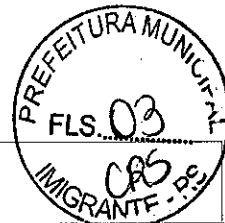


## REQUERIMENTO

**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IMIGRANTE**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 03.469.944/0001-09, situada em RUA CASTELO BRANCO, 15, SALA 01, BAIRRO CENTRO, IMIGRANTE, neste ato representada por ERNANI SCHNEIDER, PRESIDENTE, CPF nº 508.064.910-00, CI nº 7039930396, vem por meio deste requerer junto ao Município recursos para O CUSTEIO DE DESPESAS COM A REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO DO CONVÊNIO AMBULATORIAL REGIONAL COM EMPRESA DE PLANO DE SAÚDE.

Imigrante, 12 de janeiro de 2017.

Responsável pela empresa/entidade



## PLANO DE TRABALHO

### 1 - DADOS CADASTRAIS

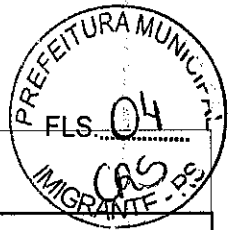
1.1 - Entidade Proponente			1.2 - C.N.P.J.		
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IMIGRANTE			03.469.944/0001-09		
1.3 - Endereço					
RUA CASTELO BRANCO, 15, SALA 01, BAIRRO CENTRO					
1.4 - Cidade		1.5 - U.F.	1.6 - C.E.P.	1.7 - DDD/Telefone	
IMIGRANTE		RS	95.885-000	(51) 98311-0138	
1.8 - Conta Corrente		1.9 - Banco		1.10 - Agência	1.11 - Praça de Pagamento
06.000583.0-6		041 BANRISUL		0569	IMIGRANTE / RS
1.12 - Nome do Responsável				1.13 - C.P.F.	
ERNANI SCHNEIDER				508.064.910-00	
1.14 - C.I./Órgão Expedidor		1.15 - Cargo		1.16 - Telefone	
7039930396 - SJS/RS		Presidente		(51) 98311-0138	
1.17 - Endereço				1.18 - C.E.P.	
Rua Getúlio Vargas, 33, Centro - IMIGRANTE / RS				95885-000	
1.19 - Home Page:			1.20 - E-mail:		
- x -			fazenda@imigrante-rs.comb.br		

### 2 - OUTROS PARTÍCIPES

2.1 - Nome		2.2 - C.N.P.J./C.P.F.	
- x -			
2.3 - Endereço		2.4 - C.E.P.	

### 3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

3.1 - Título do Projeto	
<b>SERVIDOR COM APOIO NA HORA EM QUE A SUA SAÚDE NECESSITAR</b>	
3.2 - Identificação do Objeto	
Termo de Fomento tendo como finalidade a manutenção do Convênio Ambulatorial Regional para todos os servidores concursados.	
3.3 - Justificativa da Proposição	
Os associados dessa Associação são os servidores públicos efetivos da Prefeitura Municipal de Imigrante, e este Termo de Colaboração tem por finalidade a manutenção do Convênio Ambulatorial Regional com a UNIMED, sendo que o valor a ser repassado é investido no pagamento da mensalidade do plano UNIMED dos associados titulares, cabendo a cada associado o pagamento da mensalidade de seus dependentes. A fatura deste mês ultrapassou a cifra de dezenove mil reais. A Associação está solicitando valor igual ao do ano passado para essa parceria, conforme previsto no orçamento para este ano.	



## PLANO DE TRABALHO

### 1 - DADOS CADASTRAIS

1.1 - Entidade Proponente			1.2 - C.N.P.J.		
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IMIGRANTE			03.469.944/0001-09		
1.3 - Endereço					
RUA CASTELO BRANCO, 15, SALA 01, BAIRRO CENTRO					
1.4 - Cidade		1.5 - U.F.	1.6 - C.E.P.	1.7 - DDD/Telefone	
IMIGRANTE		RS	95.885-000	(51) 98311-0138	
1.8 - Conta Corrente		1.9 - Banco	1.10 - Agência	1.11 - Praça de Pagamento	
		041 BANRISUL	0569	IMIGRANTE / RS	
1.12 - Nome do Responsável				1.13 - C.P.F.	
ERNANI SCHNEIDER				508.064.910-00	
1.14 - C.I./Órgão Expedidor		1.15 - Cargo		1.16 - Telefone	
7039930396 - SJS/RS		Presidente		(51) 98311-0138	
1.17 - Endereço				1.18 - C.E.P.	
Rua Getúlio Vargas, 33, Centro - IMIGRANTE / RS				95885-000	
1.19 - Home Page:			1.20 - E-mail:		
- x -			fazenda@imigrante-rs.com.br		

### 2 - OUTROS PARTICIPES

2.1 - Nome		2.2 - C.N.P.J./C.P.F.	
- x -			
2.3 - Endereço		2.4 - C.E.P.	

