|  |
| --- |
| **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  |