedor/a

TEM EXPERIÊNCIA COMO EMPREENDEDOR/A SIM | | NÃO | X |

a) EXPERIÊNCIA | SETOR | DIMENSÃO (nº empreg.)

ANOS EXPERIÊNCIA | CONTACTOS* (nome e telefone)

b) EXPERIÊNCIA | SETOR | DIMENSÃO (nº empreg.)

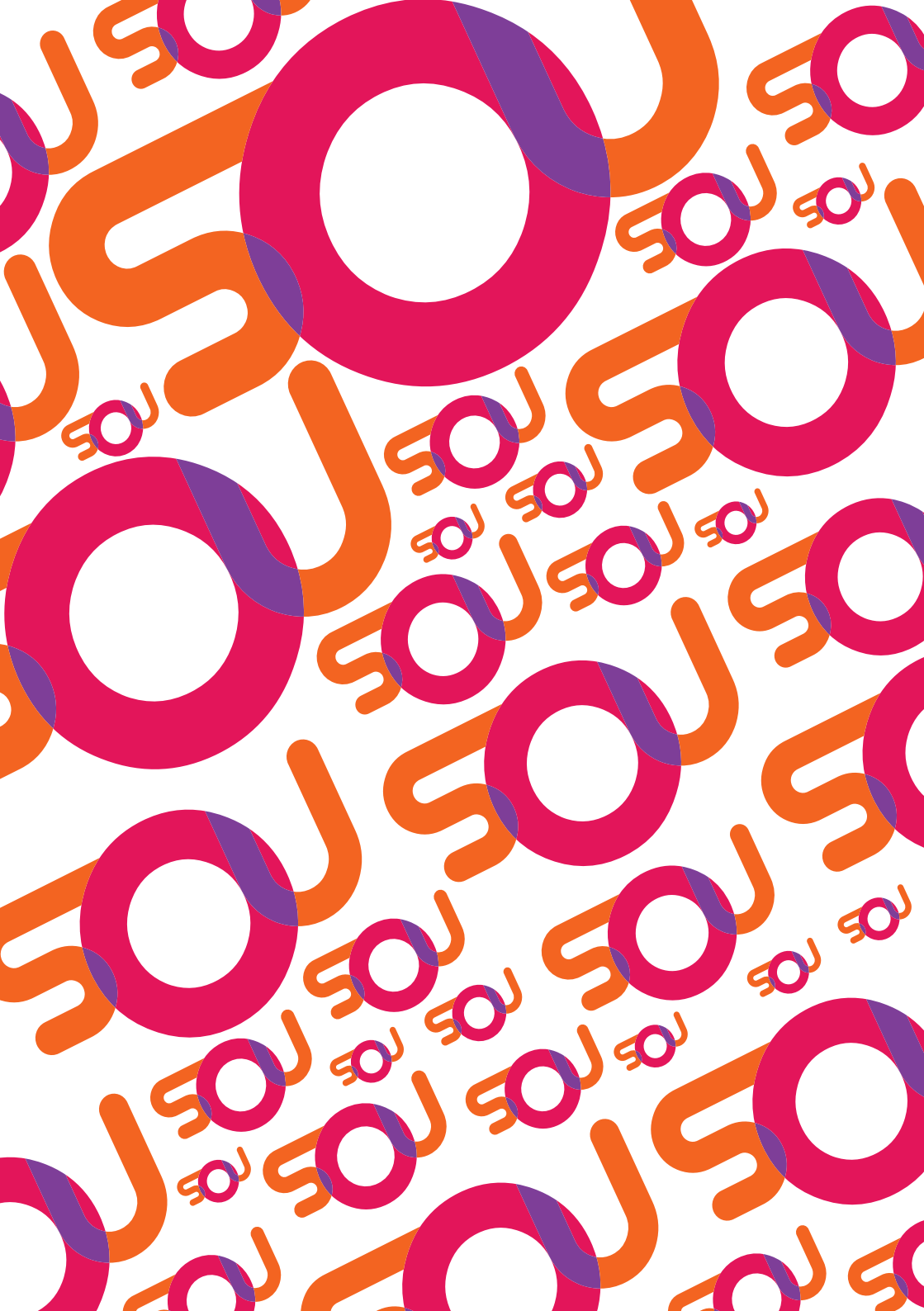
ANOS EXPERIÊNCIA | CONTACTOS* (nome e telefone)

c) EXPERIÊNCIA | SETOR | DIMENSÃO (nº empreg.)

ANOS EXPERIÊNCIA | CONTACTOS* (nome e telefone)

Este Dossier de Negócios foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Observações



SOU MAIS
AÇÃO AUTOEMPREGO

Linha Verde 800 020 009

CASES

www.cases.pt www.sou-mais.org microcredito@cases.pt

Rua Viriato nº 7, 1050-233 Lisboa