



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 04/2024
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 04/2024, vem apresentar proposta para a celebração de parcerias em regime de mútua cooperação para execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência, 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 04/2024, para a execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência 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 04/2024, para a execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência 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

(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 04/2024, para a execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência 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 04/2024, para a execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência 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 04/2024, para a execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência 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 de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência no Município de Campinas, nos termos do capítulo III do Edital de Chamamento nº 04/2024, e informo que o referido prazo será utilizado para a realização das seguintes atividades e despesas:

Despesas de custeio 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 <i>(até o limite da primeira parcela prevista no Art. 9º do Edital)</i>				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 de Proteção Social Especial para Pessoas com Autismo e suas Famílias em Centro Dia de Referência, 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))