**P L A N O D E T R A B A L H O**

**- EXERCÍCIO DE 2025 -**

1. **DADOS INSTITUCIONAIS DO ÓRGÃO MANTENEDOR**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO**

**CNPJ**: 45.368.545/0001-93

**Responsável Legal:** OMAR NAGIB MOUSSA **Cargo:** Prefeito Municipal

**Endereço:** Rua Sete de Setembro, nº 398 – Centro

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP

**E-mail**: [gabinete@santarosa.sp.gov.br](mailto:gabinete@santarosa.sp.gov.br) **Telefone**: (16) 3954-8825

(Selecione a diretoria relacionada à Parceria e exclua as demais do plano de trabalho)

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE**

**Gestor da Parceria:** CAMILA MICHELE RAMOS FEDEL PASSONI

**Cargo**: Diretora do Departamento Municipal de Meio Ambiente

**Endereço:** Avenida José Dilhermano Ribeiro, n° 992 - Bosque Municipal

**E-mail**:[meioambiente@santarosa.sp.gov.br](mailto:meioambiente@santarosa.sp.gov.br)

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP **Telefone**: (16) 3954-8849

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

**Gestor da Parceria:** MARCOS ANTÔNIO FERRI

**Cargo:** Diretor do Departamento Municipal de Educação

**Endereço:** Rua Sete de Setembro, n° 885 - Centro

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP

**E-mail**: [diretoreducacao@santarosa.sp.gov.br](mailto:diretoreducacao@santarosa.sp.gov.br) **Telefone**: (16) 3954-8830

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

**Gestor da Parceria:** EMILIO JOSÉ COSTA

**Cargo**: Diretor do Departamento Municipal de Desenvolvimento Social

**Endereço:** Rua Francisco Feliciano, nº93 – Centro

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP

**E-mail:** [dirdsocial@santarosa.sp.gov.br](mailto:dirdsocial@santarosa.sp.gov.br) **Telefone:** (16)3954-8886

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Gestor da Parceria:** ANDRÉ SALOMÃO SALOMEN NADER

**Cargo**: Diretor do Departamento Municipal de Saúde

**Endereço:** Rua Francisco Feliciano, nº93 – Centro

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP

**E-mail:** [diretoriasaude@santarosa.sp.gov.br](mailto:diretoriasaude@santarosa.sp.gov.br) **Telefone:** (16)3954-8886

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

**Gestor da Parceria:** MARIA HELENA MUSSOLIN

**Cargo**: Chefe de Gabinete

**Endereço:** Rua Sete de Setembro, nº 398 – Centro

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP

**E-mail**: [chefedegabinete@santarosa.sp.gov.br](mailto:chefedegabinete@santarosa.sp.gov.br) **Telefone**: (16) 3954-8825

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE CULTURA, LAZER, ESPORTE E TURISMO**

**Gestor da Parceria:** JOSÉ PAULO ORLANDO

**Cargo**: Diretor Municipal de Cultura, Lazer, Esporte e Turismo

**Endereço:** Rua Sete de Setembro, nº 1000 – Centro

**CEP**: 14.270-000 – Santa Rosa de Viterbo/SP

**E-mail**: [turismo@santarosa.sp.gov.br](mailto:turismo@santarosa.sp.gov.br) **Telefone**: (16) 3954-8152

1. **HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

Descreva objetivamente, neste campo, os dados históricos da entidade que julgar pertinentes e relevantes, atrelando tais informações ao objetivo proposto à execução do projeto. **Evite o excesso de informações que não sejam relevantes ao projeto.**

1. **DADOS INSTITUCIONAIS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL** 
   1. **DADOS DA ORGANIZAÇÃO**

NOME DA ORGANIZAÇÃO:

CNPJ: 00.000.000/0000-00

DATA DE INSCRIÇÃO NO CNPJ:- XX/XX/XXXX

CNAE PRINCIPAL:

CNAE(S) SECUNDÁRIO(S):

ENDEREÇO:

CIDADE/UF: BAIRRO:

CEP: TELEFONES:

SITE: E-MAIL:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

2ª feira: 3ª feira: 4ª feira:

5ª feira: 6ª feira:

sábado: domingo:

* 1. **INFORMAÇÕES DA PRESIDÊNCIA**

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL:

CARGO: PRESIDENTE

PROFISSÃO:

VIGÊNCIA DO MANDATO: DE DD/M/AAAA À DD/M/AAAA

E-MAIL INSTITUCIONAL:

TELEFONE INSTITUCIONAL:

1. **ÁREA DE ATIVIDADE**

PREPONDERANTE:

( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação

( ) Cultura ( ) meio ambiente ( ) outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SECUNDÁRIA, quando houver: (pode assinalar mais de 1)

( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Educação

( ) Cultura ( ) meio ambiente ( ) outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

( ) Atendimento ( ) Assessoramento

( ) Defesa e garantia de direitos ( ) Outros(especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PÚBLICO ALVO**

(Indicar o público-alvo, especificando o público específico a ser atendido, faixa etária, gênero e demais itens pertinentes).

