



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 - 12º Andar - Centro - Campinas/SP - CEP 13015-904

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 03/2024
ANEXO IV - MODELOS

Todos os documentos a que se referem os modelos abaixo, deverão ser impressos em papel timbrado da organização da sociedade civil e subscritos pelo(s) seu(s) representante(s) legal(is).

MODELO A

(esse modelo será preenchido diretamente no SEI)

OFÍCIO OSC Nº.....

À Secretária Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos
Sra. Vandecleya Moro

(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 03/2024, vem apresentar proposta para a celebração de parcerias em regime de mútua cooperação para execução do Serviço _____, no Município de Campinas, pelo período de 12 (doze) meses, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS).

Campinas, ____ de _____ de _____.

(assinatura eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

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 03/2024, para a execução do Serviço _____ 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 eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 - 12º Andar - Centro - Campinas/SP - CEP 13015-904

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 03/2024, para a execução do Serviço _____ 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 eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 - 12º Andar - Centro - Campinas/SP - CEP 13015-904

MODELO D

(esse modelo será preenchido diretamente no Sistema PDC)

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 03/2024, para a execução do Serviço _____ 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 eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 - 12º Andar - Centro - Campinas/SP - CEP 13015-904

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 eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

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 03/2024, para a execução do Serviço _____ 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 eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

MODELO G

(em papel timbrado da organização da sociedade civil)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS NORMAS 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 03/2024, para a execução do Serviço _____ 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 181, inciso XIX, das Instruções nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, atualizadas pela Resolução nº 23/2022.

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 203 das Instruções nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, atualizadas pela Resolução nº 23/2022.

Campinas, ____ de _____ de _____.

(assinatura eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

MODELO H

(em papel timbrado da organização da sociedade civil)

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO

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 o máximo de 30 trinta dias)* para realização de atividades de implantação do Serviço _____ no Município de Campinas, nos termos do capítulo IV do Edital de Chamamento nº 03/2024, e informo que o referido prazo será utilizado para a realização das seguintes atividades e despesas:

Despesas previstas no prazo solicitado para implantação					
Atividade	Despesa	Item de despesa	Quantidade	Valor (R\$)	Outras informações relevantes
Seleção, contratação e treinamento da equipe					
Viabilização do espaço físico e demais condições materiais					
Outras atividades correlatas <i>(descrever, se for o caso)</i>					
Aquisição de material permanente					
Valor total				R\$	_____

Campinas, ____ de _____ de _____.

(assinatura eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 - 12º Andar - Centro - Campinas/SP - CEP 13015-904

MODELO I

(em papel timbrado da organização da sociedade civil)

TERMO DE COMPROMISSO DE DOAÇÃO

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 comprometo em doar à Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos os materiais de natureza permanente adquiridos com recursos oriundos da parceria para a execução do Serviço _____, ao término da vigência do termo de colaboração ou em caso de denúncia.

Declaro estar ciente do compromisso de manter, na documentação da entidade, registros dos bens móveis e materiais de natureza permanente adquiridos com recursos oriundos da parceria, bem como da obrigação de cuidado e manutenção dos referidos bens, da manutenção de Ficha de Manutenção Individual dos equipamentos e da obrigação de doação imposta sobre os mesmos, ao término da vigência do termo de colaboração ou em caso de denúncia.

Campinas, ____ de _____ de _____.

(assinatura eletrônica do(a)(s) representante(s) legal(is))



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 – 12º Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-904

MODELO J

(em papel timbrado da organização da sociedade civil)

RELAÇÃO NOMINAL DOS DIRIGENTES E CONSELHEIROS DA OSC

Período do mandato: __/__/__ a __/__/__

CORPO DIRETIVO

Nome Completo:

Cargo: (ex. Presidente)

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de nascimento: __/__/__

Endereço Residencial:

E-mail institucional:

Nome Completo:

Cargo (ex. Vice-Presidente):

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de nascimento: __/__/__

Endereço Residencial:

E-mail institucional:

Nome Completo:

Cargo: (ex. Tesoureiro)

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de nascimento: __/__/__

Endereço Residencial:

E-mail institucional:

(incluir todos os cargos que compõem a Diretoria da OSC)

MEMBROS DO CONSELHO
(nome do Conselho)

Nome Completo:

Cargo: (ex. Conselheiro)

CPF: _____

Data de nascimento: __/__/__

E-mail institucional:

Nome Completo:

Cargo: (ex. Suplente)

CPF: _____

Data de nascimento: __/__/__

E-mail institucional:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com
Deficiência e Direitos Humanos

Avenida Anchieta, nº 200 - 12º Andar - Centro - Campinas/SP - CEP 13015-904

Nome Completo:

Cargo (ex. Secretário):

CPF: _____

Data de nascimento: __/__/__

E-mail institucional:

(incluir todos os cargos que compõem todos os Conselhos da OSC)

Campinas, ____ de _____ de _____.

(assinatura eletrônica do(a)s representante(s) legal(is))