**ANEXO I**

**MODELO DE PLANO DE TRABALHO**

|  |
| --- |
| **1. DADOS CADASTRAIS:** |
| NOME DA INSTITUIÇÃO:**INSTITUTO DE PROMOÇÃO EDUCACIONAL, DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRATAMENTO DE SAÚDE DE CAMPINAS DO SUL** |  CNPJ:**90 868 779 0001 54** |
| TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: | ( X )Sem Fins Lucrativos |
| ( )Cooperativa |
| ( )Religiosa |
|  |
| ENDEREÇO:**RUA VASCONCELOS – 1694**  |
| BAIRRO:**CENTRO** | CIDADE:CAMPINAS DO SUL | U.F.RS | CEP:99 6660 000 |
| E-MAIL **carlos.alberto.corbellini@gmail.com** | TELEFONE:**54 -99917-4108** |
| **CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA:****003.0001005-5** | **BANCO****CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**  | **AGÊNCIA****1712-4 CAMPINAS DO SUL** |
| NOME DO RESPONSÁVEL:**CARLOS ALBERTO CORBELLINI**   | CPF:307 839 170 15 |
| PERÍODO DE MANDATO:JUNHO/2019 A JUNHO/2022 | CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR: 3006610491 SJS-RS | CARGO:PRESIDENTE |
| ENDEREÇO:RUA VASCONCELOS 1025 CENTRO CAMPINAS DO SUL-RS | CEP:99 660 000 |

**2 - PROPOSTA DE TRABALHO:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO PROJETO:**SOS ASILO RECANTO DO VOVÔ** | PRAZO DE EXECUÇÃO |
| **INÍCIO****AGOSTO/ 2020** | **TÉRMINO****MARÇO/2021** |
| PÚBLICO ALVO:**IDOSOS RESIDENTES NO ASILO RECANTO DO VOVÔ** |
| OBJETO DE PARCERIA:**AUXILIO PARA CUSTEIO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO ASILO RECANTO DO VOVÔ**. |
|  O VALOR SERÁ DESTINADO EXCLUSIVAMENTE PARA PAGAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO ASILO RECANTO DO VOVÔ, DEVIDO A GRANDE DIFICULDADE FINANCEIRA POR QUE PASSA A ENTIDADE. OS VALORES PRÓPRIOS QUE SERIAM DESTINADOS PARA A FOLHA DE PAGAMENTO, SERÃO CANALIZADOS PARA OUTROS FINS COMO AQUISIÇÃO DE VESTUÁRIOS, CAMA, MESA E BANHO, ENTRE OUTROS, PROPORCIONANDO UMA VIDA MAIS DIGNA AOS NOSSOS INTERNOS. SALIENTA-SE QUE COM A ESTAÇÃO DE FRIO EM NOSSA REGIÃO, BEM COMO DA PANDEMIA DO CORAVÍRUS ESTAMOS INVESTINDO FORTEMENTE NA PROTEÇÃO DE NOSSOS INTERNOS, GERANDO POR CONSEQUÊNCIA MAIORES DESPESAS ONERANDO AINDA MAIS A ENTIDADE QUE MANTEM O ASILO E QUE SE RESSENTE DE RECURSOS PARA CUMPRIR COM SUAS OBRIGAÇÕES. PORÉM, NÃO É O MOMENTO PARA ESMORECERMOS, SENDO QUE TEMOS UM ÚNICO OBJETIVO, QUAL SEJA, O BEM ESTAR DE NOSSOS INTERNOS PROPORCIONADO-LHES UMA VIDA DIGNA DA QUAL SÃO MERECEDORES.  |
| **JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:**DAR CONDIÇÕES PARA QUE A ENTIDADE´POSSA SUPORTAR OS CUSTOS DO ABRIGAMENTO DOS IDOSOS.  |
|  |

|  |
| --- |
| **3 - OBJETIVOS:** |
| 3.1 - GERAISMANTER COM DIGNIDADE O ATENDIMENTO DA CASA DE ABRIGO  |
| 3.2 – ESPECÍFICOS PAGAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO ASILO RECANTO DO VOVÔ. |

|  |
| --- |
| **4 - METODOLOGIA:** |
| 4.1 – FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS E DE CUMPRIMENTO DAS METASO RECURSO SERÁ UTILIZADO MENSALMENTE PARA PAGAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO DA ENTIDADE. |