* 1. **IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

(Cidade e/ou Região em que o serviço está inserido e sua abrangência, em consonância com o pactuado com a diretoria celebrante).

* 1. **DESCRIÇÃO DA REALIDADE A SER TRANSFORMADA (Art. 22, Parágrafo I da Lei Federal 13.019/2014).**

(Diagnóstico: Descrever a realidade que será objeto da parceria, demonstrando o nexo entre essa realidade e as atividades e metas a serem atingidas).

1. **IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO** 
   1. **A Organização Social possui espaço físico/núcleo(s) de atendimento para a execução do Serviço?**

( ) SIM. ( ) NÃO. Justifique identificando se as metas estabelecidas são cumpridas em um único espaço de atendimento, ou se existem núcleos de atendimento.

* 1. **Núcleo 1 / Endereço: Locado ( ) Próprio ( ) Cedido ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição e quantificação dos ambientes disponíveis em cada núcleo, mencionando se o mesmo cumpre as exigências de acessibilidade. | Equipamento/móveis disponíveis para o desenvolvimento do serviço, identificando se é próprio ou cedido pela parceria. |
|  |  |

\*Indicar as instalações físicas, mobiliários disponíveis e materiais de consumo necessários.

1. **CONDIÇÕES E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS**
   1. **Condições de Acesso**

(Identificar o perfil do público alvo atendido pela parceria relacionando as condicionantes de acesso ao serviço ofertado (ex: usuários do SUS, CAD-Único, pacientes com relatório médico específico, encaminhados por diretorias, etc).

* 1. **Formas de Acesso**

(Identificar como esse público poderá ser atendido pelo projeto: presencialmente, por telefone, a domicilio, unicamente na unidade, etc).

1. **OBJETIVO GERAL**

(Descreva o que a Organização Social pretende alcançar ao seu final. Deve ser descrito de forma clara, sucinta e objetiva quais serão os objetivos que a entidade pretende executar para o Município).

1. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

(Estão relacionados ao Objetivo Geral e devem demonstrar sua contribuirão para a alteração global da situação enfrentada, através de ações que serão desenvolvidas junto ao público-alvo. Os objetivos devem responder as expressões: O que? Como? Onde? Para que? Ou Para Quem?).

1. **VALOR DA PROPOSTA:**

Em atendimento ao proposto pela Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Viterbo, oferecemos, para a execução do Termo de Colaboração/Fomento a ser celebrado, a importância de R$xxxx,xx (xxxxxxxxx), conforme previsão orçamentária convencionada com a diretoria celebrante da parceria.

1. **RECURSOS HUMANOS QUE ATUARÃO NO PROJETO**

(Relacione a equipe técnica principal e a de apoio, incluindo formação profissional, a função ou cargo e o número de horas semanais que cada profissional dedicará.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARGO** | **ESCOLARIDADE** | **C. HORÁRIA SEMANAL** | **REGIME DE CONTRATAÇÃO** | **ATRIBUIÇÕES** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **(...)** |  |  |  |  |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO**

Nome completo:

Formação: Número de registro profissional:

Telefone para contato: E-mail Coordenador:

* 1. **ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (METAS)**

(Inserir abaixo, em tópicos, quantas metas serão necessárias ao integral cumprimento do termo a ser firmado, relacionando abaixo cada uma delas detalhadamente).

* + 1. **Meta 1:** *(Art. 22, Parágrafo IV da Lei Federal 13.019/2014)*

**Nome da atividade:**

**Objetivo Geral:**

**Objetivo específico:**

**Abrangência:** (Quantas pessoas participarão/se beneficiarão desta atividade).

**Metodologia:** (Informar a maneira como serão desenvolvidas as atividades e materiais utilizados. Ex.: oficinas socioeducativas, cursos profissionalizantes, eventos de mobilização/conscientização, encontros, reuniões, atendimentos de especialidades, etc).

