**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS CADASTRAIS:** | | | | | |
| NOME DA INSTITUIÇÃO: **INSTITUTO DE PROMOÇÃO EDUCACIONAL, DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRATAMENTO DE SAÚDE DE CAMPINAS DO SUL - IPEAS** | | | 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:  **99.660-000** |
| E-MAIL | TELEFONE:  **54 - 3613 - 3013** | | | | |
| **CONTA BANCÁRIA**  **ESPECÍFICA:**  **003.0001005-5** | BANCO:  **104** | | | AGÊNCIA:  **1712** | |
| NOME DO RESPONSÁVEL:  **Carlos Alberto Corbellini** | | | | CPF:  **307.839.170-15** | |
| PERÍODO DE MANDATO:  Junho de 2019 a Junho de 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  **Julho de 2021** | TÉRMINO  **Dezembro de 2021** |
| PÚBLICO ALVO:  **Idosos que se encontram abrigados (10)** | | |
| OBJETO DE PARCERIA:  **Concessão de auxílio para manutenção da casa de abrigamento Asilo Recanto do Vovô, mediante pagamento da Folha de Pagamento** | | |
| DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA (DEVENDO SER DEMONSTRADO O NEXO ENTRE ESSA REALIDADE E AS ATIVIDADES OU PROJETOS E METAS A SEREM ATINGIDAS)  **A municipalidade não conta com casa de abrigamento, nem possui condições financeiras para construir abrigo, nem mantê-lo. Assim, e como existe no Município uma entidade sem fins lucrativos que já mantém** **casa de abrigamento para idosos abandonados e/ou desassistidos, cujo serviço é reconhecido por toda a população, aliado ao fato de que o local proporciona dignidade aos idosos, contando com toda a infraestrutura necessária, com registro na Sec. Mun. de Assistência Social, justifica-se a celebração da parceria. De outro norte, é do conhecimento público que a entidade tem enfrentado dificuldades financeiras para manter a casa de abrigamento, ainda mais em tempo de pandemia, motivo pelo qual através de campanha de antecipação de imposto de renda conseguiu que fossem depositados recursos para serem gastos com folha de pagamentos dos colaboradores que prestam serviços na casa de abrigamento.** | | |
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:  **Justifica-se a celebração da parceria, eis que é do conhecimento público que a entidade tem enfrentado dificuldades financeiras para manter a casa de abrigamento, sendo que realiza campanhas para receber doações, tendo inclusive efetuado campanha no exercício de 2020 visando o recolhimento antecipado de Imposto de Renda de pessoas físicas no Município. Assim, e como a municipalidade necessita do atendimento à pessoas idosas, e como já existe casa de abrigamento em funcionamento no Município impõe-se liberar referido recurso que se encontra depositado no fundo do idoso ao IPEAS, que é mantenedora do Asilo Recanto do Vovô, única casa de abrigamento em nosso Município.** | | |

|  |
| --- |
| **3 - OBJETIVOS:** |
| 3.1 - GERAIS  **Desenvolver ações de promoção de Assistência Social as pessoas idosas abandonadas e/ou desassistidas, melhorando a sua qualidade de vida, com apoio de profissionais especializados, atendendo o que preconiza a Lei 10.741/2003.** |
| 3.2 - ESPECÍFICOS  **Manter a casa de abrigamento Asilo Recanto do Vovô em funcionamento efetuando o pagamento da folha de seus colaboradores.** |

|  |
| --- |
| **4 - METODOLOGIA:** |
| 4.1 – FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS E DE CUMPRIMENTO DAS METAS  **Os recursos liberados deverão ser utilizados exclusivamente para o pagamento da folha de pagamento dos colaboradores** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:** | | | | | | | |
| 5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS E DE ATIVIDADES OU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS:  **Efetuar o pagamento de folhas de pagamento dos colaboradores** | | | | | | | |
| 5.2 - RESULTADOS ESPERADOS:  **Auxiliar a entidade mantenedora para fazer frente as suas despesas com pessoal para atendimento dos idosos abrigados** | | | | | | | |
| 5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS  **Visitas técnicas dos profissionais da Sec. Mun. de Assistência Social e prestação de contas demonstrando o efetivo pagamento dos colaboradores através de documentos fiscais (folhas de pagamento)** | | | | | | | |
| **6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)** | | | | | | | |
| **META** | **ETAPA/FASE** | **ESPECIFICAÇÃO** | **INDICADOR FÍSICO** | | **DURAÇÃO** | | |
|  |  |  | **UNID** | **QUANT.** | | **INÍCIO** | **TÉRMINO** | |
| **0l** | **0l** | **Auxílio para custeio do Asilo Recanto do Vovô - Material de Consumo** | **unid** | **0l** | | **Julho de 2021** | **Dezembro de 2021** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7 - PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA (R$1,00)** | | | |
| **RECEITA** | **TOTAL** | **VALOR MENSAL** | **VALOR ANUAL** |
| CONCEDENTE | **R$ 25.005,00** | **R$ 25.005,00** | **R$ 25.005,00** |
| **TOTAL GERAL** |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| **DESPESA** | **TOTAL** | **VALOR MENSAL** | **VALOR ANUAL** |
| CONCEDENTE | **R$ 25.005,00** | **R$ 25.005,00** | **R$ 25.005,00** |
| **TOTAL GERAL** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R$ 1,00)** | | | | | | | | |
| **8.1 - CONCEDENTE** | | | | | | | | |
| META | 1º MÊS | | 2º MÊS | 3º MÊS | 4º MÊS | | 5º MÊS | 6º MÊS |
| 01 | R$ 25.005,00 | |  |  |  | |  |  |
| **8.2 - PROPONENTE - ORGANIZAÇÃO PARCEIRA ( CONTRAPARTIDA)** | | | | | | | | |
| META | | 1º MÊS | | | | 2º MÊS | | |
| **01** | | **O proponente oferecerá os serviços administrativos como contrapartida no presente projeto** | | | | **O proponente oferecerá os serviços administrativos como contrapartida no presente projeto** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9 - DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS** | | | | |
| **ESPECIFICAÇÃO** | | | **VALOR** | |
|  | Folha de Pagamento | | | R$ 25.005,00 |
| **TOTAL** | | **R$ 25.005,00** | | |

|  |
| --- |
| **10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS** |
| A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 90 dias a partir do término da vigência da parceria.  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 do Inst. de Prom. Educacional de Assistência Social e Tratamento de Saúde de Campinas do Sul - IPEAS, 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.  Nestes Termos,  Pede deferimento.  Campinas do Sul, 28 de junho de 2021  **Inst. de Prom. Educ, de Assist. Social e Trat. de Saúde de Campinas do Sul - IPEAS** |

|  |
| --- |
| **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |