

## REFERÊNCIA PARA O PLANO DE TRABALHO

### 1 – DADOS CADASTRAIS

Órgão/Entidade Proponente			C.N.P.J.	
Endereço				
Cidade	U.F.	C.E.P.	DDD/Telefone	
Conta Corrente	Banco	Agência	Praça de Pagamento	
Nome do Responsável			C.P.F.	
C.I./Órgão Expedidor	Cargo		Função	
Endereço			C.E.P.	
Home Page:		e-mail:		

### 2 - OUTROS PARTICIPES

Nome		C.N.P.J./C.P.F.	
Endereço		C.E.P.	

### 3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto	Período de Execução	
	Início (a partir da public. no DOM)	Término (em dias)
Identificação do Objeto		
Justificativa da Proposição		

### 4 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

Meta	Etapa Fase	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quantidade	Início	Término

### 5 - PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Natureza da Despesa		Total	Concedente	Proponente
Código	Especificação			
TOTAL GERAL				

### 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00) CONCEDENTE

Meta	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Meta	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

### PROPONENTE (CONTRAPARTIDA)

Meta	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Meta	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

### 7 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do (a) \_\_\_\_\_, declaro, para fins de prova junto a **Secretaria Municipal de Saúde** para os efeitos e sob as penas da lei, que não há qualquer débito em mora ou situação de inadimplência junto aos órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da Prefeitura Municipal de Pelotas, na forma deste Plano de Trabalho.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Proponente

### 8 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Ana Costa

Secretária Municipal de Saúde