**Profissionais envolvidos:** (Exclusivos para o desenvolvimento desta atividade).

**Período de realização semanal:** (Dias da semana).

**Horário diário:**

**Quantas horas de atividades semanais:**

**Resultados esperados específicos desta atividade:**

**Quantitativos –**

**Qualitativos –**

* + 1. **Meta 2:**

**(...)**

* + 1. **Meta 3:**

**(...)**

1. **CRONOGRAMA/RESUMO DE ATIVIDADES POR METAS**

(Informe as atividades a serem desenvolvidas, observando as atividades descritas no item anterior).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atividades** | **Dias da Semana** | **Carga Horária** | **Meses** (assinale com um “x” os meses que a referida meta será desenvolvida) | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **Meta 1: xxxxx** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Meta 2: xxxxx** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Meta 3: xxxxx** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(...)** *descrever todas as metas a serem atingidas* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PLANILHA ORÇAMENTÁRIA: CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO** 
   * 1. **PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS** *(Art. 22, Parágrafo II da Lei Federal 13.019/2014)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RECURSO NO VALOR DE | | | | | | | | | | **R$ 40.000,00 (exemplo)** | | | | | | |
| **METAS QUANTITATIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **M E T A S** | **PLANO DE CONTAS** | **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** | **INDICADOR FÍSICO** | | **PERÍODO DE VIGÊNCIA:** de 01/01/2024 à 31/12/2024 | | | | | | | | | | | |
|
|
| **QTD** | **VALOR GLOBAL DO ITEM** | **PLANO DE APLICAÇÃO MENSAL DO RECURSO** | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| **1** | Código contábil que faz referência à despesa, conforme tabela AUDESP V | FOLHA DE PAGAMENTO | 12 MESES | R$ 15.000,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 | R$ 1.250,00 |
| (obs: o cumprimento de uma meta pode ter mais de uma conta a ser utilizada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Código contábil que faz referência à despesa, conforme tabela AUDESP V | DESPESA DE ENERGIA ELÉTRICA | 12 MESES | R$ 5.000,00 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 |
| (obs: o cumprimento de uma meta pode ter mais de uma conta a ser utilizada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Código contábil que faz referência à despesa, conforme tabela AUDESP V | MATERIAL DE LIMPEZA | 12 MESES | R$ 10.000,00 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 | R$ 833,33 |
| (obs: o cumprimento de uma meta pode ter mais de uma conta a ser utilizada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Código contábil que faz referência à despesa, conforme tabela AUDESP V | DESPESA COM COMBUSTIVEL |  | R$ 2.500,00 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 |
| (obs: o cumprimento de uma meta pode ter mais de uma conta a ser utilizada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Código contábil que faz referência à despesa, conforme tabela AUDESP V | DESPESA COM FISIOTERAPIA |  | R$ 5.000,00 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 | R$ 416,67 |
| (obs: o cumprimento de uma meta pode ter mais de uma conta a ser utilizada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Código contábil que faz referência à despesa, conforme tabela AUDESP V | DESPESA COM MEDICAMENTO |  | R$ 2.500,00 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 | R$ 208,33 |
| (obs: o cumprimento de uma meta pode ter mais de uma conta a ser utilizada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL** | | | | | R$ 3.334,33 | R$ 3.335,33 | R$ 3.336,33 | R$ 3.337,33 | R$ 3.338,33 | R$ 3.339,33 | R$ 3.340,33 | R$ 3.341,33 | R$ 3.342,33 | R$ 3.343,33 | R$ 3.344,33 | R$ 3.345,33 |
| **TOTAL GERAL** | | | | | **R$ 40.000,00 - *exemplo*** | | | | | | | | | | | |
| **(VALOR DO REPASSE)** | | | | | **R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) -** *exemplo* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **METAS QUALITATIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **METAS** | **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** | | **OBJETIVO A SER ALCANÇADO COM A ATIVIDADE  (NA JUSTIFICATIVA, PERGUNTAS COMO "O QUE, PORQUE, QUANDO, COMO, ONDE" DEVEM SER REPONDIDAS PARA JUSTIFICAR A RESPOSTA DE CADA ITEM)** | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | FOLHA DE PAGAMENTO | | PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA CONTRATADA COM RECURSOS DO REPASSE PARA MANUTENÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO, COM O INTUITO DE PROPORCIONAR UMA EQUIPE SÓLIDA PARA O ATENDIMENTO DAS DEMANDAS QUE ENVOLVEM O PUBLICO ALVO DA ORGANIZAÇÃO. | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | DESPESA DE ENERGIA ELÉTRICA | | PAGAMENTO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA, COM O OBJETIVO DE PROPORCIONAR A INFRA ESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DA PARCERIA (FUNCIONAMENTO DE EQUIPAMENTOS, ILUMINAÇÃO DO PRÉDIO, DENTRE OUTROS), GARANTINDO QUYE OS SERVIÇOS PRESTADOS SEJAM DE EXCELENCIA E, POR FIM, PROPORCIONANDO UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA QUE OS INTERNADOS SINTAM-SE EM CASA, NUM AMBIENTE ACOLHEDOR E AGRADÁVEL. | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | MATERIAL DE LIMPEZA | | PAGAMENTO DE ITENS DE HIGIENE E LIMPEZA PARA A MANUTENÇÃO DE TODO ESPAÇO, COM O OBJETIVO DE ALCANÇAR OS PADRÕES ADEQUADOS DE HIGIENE E LIMPEZA DE TODAS AS DEPENDENCIAS, COMO APARTAMENTOS, BANHEIROS, COZINHA, ÁREA EXTERNA DE CONVIVÊNCIA E ESCRITÓRIOS. | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | DESPESA COM COMBUSTIVEL | | PAGAMENTO DE DESPESAS DE COMBUSTÍVEL PARA ATENDIMENTO DOS IDOSOS E ASSUNTOS CORRELATOS, UTILIZANDO O(S) VEÍCULO(S) DA ENTIDADE, AOS QUAIS, UM VEÍCULO ONIX PLACA XXXX, UM VEÍCULO VAN PLACA XXX, CONFORME CONTROLE DE USO DE FROTA DISPONIVEL PARA CHECAGEM. | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | DESPESA COM FISIOTERAPIA | | PAGAMENTO DE FISIOTERAPEUTA PARA ATENDIMENTO DOS IDOSOS ABRIGADOS NAS DEPENDENCIAS DO ASILO, DEVOLVENDO-LHES MELHORES CONDIÇÕES FISICAS E GARANTINDO SUA LONGEVIDADE. | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | DESPESA COM MEDICAMENTO | | PAGAMENTO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS PARA CADA INTERNO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, GARANTINDO A CONTINUIDADE DO TRATAMENTO PARA CADA CASO, TENDO POR OBJETIVO A MELHORIA NO QUADRO CLINICO DOS IDOSOS ABRIGADOS PARA A SUA LONGEVIDADE. | | | | | | | | | | | | | |
| **7** |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **8** |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |

