|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | |
| **Registro de Pessoa Jurídica** | | | |
| Cartório | | | Data de Fundação |
| XXXXXXXXXXXXX | | | XX/XX/XXXX |
| Nº Protocolo | Livro/Página | | Data de Constituição |
| XXXXXXXXX | XXXXXX | | XX/XX/XXXX |
| Cartório | | | Data da Última Alteração |
| XXXXXXXXXXXXX | | | XX/XX/XXXX |
| Nº Protocolo | Livro/Página | | Dados Bancários: |
| XXXXXXXXX | XXXXXX | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Outros Partícipes**  (Incluir os Dados de Identificação Quando Existirem Outros Parceiros para Execução deste Projeto) | | | |
| Nome | | | |
| **XXXXXXXXXXX** | | | |
| 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 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Descrição do Projeto** | | |
| Título do Projeto | **Período de Execução** | |
| Título do Projeto | Início | Término |
| XX/XX/XXXX | XX/XX/XXXX |
|  | | |
| **4.1 - Identificação do Objeto** | | |
| Descrever sobre o projeto a ser realizado. | | |

|  |
| --- |
| **4.2 - 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, 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. |

|  |
| --- |
| **5. Metas a Serem Atingidas**  (Descrever as Metas a Serem atingidas e de Atividades ou Projetos que serão Executados) |
|  |
| **5.1 -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; |
|  |
| **5.2 - 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. |
|  |
| **5.3 – Atividades/Projetos a Serem Executados/Metodologia** (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) |
| (Exemplos)   * Levantamento de preços dos itens pretendidos * Realização do procedimento licitatório * Homologação do procedimento licitatório * Formalização do contrato para aquisição dos itens pretendidos * Recebimento dos itens pretendidos |
| **5.4 - Parâmetros para Aferição de Metas**  (Refere-se aos meios que serão utilizados para medir/quantificar o atingimento das Metas) |
| (Exemplos)   * Comprovante de aquisição dos itens pretendidos (Nota fiscal) * Registro fotográfico dos itens pretendidos * Registro fotográfico da divulgação do projeto no site da entidade parceria (art. 11 da Lei 13.019) * Relatório Final de Execução do objeto com registro fotográfico; * Relatório Final de Execução financeira do objeto (se solicitado pelo fiscal da parceria). * Prestação de Contas Final |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Cronograma de Execução** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **6.1 - Metas Físico-Financeiras** | | | | | | |
| **Meta** | **Etapa/**  **Fase** | **Especificação** | **Indicador Físico** | | **Duração** | |
| Unidade | Quantidade | Início | Término |
| **1** | **Título do Projeto** | | | | | |
|  | 1.1 | Ambulância 0km | Un | 01 | XX/XX/XX | XX/XX/XX |
|  | 1.2 | Veículo 0km | Un | 01 | XX/XX/XX | XX/XX/XX |
|  | 1.3 | Medicamentos (nesse caso deve citar cada medicamento) | Un | 01 | XX/XX/XX | XX/XX/XX |
|  | 1.3 | Aparelho de Raio X | Un | 01 | XX/XX/XX | XX/XX/XX |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Plano de Aplicação** | | | | |
| **Natureza da Despesa** | | **Concedente**  **(R$)** | **Proponente (R$)** | **Total**  **(R$)** |
| Código | Especificação |
| 3.3.50.43 | Subvenções Sociais | XXX.XXX,XX | XXX.XXX,XX | XXX.XXX,XX |
| 4.4.50.42 | Auxílios | XXX.XXX,XX | XXX.XXX,XX | XXX.XXX,XX |
| **T o t a l G e r a l** | | | | **XXX.XXX,XX** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. Cronograma de Desembolso - Concedente** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **8.1 - Concedente** | | | | | | |
| **Meta** | **Janeiro/25** | **Fevereiro/25** | **Março/25** | **Abril/2025** | **Maio/2025** | **Junho/25** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| **Meta** | **Julho/25** | **Agosto/25** | **Setembro/25** | **Outubro/25** | **Novembro/25** | **Dezembro/25** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| **8.2 - Proponente** | | | | | | |
| **Meta** | **Janeiro/25** | **Fevereiro/25** | **Março/25** | **Abril/2025** | **Maio/2025** | **Junho/25** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| **Meta** | **Julho/25** | **Agosto/25** | **Setembro/25** | **Outubro/25** | **Novembro/25** | **Dezembro/25** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **9. 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 |

|  |
| --- |
| **10. Aprovação pelo Concedente** |
| Aprovado (Local e Data)  Vitória/ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Subsecretário de Estado da Saúde - SESA |