**MODELO A**

*(esse modelo será preenchido diretamente no sistema SEI)*

OFÍCIO OSC Nº........

À Secretária Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos

Sra. Eliane Jocelaine Pereira

(*organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*) por seu representante(s) legal(is) *(nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), CPF nº (*número do CPF*), em atendimento ao Edital de Chamamento nº 09/2019, vem apresentar proposta para a celebração de parcerias em regime de mútua cooperação para execução de Serviços Socioassistenciais Complementares, no Município de Campinas, no período de 1º de abril de 2020 a 31 de março de 2021, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS, conforme abaixo relacionado:

- (Nome do serviço que pretende executar)

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO B**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DECLARAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES DA OSC

Eu, (*nome completo do representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), DECLARO, sob as penas da lei, e para fins do Edital de Chamamento nº 09/2019, para a execução dos Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS, que a organização da sociedade civil possui instalações e condições materiais necessárias para o desenvolvimento das atividades previstas na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO C**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DECLARAÇÃO DE NÃO INCIDÊNCIA NAS VEDAÇÕES DO ART. 39 DA LEI FEDERAL Nº 13.019/2014

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), DECLARO, sob as penas da lei, e para fins do Edital de Chamamento nº 09/2019, para a execução dos Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS, que a OSC não incide nas vedações do art. 39 da Lei Federal nº 13.019/2014:

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO D**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DECLARAÇÃO DE CONTA BANCÁRIA EXCLUSIVA

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), informo que os repasses das verbas públicas referentes ao Termo de Colaboração decorrente do Edital de Chamamento nº 09/2019, para a execução dos Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, deverão ser depositados na conta bancária abaixo identificada:

Nome do Banco (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta Corrente nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro ainda ter ciência que toda e qualquer movimentação bancária deve ocorrer única e exclusivamente na conta bancária acima mencionada, sob pena de devolução dos recursos financeiros.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO E**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DO PDC

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), me responsabilizo civil e criminalmente pelo conteúdo e registro das informações prestadas no Sistema Informatizado de Prestação de Contas - PDC, através do usuário, *login* e senha a mim concedidos, bem como pela veracidade dos documentos apresentados nas despesas realizadas com recursos públicos.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO F**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DECLARAÇÃO DE NÃO INCIDÊNCIA NAS VEDAÇÕES DO ART. 2º DO DECRETO MUNICIPAL Nº 16.215/2008

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), DECLARO, sob as penas da lei, e para fins do Edital de Chamamento nº 09/2019, para a execução dos Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS, a inexistência de dirigentes que sejam membros dos Poderes Executivo Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Tribunal de Contas, nem tampouco servidores públicos vinculados ao Município de Campinas, nos termos do artigo 2º, incisos I e II, alíneas "a" e "b", do Decreto Municipal nº 16.215/2008.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO G**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS NORMATIVAS DO TCE-SP

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), DECLARO, sob as penas da lei, e para fins do Edital de Chamamento nº 09/2019, para a execução dos Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS:

1) que não haverá contratação ou remuneração a qualquer título, pela OSC, com os recursos repassados, de servidor ou empregado público, nos termos do artigo 168, inciso XIX, da Instrução nº 02/2018 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, com nova redação dada pela Resolução nº 03/2017.

2) que a organização da sociedade civil cumprirá os dispositivos da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, relativos ao direito de acesso à informação, em atenção ao disposto no artigo 190 da Instrução nº 02/2018 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO H**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DECLARAÇÃO DE CONTRAPARTIDA EM BENS

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), DECLARO, sob as penas da lei, e para fins do Edital de Chamamento nº 09/2019, para a execução do Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS, que a organização da sociedade civil (*nome da organização da sociedade civil*) dispõe de contrapartida,

a) na forma de bens economicamente mensuráveis, no valor total de R$ \_\_\_\_\_ (*valor por extenso*), conforme identificados abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identificação do bem | Quantidade | Valor econômico | Outras informações relevantes |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Valor total da contrapartida em bens: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

E / OU

b) na forma de disponibilidade do valor R$ \_\_\_\_\_ (*valor por extenso*), conforme documentos comprobatórios em anexo (*extrato bancário, carta de crédito etc*), suficiente para a aquisição dos (*demais*) itens de implantação constantes no Termo de Referência (Anexo I).

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)

**MODELO I**

*(em papel timbrado da organização da sociedade civil)*

DESCRIÇÃO DE APLICAÇÃO DA VERBA DE IMPLANTAÇÃO

Eu, (*nome completo do(s) representante(s) legal(is) da organização da sociedade civil*), abaixo assinado, brasileiro(a), portador(a) do RG nº (*número do RG*) e do CPF nº (*número do CPF*), na qualidade de representante(s) legal(is) do(a) (*nome da organização da sociedade civil*), inscrita no CNPJ sob nº (*número do CNPJ*), SOLICITO prazo de até 30 (trinta) dias para realização de atividades de implantação do Serviços Socioassistenciais Complementares no Município de Campinas, nos termos do art. 9º do Edital de Chamamento nº 09/2019, e informo que o referido prazo será utilizado para a realização das seguintes atividades e despesas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atividade | Despesa | Item de despesa | Qtdd | Valor (R$) | Outras informações relevantes |
| Seleção, contratação e treinamento da equipe  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Viabilização do espaço físico e demais condições materiais |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Outras atividades correlatas (*descrever, se for o caso*) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Valor total de implantação (em parcela única) |  | R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*assinatura do(s) representante(s) legal(is)*)