|  |
| --- |
| **5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:** |
| 5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS E DE ATIVIDADES OU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS:PAGAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO RECANTO DO VOVÔ.  |
| 5.2 - RESULTADOS ESPERADOS: PAGAR EM DIA NOSSOS COLABORADORES PARA PRESTAR UM BOM SERVIÇO E PROPORCIONAR UMA VIDA MAIS DIGNA AOS NOSSOS IDOSOS. |
| 5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS - PRESTAÇÃO DE CONTAS  |
| **6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)** |
| **META** | **ETAPA/FASE** | **ESPECIFICAÇÃO** | **INDICADOR FÍSICO** | **DURAÇÃO** |
|  |  |  | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** | **INÍCIO** | **TÉRMINO** |
| **01** | **01** | **Liberação de recursos do fundo** | **Unid.** | **01** | **AGOSTO/2020**  | **MARÇO/2020** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7 - PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA (R$1,00)** |
| **RECEITA** | **TOTAL** | **VALOR MENSAL** | **VALOR ANUAL** |
| PROPONENTE |  |  |  |
| CONCEDENTE |  **32.062,77** | **32.062,77**  | **32.062,77**  |
| **TOTAL GERAL** | **32.062,77**  | **32.062,77**  | **32.062,77**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DESPESA** | **TOTAL** | **VALOR MENSAL** | **VALOR ANUAL** |
| PROPONENTE |  |  |  |
| CONCEDENTE | **32.062,77**  | **32.062,77**  | **32.062,77**  |
| **TOTAL GERAL** | **32.062,77**  | **32.062,77**  | **32.062,77**  |

|  |
| --- |
| **8 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R$ 1,00)** |
| **8.1 - CONCEDENTE** |
| META | 1º MÊS  | 2º MÊS | 3º MÊS | 4º MÊS | 5º MÊS | 6º MÊS |
|  | **4.025,84** | **4.025,84** | **4.025,84** | **4.025,84** | **4.025,84** | **4.025,84** |
| META | 7º MÊS**4.025,84** | 8º MÊS**3.881,89** | 9º MÊS | 10º MÊS | 11º MÊS | 12º MÊS |
| **8.2 - PROPONENTE - ORGANIZAÇÃO PARCEIRA ( CONTRAPARTIDA)** |
| META | 1º MÊS | 2º MÊS | 3º MÊS | 4º MÊS | 5º MÊS | 6º MÊS |
|  |  |  |  |  |  |  |
| META | 7º MÊS | 8º MÊS | 9º MÊS | 10º MÊS | 11º MÊS | 12º MÊS |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **9 - DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS** |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **VALOR**  |
|  | Material de Consumo, higiene, limpeza |  |
| Taxas de luz |  |
| Aquisição de alimentos |  |
| **Folha de pagamento**  |  **R$ 32.062,77** |
| Medicamentos |  |
| **TOTAL** | **R$ 32.062,77** |

|  |
| --- |
| **10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS** |
| A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 90 dias a partir do término da vigência da parceria.A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada 30 dias após o final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano;Após a apresentação da prestação de contas no prazo de até 90 dias, constatada irregularidade ou omissão, será concedido prazo de até 45 dias, prorrogáveis por igual período, para a entidade sanar irregularidades ou cumprir a obrigação, sem prejuízo das demais medidas administrativas. |

|  |
| --- |
| **11 - DECLARAÇÃO** |
| Na qualidade de representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, declaro, para fins de comprovação junto ao MUNICÍPIO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexiste qualquer débito ou situação de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho. Termo em que,Pede deferimento. Campinas do Sul-RS, 03 DE AGOSTO DE 2020INSTITUTO DE PROMOÇÃO EDUCACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRATAMENTO DE SAÚDE DE CAMPINAS DO SUL – IPEASCarlos Alberto Corbellini – Presidente  |

|  |
| --- |
| **12 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA****12.1 – Secretário(a) de Município requisitante:****( ) Aprovado ( ) Reprovado****Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****12.2****12.2 A– Comissão de Seleção:****( ) Aprovado ( ) Reprovado****Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****12.2B – Conselho Municipal (No caso de haver repasse oriundo de Fundo Municipal, EX: COMDICA, Conselho do Idoso, etc)****( ) Aprovado ( ) Reprovado****Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****12.3 – Gestor da Parceria (Fiscal da Parceria)****( ) Aprovado ( ) Reprovado****Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****12.4 – Chefe do Poder Executivo:****( ) Aprovado ( ) Reprovado****Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**OBSERVAÇÃO 1: A PRESENTE MINUTA DE PLANO DE TRABALHO CONTÉM AS INFORMAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS NA LEI FEDERAL 13019/2014 E NO DECRETO MUNICIPAL Nº.725/2018, PODENDO A ADMINISTRAÇÃO E/OU AS ENTIDADES ACRESCEREM OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES À PARCERIA;**

**OBSERVAÇÃO 2: CASO A ADMINISTRAÇÃO, POR MEIO DE SUAS SECRETARIAS, ELABORE PLANO DE TRABALHO COM VISTAS À FIRMATURA DE TERMO DE COLABORAÇÃO, PODERÁ UTILIZAR DESTA MESMA MINUTA, DEVENDO, PORÉM, PROCEDER NAS ALTERAÇÕES PERTINENTES.**