* 1. **ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **META 1: XXXXXX** | | | | | | |
| **MÊS** | **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** |
| **R$** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **META** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **META 2: XXXXXX** | | | | | | |
| **MÊS** | **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** |
| **R$** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **META** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **META 3: XXXXXX** | | | | | | |
| **MÊS** | **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** |
| **R$** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **META** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **META 4: XXXXXX** | | | | | | |
| **MÊS** | **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** |
| **R$** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **META** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**COMPLEMENTE OS QUADROS DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE METAS**

1. **INDICAÇÃO DA CONTA PARA RECEBIMENTO DOS RECURSOS PÚBLICOS**

Cientes de que esta entidade deve promover e manter, durante toda duração da parceria, a abertura de conta específica e exclusiva, isenta de tarifas bancária, observado o disposto no art. 51, da Lei Federal nº 13.019/2014, na modalidade com aplicação financeira, indicamos abaixo a conta para recebimento do recurso:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS:** | | | | | |
| **FONTE DO RECURSO** | **CÓDIGO DO BANCO:** | **NOME DO BANCO** | **CNPJ DA AGÊNCIA:** | **Nº DA AGÊNCIA:** | **CONTA CORRENTE:** |
| ( ) MUNICIPAL  ( ) FEDERAL  ( ) ESTADUAL | XXXX | XXXX | XXX | XXXX | XXXX |

1. **INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PRÓPRIO**

(Indicar os mecanismos de acompanhamento e avaliação do Serviço, informando como se dará o processo de avaliação continuada, com comparativos de metas Previstas x Realizadas e através de avaliações continuas de satisfação do usuário, reuniões periódicas com a diretoria celebrante da parceria, disponibilização de caixa de sugestões e reclamações, etc. e em qual periodicidade serão realizadas).

1. **DISPOSIÇÕES FINAIS:**

A Administração Pública fica também autorizada a utilizar e veicular, da melhor forma que lhe convier, todas as imagens, dados e resultados aferidos na presente Proposta de Plano de Trabalho.

Desta forma, submeto este Plano de Trabalho para aprovação da Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Viterbo/SP.

Local-UF, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cargo do Responsável Legal da OSC

RG:

Nome da OSC: