**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 Ofício SMASDH nº \_\_\_/2019, vem apresentar documentação para a celebração de parcerias em regime de mútua cooperação para execução do Serviço Complementar para Atendimento à Pessoa com Deficiência, 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 \_\_\_\_\_\_.

**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 de Dispensa de Chamamento para a execução do Serviço Complementar para Atendimento à Pessoa com Deficiência 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 de Dispensa de Chamamento para a execução do Serviço Complementar para Atendimento à Pessoa com Deficiência 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 da Dispensa de Chamamento para a execução do Serviço Complementar para Atendimento à Pessoa com Deficiência 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 de Dispensa de Chamamento para a execução do Serviço Complementar para Atendimento à Pessoa com Deficiência 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 de Dispensa de Chamamento para a execução do Serviço Complementar para Atendimento à Pessoa com Deficiência 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)*)