### 3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

3.1 - Título do Projeto	
<b>SERVIDOR COM APOIO NA HORA EM QUE A SUA SAÚDE NECESSITAR</b>	
3.2 - Identificação do Objeto	
<b>Termo de Colaboração tendo como finalidade a manutenção do Convênio Ambulatorial Regional para todos os servidores concursados.</b>	
3.3 - Justificativa da Proposição	
<b>Os associados dessa Associação são os servidores públicos efetivos da Prefeitura Municipal de Imigrante, e este Termo de Colaboração tem por finalidade a manutenção do Convênio Ambulatorial Regional com a UNIMED, sendo que o valor a ser repassado é investido no pagamento da mensalidade do plano UNIMED dos associados titulares, cabendo a cada associado o pagamento da mensalidade de seus dependentes. A fatura deste mês ultrapassou a cifra de dezenove mil reais. A Associação está solicitando valor igual ao do ano passado para essa parceria, conforme previsto no orçamento para este ano.</b>	

*Handwritten signature*



3.4 – Período de Execução das Ações/Atividades		3.5 – Período de Execução da Parceria	
3.4.1 – Data de Início	3.4.2 – Data de Término	3.4.3 – Data de início	3.4.4 – Data de Término
01/02/2017	31/01/2018	A contar da data da publicação	31/01/2018

4 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO						
4.1 – Meta	4.2 – Etapa /Fase	4.3 – Especificação atividades	4.4 – Indicador Físico		4.5 – Duração	
			Un.	Quant.	Início	Término
1	1	Disponibilidade de atendimento pelo Convênio Ambulatorial Regional	Servidor concursado	100% atendido	01/02/17	31/01/18

5 – INDICADORES QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS		
Indicadores	Tipo (quant/qual)	Projeção a alcançar
Servidor concursado com possibilidade de atendimento	100%	100%

6 – PLANO DE APLICAÇÃO				
CUSTOS DIRETOS NECESSÁRIOS A EXECUÇÃO DO OBJETO				
Despesas Correntes				
Item despesa	Especificação	Concedente	Proponente	Total (período)
1	Convênio Ambulatorial Regional	R\$ 109.200,00	R\$ 132.000,00	R\$ 241.200,00
Total Despesas Correntes (I).....		R\$ 109.200,00	R\$ 132.000,00	R\$ 241.200,00
Despesa Capital				
Item despesa	Especificação			
- x -		0,00	0,00	0,00
Total Despesa Capital (II).....		0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL CUSTOS DIRETOS III = (I+II).....</b>		<b>R\$ 109.200,00</b>	<b>R\$ 132.000,00</b>	<b>R\$ 241.200,00</b>
CUSTOS INDIRETOS				
Despesas Correntes		Concedente	Proponente	Total
Item despesa	Especificação			
- x -		0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL CUSTOS INDIRETOS (IV).....</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL GERAL DA PARCERIA (III+IV).....</b>		<b>R\$ 109.200,00</b>	<b>R\$ 132.000,00</b>	<b>R\$ 241.200,00</b>

*6822*

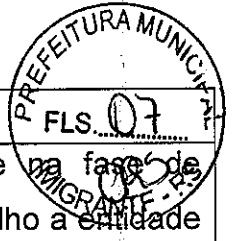


<b>7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO R\$</b> (considerar como primeiro mês o de início do projeto)						
<b>Recursos Concedente</b>	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
	9.100,00	9.100,00	9.100,00	9.100,00	9.100,00	9.100,00
	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
	9.100,00	9.100,00	9.100,00	9.100,00	9.100,00	9.100,00
<b>Recursos Proponente</b>	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00
	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00

<b>8 - PRESTAÇÃO DE CONTAS (conforme Anexos III a VIII do Decreto nº 1.628/2017)</b>
<b>8.1 - Forma e prazo para prestação de contas pela organização:</b>  8.1.2 - No caso de repasse em mais de uma parcela o repasse de cada parcela ficará condicionado à apresentação da prestação de contas da parcela anterior e a prestação de contas final ocorrerá no prazo de ( X ) 30 dias a partir do término da vigência da parceria descrito no item 3.4.4.
<b>8.2 - Prazo para análise da prestação de contas pela administração pública</b> A análise e manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública será emitida no prazo de ( ) 90, ( ) 120, ( ) 150 dias da entrega devidamente protocolada da Prestação de Contas Final pelo conveniente, sendo que constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo para a entidade sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação de 30 dias a contar da data do recebimento da notificação, sendo prorrogável por igual período desde que solicitado pela entidade acompanhado de justificativa.

*Blsc*

## 9 - DECLARAÇÃO



Na qualidade de representante legal do Proponente declaro estar ciente que na fase de credenciamento para o recebimento de recursos, além do presente Plano de Trabalho a entidade deverá apresentar:

- Cartão CNPJ;
- Estatuto Social e Ata de Fundação registrados em cartório;
- Ata de composição da atual Diretoria;
- RG e CPF do Presidente e do Tesoureiro;
- Certidão negativa de débitos junto ao Município;
- Cadastro atualizado junto ao Município;
- Declaração de Imposto de Renda do ano anterior ao do credenciamento, ou última declaração apresentada à Receita Federal, comprovando estar em dia com esse órgão;
- Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do ano anterior ao do credenciamento, ou última RAIS apresentada, comprovando estar em dia com o Ministério do Trabalho;
- Requerimento Padrão (Anexo I) devidamente preenchido.

Imigrante, 12 de janeiro de 2017.

Assinatura do Representante Legal

Nome: ERNANI SCHNEIDER

CPF: 508.064.910-00