|  |
| --- |
| **1. DADOS CADASTRAIS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC** |
| Organização da Sociedade Civil | CNPJ |
| **XXXXXXXXXXX** | XX.XXX.XXX/XXXX-XX |
| Endereço (Logradouro e Complemento) | C.E.P. |
| XXXXXXXXXXXXX | XX.XXX-XXX |
| Bairro | Município | Telefone: |
| XXXXXXXXX | XXXXXX | (XX) X. XXXX - XXXX |
| Página na Internet | Endereço Eletrônico |
| XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXX |

|  |
| --- |
| **2. DADOS CADASTRAIS DO RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** |
| Nome |
| **XXXXXXXXXXX** |
| Cargo | Endereço Eletrônico | **Mandato** |
| XXXXXXXXXX | XXXXXXXXX | Início | XX/XX/XXX | Término | XX/XX/XXX |

|  |
| --- |
| Nome |
| **XXXXXXXXXXX** |
| Cargo | Endereço Eletrônico | **Mandato** |
| XXXXXXXXXX | XXXXXXXXX | Início | XX/XX/XXX | Término | XX/XX/XXX |

|  |
| --- |
| **3. Descrição do Plano de Trabalho** |
| Título do Projeto | Período de Execução |
| **Projeto XXXXXXXX** | **Início** | **Término** |
| XX/XX/XXXX | XX/XX/XXXX |
|  |
| **Identificação do Objeto** |
| (Descrever sobre o projeto a ser realizado, as ações voltadas à produção de atividades e finalidades de relevância pública e social, serão desenvolvidas pelo proponente para alcançar o objeto). |

|  |
| --- |
| **Justificativa da Proposição** |
| Em primeiro parágrafo, narrar a fundação da OSC. Depois descrever sobre a importância do projeto a ser realizado, que justificam a parceria, demonstrando os interesses recíprocos, as ações voltadas à produção de atividades e finalidades de relevância pública e social, serão desenvolvidas pelo proponente para alcançar o objeto, contextualizando os problemas a que se propõe resolver e/ou minimizar. Indicando como irá contribuir para a mudança da situação problema apresentada. Informar os beneficiários diretos e indiretos e grupos que serão beneficiados pela proposta.  |

|  |
| --- |
| **4. Metas a Serem Atingidas** (Descrever as Metas a Serem atingidas e de Atividades ou Projetos que serão Executados) |
|  |
| **4.1 -Metas Físico-Financeiras**(São as metas que envolvem dispêndio de recursos financeiros, quantificando as atividades que serão desenvolvidas) |
| (Exemplos)* Aquisição de 01 (uma) ambulância 0 km;
* Aquisição de 01 (um) veículo 0 km;
* Aquisição de medicamentos (citar a quantidade e o nome de cada medicamento);
* Aquisição de 01 (um) aparelho do Raio X;
 |
|  |
| **4.2 - Metas de Impacto Social**(São as metas que correspondem aos resultados gerados com as aquisições de bens ou serviços, qualificando o modo pelo qual a proposta será executada) |
| (Exemplos)* Oferecer transporte adequado e de qualidade aos pacientes que precisam ser deslocados para
* Oferecer transporte adequado para equipes de saúde da Secretaria Municipal de Saúde
* Suprimir a demanda do setor de farmácia da Secretaria Municipal de Saúde
* Ofertar e/ou Ampliar a realização de exames do setor de Raio X

**Obs**.: Aqui neste campo devem ser listadas **Metas** que sejam mensuráveis, que possam ser comprovadas, especialmente em atendimento ao artigo 16, da Lei Federal nº 4.320/1964. |
|  |
| **4.3 – Etapas e Fases**(São as atividades, ações/projetos que serão desenvolvidas para o atingimento das Metas, ou seja, o que será realizado para que as Metas sejam alcançadas) |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Declaração de Adimplência** |
| Na qualidade de representante legal da Organização da Sociedade Civil (OSC), denominada de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, DECLARO** para fins de prova junto ao Governo do Estado do Espírito Santo, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde - SESA**,** para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Estadual ou qualquer órgão ou entidades da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos financeiros oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Espírito Santo, na forma deste Plano de Trabalho.**Nome do Representante Legal da OSC**Cargo do Representante Legal |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **6. Aprovação pelo Concedente** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aprovado (Local e Data) |  |  | Concedente (Carimbo/Assinatura) |
| **Vitória/ES**, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Subsecretário de Estado da Saúde - SESA |