# TÍTULO

# - IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE ESTADUAL PARCEIRO - OEEP

## Razão social: Endereço:

## CNPJ:

**Bairro:**

## Cidade: UF: CEP:

**Telefone/FAX: E-mail Institucional:**

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

**Nome completo:**

## CPF:

## CI/Órgao Exp.:

## Cargo:

**Endereço residencial:**

**Bairro:**

## Cidade:

**UF:**

## CEP:

## Telefone pessoal:

## E-mail Pessoal:

**INFORMAÇÃO DE ENDEREÇO NÃO DISPONÍVEL EM DOCUMENTOS GERADOS PELO SISTEMA, EM ATENDIMENTO À LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018)**

# - IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC DADOS DA OSC

## Razão social:

## CNPJ:

## Endereço:

## Bairro:

## Cidade:

**UF:**

## CEP:

## Telefone/ FAX:

## E-mail institucional:

**Data de criação da OSC:**

# DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

## Nome completo:

## CPF:

## CI/Órgao Exp.:

## Cargo:

## Data de Vencimento do Mandato:

## Endereço residencial:

## Bairro:

## Cidade:

**UF:**

## CEP:

## Telefone pessoal:

## E-mail pessoal:

**INFORMAÇÃO DE ENDEREÇO NÃO DISPONÍVEL EM DOCUMENTOS GERADOS PELO SISTEMA, EM ATENDIMENTO À LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018)**

# - ATUAÇÃO EM REDE

**Atuação em Rede:**

# - IDENTIFICAÇÃO DO INTERVENIENTE

1. **- INFORMAÇÕES GERAIS**

## - Chamamento Público:

* 1. **- Objeto do Termo de Fomento: \***

## - Justificativa Fundamentada do Termo de Fomento: \*

# - INFORMAÇÕES DE REPASSE DE RECURSOS

## - Repasse de Natureza Especial?

* + 1. **- Natureza Especial:**

## - Fundamentação legal para a natureza especial do repasse:

* + 1. **- Origem dos recursos:**

**3 - Parlamentar(es):**

## 3 - TIPO DE ATENDIMENTO 3.1 - VALOR

**Gênero Categoria Especificação OEEP Emenda Interveniente Contrapartida**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **- Conta específica:**
	1. **- Banco:**
 | **4.2 - Agência bancária:** | **4.3 - Conta bancária:** | **4.4 - Praça bancária:** |
|  |  |  |  |

## 4.5 - Justificativa de escolha de praça bancária diferente do município sede da OSC parceira (se for o caso):

# - INFORMAÇÕES DE EXECUÇÃO

## - População beneficiada diretamente

* 1. **- Descrição:**
	2. **- Quantidade:**

**6 - Proposta de vigência (dias corridos):**

# - ENDEREÇOS

## - Endereço da obra ou local do evento, de prestação do serviço ou de entrega ou instalação do bem (dependendo do objeto):

**Rua/Avenida/ Rodovia/Beco/Travessa:**

## Número/KM:

**Bairro/Distrito:**

## CEP

**Município: Referência:**

# - RESPONSÁVEIS PELO PRENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES DO TERMO DE FORMENTO

## - Equipe de Contato da OSC parceira:

**8** - **FUNÇÃO:**

## NOME

**REGISTRO PROFISSIONAL**

## TELEFONE E-MAIL

**8** - **FUNÇÃO:**

## NOME

**REGISTRO PROFISSIONAL**

## TELEFONE E-MAIL

1. - **FUNÇÃO:**

## NOME

**REGISTRO PROFISSIONAL**

## TELEFONE E-MAIL

## - Obrigações do interveniente (se houver):

1. **- Parâmetros de aferição, indicadores, documentos e outros meios a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas:**

# X- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

##  1. ESPECIFICAÇÃO DA META:

## ETAPA(S)

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1.1 -  | **(Dias Corridos)** |
| 1.1.2 -  |  |
| 1.1.3 -  |  |
| 1.1.4 -  |  |
| 1.1.5 -  |  |

**Duração**

# X- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

## Forma de execução das atividades ou projetos e de cumprimento das metas atreladas:

# - PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS

## 1 - DEMONSTRATIVO DE RECURSO

ITEM

DESCRIÇÃO

TIPO DESPESA

UNID. DE MEDIDA

QUANT. VL. UNITÁRIO

VL. TOTAL

ETAPAS VINCULADAS

EQUIPE DE TRABALHO

PGTO EM ESPÉCIE

**TOTAL:**

1. **- VALOR TOTAL DA PROPOSTA/CONTRAPARTIDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **VALOR** | **%TOTAL** |
| **Órgão ou Entidade Estadual Parceiro** |  |  |
| **Parlamentar/Demanda** |  |  |
| **Interveniente** |  |  |
| **Contrapartida** |  |  |
| **Outras fontes** |  | - |
| **TOTAL** |  |  |

# - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS RECURSOS

**ÓRGÃO OU ENTIDADE ESTADUAL PARCEIRO:** SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

## Ano

**Mês**

## Valor

# XIV - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do Convenente/OSC Parceira, declaro, para fins de prova junto ao Concedente/Órgão ou Entidade Estadual Parceiro, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Estado de Minas Gerais que impeça a transferência de recursos de doações consignadas no orçamento estadual.

 / /

Local

Data

Assinatura do Representante Legal da OSC Parceira

Nome Legível do Responsável Legal da OSC Parceira e Nº do Documento de Identificação ou Carimbo

# XVI - CONFERÊNCIA E APROVAÇÃO

**O Plano de Trabalho está de acordo com a Lei Federal nº 13.019/2014, com o Decreto nº 47.132/2017 e com a Resolução Conjunta SEGOV-AGE nº 007/2017, podendo ser aprovado. Destacam-se as análises técnica(s) e jurídicas pelos setores competentes.**

# Responsável pela conferência do Plano de Trabalho

**Carimbo de Identificação**

#  / / Data

**Aprovo o presente Plano de Trabalho e autorizo a celebração da parceria.**

Responsável Legal do Órgão ou Entidade Estadual Parceiro

Nome Legível do Responsável Legal do Orgão ou Entidade Estadual Parceiro e Nº do Documento de Identificação ou Carimbo

#  / / Data